

Resumos

20ª Semana de Enfermagem

DO GRUPO DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
E DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS

11 a 13 de maio de 2009
Anfiteatro Carlos César de Albuquerque

"SUS e Enfermagem:
responsabilidade coletiva
no cuidado à saúde."



2009



**GRUPO DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL**



**"SUS e Enfermagem:
responsabilidade coletiva
no cuidado à saúde."**

12 a 13 de maio de 2009

Local

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque
Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)**Presidente:** Amarilio Vieira de Macedo Neto**Vice-Presidente Médico:** Sérgio Pinto Ribeiro**Vice-Presidente Administrativo:** Tanira Andreatta Torelly Pinto**Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação:** Nadine Oliveira Clausell**Coordenadora do Grupo de Enfermagem:** Maria Henriqueta Luce Kruse**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)****Reitor:** Carlos Alexandre Netto**Vice-reitor:** Rui Oppermann**ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RGS (EE-UFRGS)****Diretora:** Liana Lautert**Vice-diretora:** Eva Neri Rubim Pedro**Projeto gráfico, ilustração e diagramação:** Gleci Beatriz Luz Toledo**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

S471s Semana de Enfermagem (20. : 2009 : Porto Alegre)

SUS e enfermagem : responsabilidade coletiva no cuidado à saúde : resumos 2009 [recurso eletrônico] / promoção e realização Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul ; coordenadora da Semana de Enfermagem Virginia Leismann Moretto. – Porto Alegre : HCPA, 2009.

1 CD-ROM

1. Enfermagem – Eventos. 2. Educação em enfermagem. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Grupo de Enfermagem. II. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Moretto, Virginia Leismann. IV. Título.

NLM: WY3

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO

Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

**20ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO GRUPO DE ENFERMAGEM DO
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
E DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS-RS:
"SUS E ENFERMAGEM: RESPONSABILIDADE COLETIVA NO CUIDADO À
SAÚDE"**

APRESENTAÇÃO

Convidaram-me a coordenar a 20ª semana de Enfermagem do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e Escola de Enfermagem da UFRGS (EE-UFRGS) e fiquei muito honrada. Agradeço a coordenação do Grupo de Enfermagem por esta oportunidade. Criamos uma comissão organizadora composta por professores da EE-UFRGS, enfermeiras e técnicos de enfermagem, onde discutimos e sistematizamos os temas e a logística do evento. Momentos onde todas as categorias apresentaram propostas, sugestões e encaminhamentos.

O tema central foi oportunamente pensado pelo momento que este hospital passa frente à denúncia do Ministério Público em relação ao atendimento prestado, mais especificamente a quem prestar atendimento. Concluimos que a discussão a respeito do tema deva ser enfrentada, mas sobretudo amadurecida, para quem sabe levantarmos propostas que reinventem os modos de fazer saúde nos serviços públicos e quem sabe o exemplo do HCPA constitua-se com uma nova forma de enxergar e entender o SUS dentro de todos os seus princípios.

Gastão Campos (2007) reiteradamente afirma que é necessária a reforma da reforma no SUS e que as políticas públicas devam se constituir em um meio poderoso para defesa da vida. É neste sentido que pretendemos levantar as discussões sobre o SUS, pois concordamos que as políticas públicas devem ser retomadas e rediscutidas para o bem e a favor da sociedade, mas será que o SUS da forma como é entendido por alguns setores da sociedade conseguem "dar conta" do interesse público?

Não sabemos se a pergunta será respondida, mas julga-se importante repensar os modos de fazer saúde, pois estes têm o dever de suprir as necessidades da população.

Para tanto a equipe organizadora levantou a seguinte questão: o SUS é responsabilidade de quem?

Concluimos que é de toda a sociedade: usuários, gestores, controle social e trabalhadores, portanto a responsabilização é coletiva.

Amanhã, dia 12/05 é dia da Enfermagem, a Semana é organizada a cada ano para comemorar nosso dia e oportunizar momentos de crescimento profissional da categoria.

O tema central da 20ª semana foi construído a cada palavra, levando em consideração todas as discussões referidas anteriormente, logo nasceu o seguinte:

"SUS e ENFERMAGEM – responsabilidade coletiva no cuidado à saúde"

Nestes três dias de encontro, debateremos o tema central, as dificuldades que impedem o sucesso do SUS, os diversos modos de atendimentos, no âmbito municipal, estadual e federal, rediscutiremos nosso

modo de trabalhar e abriremos para toda comunidade inscrita na Semana para participar de cursos e oficinas, onde mostraremos como entendemos e fazemos saúde no HCPA dentro dos preceitos do SUS.

As discussões não irão se esgotar aqui, mas quem sabe surgirão propostas para enfrentarmos obstáculos que impedem o avanço do Sistema de Saúde, tanto de ordem política ou de gestão.

Acreditamos que este evento possibilitará pensar e refletir nossos processos de trabalho dentro do objetivo de garantir a defesa da vida e laborar para o bem coletivo.

Para finalizar desejo a todos um bom evento e mais uma vez lembro Campos (2007): “a defesa do SUS e o sucesso do SUS dependem da força com que a sociedade brasileira coloque a vida das pessoas acima de todas as outras racionalidades”.

Boa semana a todos!

Virgínia Leismann Moretto
Coordenadora da Semana de Enfermagem

Maria Henriqueta Luce Kruse
Coordenadora do GENF/HCPA

Liana Lautert
Diretora da Escola de Enfermagem UFRGS

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenadora

Virgínia Leismann Moretto

Membros da Comissão

*Ademir Mathes
Adriana Meirelles da Rosa
Adriana Tessari
Agnes Olschowsky
Alberto Sette Neto
Alexandra Nogueira Mello Lopes
Aline Alves Veleda
Aline Dutra Russo
Aline Engeroff dos Santos
Aline Fantin Cervelin
Aline Maser de Souza
Amália de Fátima Lucena
Ana Beatriz Trindade
Ana Gabriela Batista Marques
Ana Paula Almeida Corrêa
Ana Paula de Oliveira Siqueira
Ana Paula Fortunato
Ana Paula Garcia
Andréia Kosanowski
Arlia Rodrigues da Rosa
Bianca Camargo de Oliveira
Bruna Moser
Carmem Maria Dornelles Prolla
Carolina Bulhões Weisseheimer
Cássia Teixeira dos Santos
Cecília Lys Magro
Celso Reis
Clarice Avila Fonseca
Clarissa Ambrosi
Claudia Sant'anna
Cléa Carvalho
Cristine Leusin Cezimbra
Cristiano Campos Cardoso
Daniela Emerin Borges
Dionéia A.H. Sparremberger
Eliane Cutruneo Borges
Eliane Pinheiro de Moraes
Erica Batassini
Eva Neri Rubem Pedro
Fabiana Bonemann Fehrenbach
Gisele Karasek
Gislaine Maria Bandeira de Oliveira
Gláucia Bohusch
Gleci Beatriz Luz Toledo
Hayla Mattos da Silva*

Helen de Oliveira de Lima
Helena Becker Issi
Isabel Cristina Echer
Jacó Fernando Schneider
Joseane Nascimento da Silva
Junior César Mesquita Lopes
Karen Patrícia Macedo Fuyler
Lidiane B. Santiago
Louise hoffmeister
Lucia Chaves Pfilscher
Luciana Hentz da Rocha
Luís Eduardo Ribeiro Rostirolla
Maitê Larini Rimolo
Mara Regina Ferreira Gouvêa
Márcia Weissheimer
Margarita Ana Rubem Unicovsky
Maria Barbalho Nardi
Maria Elisabeth Silveira
Maria Lúcia Pereira de Oliveira
Mariana Timmers dos Santos
Marilia Rodriguez
Marina Mendes Coelho
Marise Márcia T. Brahm
Marta Regina Freitas Johann
Melina Maria Trojahn
Melissa Guentter
Mônica dos Santos Mendes
Myrna Lowenhaupt d'Ávila
Paula dos Santos Braga
Priscila Eugenio Fortes
Raissa Ribeiro Saraiva de Carvalho
Rosmari Wittmann Vieira
Regina Weissheimer
Renata Alves Falcão
Roberta Rosito Correia
Sandra Maria Maciel Fialkowski
Solange Pilati
Stefania Giotti Cioato
Taís Carvalho
Tatiane de Alencastro Oliveira
Tiago Oliveira Teixeira
Vera Beatriz Delgado dos Santos
Vera Fink
Verônica da silva
Verônica Mendes Riveiro

SUMÁRIO

PROGRAMA DA SEMANA	17
CURSOS	20
– Consulta de enfermagem e rotinas assistenciais ao paciente submetido a cirurgia bariátrica	21
– Transplante de células tronco hematopoéticas (aplicação e assistência de enfermagem)	22
– Evolução dos processos de desinfecção de endoscópios	22
– Cuidado aos pacientes portadores de ostomias / desafios para a equipe de enfermagem	23
– Transplante hepático adulto na “Era Meld”	24
– Cuidados de enfermagem em transfusão de hemocomponentes	25
– Práticas de gestão ambiental na assistência hospitalar	26
– Noções básicas em eletrocardiograma	27
– Cuidados paliativos	27
PALESTRAS	30
– Gestão do relacionamento com o cliente: pesquisa de satisfação	31
RESUMOS	33
<i>ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA</i>	34
– Cuidados com o desenvolvimento do pré-termo na UTI neonatal do HCPA	35
– Consulta puerperal de enfermagem: ações educativas na comunidade	35
– Diagnóstico de enfermagem risco de glicemia instável fator relacionado à gestação	36
– Estimativa da idade fetal por ultrassonografia	37
– Fatores que influenciam no suicídio infanto-juvenil	37
– NANDA, NIC e NOC de um caso de mielomeningocele	38
– O acadêmico de enfermagem no papel de articulador de transformações vivenciadas por crianças com câncer	39
– Percepção da família do ser criança que convive com câncer	39
– Síndrome de Munchausen por procuração: uma contribuição para a enfermagem	42
– A relação entre os pais e a equipe de enfermagem na terapia intensiva neonatal	44
– Aferição da adesão aos antirretrovirais em crianças que vivem com aids e as características familiares e sócio-econômicas: resultados finais	47
– Cuidado de enfermagem em uma escola de educação infantil	49
– Experiências de crianças portadoras de AIDS com o uso de anti-retrovirais	52
– Hipoglicemia, fatores associados e suas implicações no cuidado de enfermagem ao recém-nascido	54
– Humanização dos cuidados com recém-nascido na unidade de internação obstétrica (UIO) do hospital de clínicas (HCPA): um ensaio sobre a técnica do banho em alojamento conjunto	55
– Manutenção da permeabilidade do acesso venoso periférico - salinização x heparinização	57
– O cuidado com a pele do recém-nascido pré-termo: a prevenção da perda transepidermica de água	59
– O lúdico no projeto crescendo com a gente – relato de experiência através do olhar do acadêmico de enfermagem	61
– Projeto de extensão crescendo com a gente: acadêmicos de enfermagem interagindo com o paciente pediátrico portador de fibrose cística	63
– O cenário da violência doméstica infantil: a visão da equipe de enfermagem de uma emergência pediátrica	66
– Atenção à saúde da criança em ambulatório hospitalar: revisão integrativa	67
– Atividades lúdicas em prol da saúde das crianças	70
– Brinquedo terapêutico nas unidades pediátricas: uma proposta de utilização pelos enfermeiros	71
– Cardiopatias congênitas e a enfermagem: uma análise das publicações	74
– Conceito de vulnerabilidade no cuidado a saúde da criança e família: refletindo acerca da literatura	77
– Estudo de caso sobre gastrosquise	78

– O cuidado de enfermagem frente à criança hospitalizada com AIDS	79
– O trabalho com famílias: uma estratégia de cuidado de enfermagem	82
– Observação e percepção da equipe de enfermagem no manejo da dor do recém-nascido em unidade de terapia intensiva neonatal	85
– Pronto socorro: atendimento de urgência ou consulta pediátrica?	85
– Segurança e proteção da criança e família na atenção básica à saúde	86
– Vulnerabilidades sócio-econômicas de crianças e famílias em unidades de internação pediátricas: visão de enfermeiras	87
– Método mamãe canguru: uma revisão bibliográfica sobre o início do vínculo familiar de bebês de alto risco	88
– Avaliação e intervenção de enfermeiros frente à dor do recém-nascido em unidade neonatal	88
– Perfil epidemiológico das crianças acometidas por doenças respiratórias em uma emergência pediátrica	89
– Segurança e proteção em unidade de tratamento intensivo pediátrico.	90
ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER	91
– Climatério e sexualidade: uma visão feminina	92
– Fatores que interferem na amamentação e no desmame precoce: Subsídios para o cuidado humanizado	92
– Ingurgitamento mamário: prevenção e manejo	93
– A participação do familiar na unidade de internação obstétrica do HCPA	94
– Diagnóstico de enfermagem: risco de rupturas de membranas barreiras naturais	94
– Grupo de gestantes diabéticas	95
– Perfil e conhecimento das mulheres, que procuram a rede feminina de combate ao câncer de São Miguel do Oeste para fazer o exame Papanicolau, sobre a relação entre o HPV e o cancer de colo de útero	97
– Aleitamento materno: capacitação dos profissionais envolvidos na atenção pré-natal	99
– Ansiedade na gestação relacionada a prematuridade: fatores de risco e métodos alternativos de tratamento complementar	100
– Grupos de gestantes: um relato de experiência	100
– A humanização do nascimento: um relato de experiência	101
– A aplicação das políticas públicas de atenção à saúde da mulher no processo de trabalho de enfermeiras (os) atuantes na atenção básica	102
– A importância da enfermagem na orientação sexual da mulher (d)eficiente	102
– A opinião das puérperas em relação aos tipos de parto que vivenciaram	103
– A urgência do enfoque de gênero na práxis da enfermagem: algumas considerações oriundas de reflexões de um grupo de pesquisa	106
– Apresentando o PAIGA: Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente	108
– Cuidados de enfermagem pra paciente submetida a histerectomia	109
– Detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama: relato de experiência de acadêmicas de enfermagem	109
– Enfermagem no cuidado à mulher e violência de gênero: uma experiência acadêmica	110
– Mastectomia e suas implicações para a assistência de enfermagem: uma pesquisa bibliográfica	111
– O significado do aleitamento materno para as mulheres que amamentam: um estudo bibliográfico	111
– Rodas de conversa: espaços de participação social para mulheres	114
ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO	115
– Avaliação da dor pela equipe de enfermagem	118
– Cuidado de enfermagem a pacientes portadores de perdas funcionais na ESF	120
– Educar para o cuidar - novos desafios aos profissionais da enfermagem e familiares dos pacientes portadores de IRC	121
– Implantação da consulta de enfermagem a pacientes de cirurgia bariátrica	123
– Tanatologia e enfermagem: uma reflexão teórica	124
– Cuidados ao paciente submetido a artroplastia total de joelho: relato de experiência	125
– Integridade tissular prejudicada: um estudo de caso	126
– O cuidado de enfermagem ao cliente com dano crônico não-transmissível	126

– O papel do familiar cuidador na diálise peritoneal	127
– Concepções de técnicos de enfermagem sobre humanização da assistência em centro cirúrgico	128
– Manejo de bactérias multirresistentes: vivência no hospital Ernesto Dornelles	128
– Perfil dos acidentes com animais venenosos em Caxias do Sul	129
– Processo de dor na unidade de terapia intensiva: percepções do enfermeiro frente à comunicação não-verbal	130
– Pesquisa bibliográfica sobre classificação de risco em urgência e emergência	133
– Sentimentos dos familiares diante da doação de órgãos	136
– 6° N - unidade-piloto da implementação do protocolo de prevenção e tratamento de úlcera de pressão: amostra de uma assistência qualificada	138
– Avaliando o quadro clínico de um paciente internado em UTI: consequências de uma pneumonia nosocomial	139
– Consulta de enfermagem no ambulatório de diálise peritoneal	140
– Cuidados de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia bariátrica	140
– Cuidados de enfermagem ao paciente com síndrome de déficit do autocuidado	143
– Diagnósticos de enfermagem identificados em um paciente em cuidados paliativos	143
– Diagnósticos e intervenções de enfermagem cabíveis em um caso de litíase renal	144
– Diagnósticos de enfermagem identificados em uma paciente com lupus eritematoso sistêmico	147
– Do sofrimento à superação: uma perspectiva teórica do cuidado de enfermagem em pacientes com dor oncológica	148
– Proteção ineficaz em paciente com câncer de mediastino	150
– Relação entre síndrome da apneia do sono e fatores de risco para doença arterial coronariana	152
– A internação domiciliar no cuidado ao doente crônico: estudos de enfermagem	153
– Caracterização do perfil de doentes crônicos em hemodiálise	155
– Cuidados paliativos: sintoma prevalente e intervenções de enfermagem	156
– Insuficiência renal aguda na cirurgia cardíaca	157
– Integridade tissular prejudicada em paciente adulto submetido à laparotomia exploradora	157
– O processo educativo no preparo pré-operatório de cirurgias eletivas	158
– Tecnologias em saúde: percepção de familiares acompanhantes	159
– Úlceras do pé diabético: prevenção é a melhor solução	160
– A internação pré operatória: enfermeiro /cliente na busca de uma assistência humanizada	160
– A atuação da equipe de enfermagem na prevenção de úlceras de pressão	161
– As repercussões da fadiga na vida do paciente portador do câncer de mama	163
– Assistência de enfermagem ambulatorial ao usuário adulto de terapia nutricional enteral domiciliar no hospital universitário de Santa Maria	164
– Consulta de enfermagem ambulatorial: promovendo saúde em pacientes crônicos	166
– Enfermagem no processo de captação de doadores de órgãos	167
– Incidência de linfomas não-hodgkin e linfoma de hodgkin nos pacientes da clínica médica do hospital universitário de Santa Maria	168
– Insuficiência renal crônica: a importância da prevenção a partir de um estudo de caso	170
– Produção científica de enfermagem sobre pacientes com câncer colorretal em quimioterapia	171
– Radioterapia: efeitos do tratamento no cancer oral e orientações para o autocuidado	172
– Validação de um escore de risco cirúrgico em um hospital de referência em cirurgia cardíaca	172
– A enfermagem e o grupo de ajuda mútua para familiares cuidadores de idosos com doença de Alzheimer no HU/FURG	173
– Avaliação do manejo da dor em pessoas com prejuízo cognitivo: relato da construção da busca bibliográfica	174
– Características dos pacientes de um programa de prevenção do pé diabético atendidos em consulta de enfermagem	176
– Germes multirresistentes no 6° sul	179
– Implantação da anamnese e evolução de enfermagem informatizada numa unidade clínica: relato de experiência	179
– Perfil dos pacientes atendidos pela consultoria de enfermagem adulto neurológico	181
– Perfil epidemiológico dos pacientes diabéticos atendidos pelo programa de orientação para alta	182

– A importância do acompanhamento à pacientes portadores de insuficiência renal crônica	183
– Aplicação do processo de enfermagem em atendimento ambulatorial a pacientes com câncer de cavidade oral	184
– Assistência de enfermagem frente à pacientes com dor	184
– Atuação do enfermeiro junto a familiares e pacientes em início de terapia hemodialítica: estudo reflexivo	186
– Cateter subcutâneo para administração de fármacos em pacientes em cuidados paliativos em um hospital de ensino público - projeto de desenvolvimento	189
– Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre avaliação da dor oncológica no adulto	189
– Consulta de enfermagem a paciente com diagnóstico de obesidade e hipertensão: elaborando um plano de cuidados	190
– Cuidado de enfermagem em paciente com insuficiência renal aguda: estudo de caso	191
– Cuidados profiláticos contra a raiva em paciente com integridade tissular prejudicada devido a mordida de cão	192
– Cuidados de enfermagem na prevenção e tratamento das úlceras de pressão	192
– Diagnósticos de enfermagem identificados em um paciente com gangrena de Fournier: estudo de caso	193
– Estratégias alternativas à hemoterapia	194
– Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca e assistência de enfermagem	195
– Estratégias de enfrentamento à cirurgia cardíaca: particularidades em relação à variável sexo	197
– Fatores de risco e consequências de quedas em idosos: uma revisão de literatura	200
– Mobilidade física prejudicada em paciente em pós operatório de artrodese cervical anterior	203
– O preparo da equipe de enfermagem no enfrentamento do processo de morrer	203
– O câncer de colo de útero e suas consequências, um estudo de caso: avaliando as intervenções de enfermagem	204
– Paciente com risco para glicemia instável relacionado ao estresse da cirurgia cardíaca	204
– Papel do enfermeiro no cuidado ao idoso com dor crônica	205
– Perfil dos pacientes que realizaram cirurgia cardíaca em HU	208
– Profissionais da saúde e o encontro com a morte	210
– Stress e sistema endócrino: a resposta do organismo ao estressor	213
– Implantação da dor como 5º sinal vital	214
– Complicações em diálise peritoneal	214
ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR	216
– A situação do gerenciamento dos resíduos em hospitais públicos do município de Porto Alegre	217
– Benefícios na utilização de lavadoras em CME	217
– Diagnósticos e intervenções de enfermagem cabíveis a uma paciente com distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho	218
– Estudo de caso: discopatia degenerativa no contexto da saúde ocupacional	220
– Avaliação da saúde mental dos funcionários de um hospital universitário	223
– Estressores identificados por enfermeiros no ambiente hospitalar	225
– Prevalência de tabagismo e exposição tabágica ambiental em funcionários do HCPA	227
– Stress profissional na atuação do enfermeiro na clínica médica de um hospital universitário	228
– Relato de experiência - uma prática educativa com os trabalhadores recém-admitidos do Grupo de Enfermagem (GENF) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC)	230
– Psicodinâmica do trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise: uma breve reflexão	231
– Sobrepeso e obesidade em trabalhadores de um hospital universitário	233
– Acidentes com materiais biológicos em trabalhadores da saúde da 4ª região sanitária do RS: realidade ou subnotificação?	235
– Estresse: um fator agravante à saúde de pesquisadores	237
– Fatores estressantes vivenciados pela equipe de enfermagem na unidade de emergência	239
– II campanha de prevenção da doença renal crônica direcionada aos trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	242
– Percepção de trabalhadores de enfermagem sobre o que é ser idoso	244
– Segurança do trabalhador de enfermagem em serviços de hemodiálise: uma breve reflexão	246

– Segurança e saúde no trabalho dos profissionais em unidades de hemodinâmica	249
ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL	252
– O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: dos manicômios aos CAPS	253
– A formação do enfermeiro psiquiátrico: da graduação à assistência	255
– Alcoólicos anônimos: união em busca da recuperação	257
– Investigando a percepção/sentimentos de pacientes em processo de desintoxicação alcoólica: um relato de experiência	258
– O papel da enfermagem no cuidado ao dependente químico	259
– A importância da atenção primária na saúde mental	259
– A saúde mental da mulher: fatores determinantes do sofrimento psíquico feminino	261
– A visão do processo de envelhecimento na vivência de grupos de idosos	261
– Além das quatro paredes do CAPS: as limitações do serviço e dos profissionais	262
– Aplicação do modelo Calgary como ferramenta importante para avaliação de família em psiquiatria	263
– Avaliação das ações de saúde mental: visita domiciliar uma estratégia de inclusão da saúde mental no território	265
– CAPSI harmonia e oficinas terapêuticas: impressões de um estagiário de enfermagem	267
– Contribuição da enfermagem na assistência à esquizofrenia	269
– Conversando sobre instabilidade do humor: relato de experiência	272
– Desmistificando a loucura: relatos de experiência em uma unidade de internação psiquiátrica	272
– Diagnósticos e intervenções de enfermagem cabíveis a uma paciente internada para avaliação de sintomas maníacos e psicóticos	273
– Eletroconvulsoterapia e resultados observados em paciente durante estágio no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas	276
– Experiências de monitoria em saúde mental	276
– Experiências e percepções de um grupo de caminhada	277
– Grupos de familiares de dependentes químicos: enfrentamento ou fuga?	278
– História de vida e análise da família: identificação de problemas e planejamento do cuidado de enfermagem	278
– O centro de atenção psicossocial como campo de prática no ensino de enfermagem	279
– Saúde mental: o impacto da reforma psiquiátrica no município de Uruguaiana	280
– Promoção da saúde mental para cuidadores de pacientes na rede domiciliar	282
– Relato de experiência de acadêmicas de enfermagem com paciente esquizofrênica em unidade de internação psiquiátrica	282
ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO	284
– Ações de educação permanente e as atividades gerenciais do enfermeiro	285
– Contribuições da educação permanente em saúde na enfermagem: atividade significativa ou prática executável	287
– Curso de extensão em enfermagem na modalidade a distância: Avaliação dos alunos	288
– Educação continuada para a equipe de enfermagem sobre eclampsia e pré-eclampsia	289
– Educação em serviço para trabalhadores da equipe de enfermagem através da proposta da educação permanente	289
– Enfermagem e as ações de educação ao adolescente	290
– O uso da metodologia participativa em ações de educação em saúde com grupos de adolescentes	293
– Objetos de aprendizagem em enfermagem na saúde da mulher	294
– Pesquisa convergente-assistencial: uma aproximação crítico-reflexiva entre pesquisa e prática	294
– Reflexões sobre as abordagens de ensino e a formação em enfermagem	297
– Técnicas grupais com cuidadores como método de educação em saúde	300
– A educação permanente de enfermeiros de um hospital escola: relato de experiência	300
– Administração de medicamentos: um desafio da educação permanente em enfermagem	303
– Curso de capacitação e aperfeiçoamento: relato de experiência	305
– Enfermeiros abordando a qualidade de vida na Escola Estadual de Ensino Fundamental Felipe de Oliveira	306

– Grupo de adolescentes multiplicadores: uma proposta de intervenção para prevenir a gravidez na adolescência	307
– Influências de atividades extencionistas na qualidade de vida da comunidade escolar	309
– O atendimento em um hus: a necessidade de tempo para uma maior qualidade de ensino	311
– Oficina pedagógica e a atuação de acadêmicos de enfermagem: possibilidade de inserção no mundo da educacional	312
– Perspectiva de transformação da práxis de enfermagem: uma tecnologia emancipatória	313
– Qualidade de vida dos acadêmicos bolsistas de um hospital escola	315
– Reabilitação: um olhar para a educação	317
– Reflexões para (re) pensar a formação do profissional enfermeiro – um relato de experiência	317
– Reflexões sobre o SUS na formação do profissional enfermeiro – resultados da pré-análise	320
– A enfermagem na escola: o educar em saúde-uma proposta para o estágio final de curso	322
– A importância da pesquisa na graduação da enfermagem	323
– Educação em saúde no contexto escolar	324
– Estágios da graduação de enfermagem: relato de experiência	325
– Projeto de extensão Solverde: a leitura como promotora da educação para a saúde e para a cidadania	326
– Relato de experiência do grupo Pet-enfermagem com os adolescentes do Programa de Incentivo ao Talento(PIT)	327
– Construção de manuais de orientação para o cuidado em saúde – relato de experiência	327
– Educação permanente em pesquisa quantitativa através de um estudo de Coorte	330
– Estágio curricular na graduação em enfermagem: relato de experiência	331
SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SAE	332
– Diagnósticos e intervenções de enfermagem ao paciente com tração esquelética	333
– Reação adversa após injeção de contraste iodado	333
– Consulta de enfermagem em ambulatório: diagnósticos mais frequentes	334
– Diagnósticos e cuidados de enfermagem identificados em pacientes submetidos a sessões de hemodiálise	335
– Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente submetido à cirurgia de artrodese de coluna	336
– Validação de resultados de enfermagem segundo a <i>Nursing Outcomes Classification – NOC</i> - para o diagnóstico de enfermagem de dor aguda na prática clínica de um hospital universitário	336
– Consulta de enfermagem na assistência ao autocuidado com portadores de diabetes mellitus	337
– Submissão de diagnóstico de enfermagem: um relato de experiência	339
– Estudo de caso de paciente com melanoma internada no núcleo de cuidados paliativos	340
– Integridade da pele prejudicada no período perioperatório: evento adverso a ser monitorado	341
– Projeto de validação de resultados segundo a <i>Nursing Outcomes Classification</i> em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário	343
ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA	347
– A visão do PICAP pelo profissional enfermeiro	348
– Plantas medicinais no tratamento de verminoses humanas	348
– Residência integrada em saúde no GHC: aprendendo no serviço para se qualificar como enfermeiro	351
– A realização de evento de enfermagem em instituição militar na promoção da saúde do homem	352
– Unidade básica Santa Cecília uma excelência em aprendizado para acadêmicos de enfermagem	353
– Análise da mortalidade por câncer de próstata em idosos no estado de Santa Catarina no período de 1998 a 2008. Uma perspectiva da enfermagem	353
– Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde	355
– Cuidado de enfermagem ao individuo idoso: prurido senil x qualidade de vida	358
– Cultivo de plantas medicinais na faculdade de enfermagem e obstetria – um incentivo as práticas alternativas de cuidado	359
– A inclusão da perspectiva de gênero como elemento (re) organizador de práticas de saúde	361
– A sala de espera como ferramenta de educação em saúde no sistema único de saúde	363
– Caracterização das ações de combate ao racismo institucional na saúde: uma análise documental sobre a comissão especial de políticas de promoção da igualdade racial em um	366

grupo hospitalar	
– Competências dos profissionais de saúde em atenção básica para o atendimento de pessoas idosas	367
– Diagnóstico de saúde da comunidade	368
– Educando sobre sexualidade na adolescência: um relato de experiência	368
– Elaboração de um diagnóstico comunitário: relato de experiência	369
– Formação de atores sociais na saúde para a democratização: reflexão necessária	370
– Heteroimagem e identidade profissional dos enfermeiros nos serviços de atenção básica de um município	373
– O papel do enfermeiro frente à vacinação da febre amarela: um relato de experiência	375
– O perfil das crianças e dos adolescentes HIV positivos acompanhados no hospital dia de Chapecó-SC	377
– O primeiro contato com a saúde coletiva: um relato de experiência	379
– O ser humano como indivíduo biopsicossocial-espiritual: uma análise do sistema energético humano e de sua relevância para o cuidado	382
– Perfil socioeconômico de mães adolescentes residentes em assentamentos rurais do município de Encruzilhada do Sul	383
– Política de humanização da assistência no SUS- elemento para discussão e reflexão com usuários na sala de espera	386
– Qualidade de vida do cuidador principal de idosos atendidos no programa de atendimento domiciliar ao acamado	388
– Reflexões sobre vivências em um plano terapêutico singular com portadores de doenças crônicas	390
– Relatos de experiências na unidade básica de saúde Barão de Bagé	391
– Situações de urgência: visão dos usuários do serviço de atendimento móvel de urgência de Porto Alegre	393
– Atenção à saúde da família: dificuldades e desafios na busca do trabalho em equipe	395
– Conferências internacionais sobre promoção de saúde: um enfoque acadêmico dos seus significados	397
– Diagnóstico comunitário da unidade de saúde da família divisa, Porto Alegre/RS	398
– Educação em saúde como estratégia para evitar a dependência física no idoso	399
– Educação em saúde: uma nova óptica para um velho problema	399
– Experiência de acadêmicos de enfermagem no estágio curricular de fundamentos de enfermagem comunitária	400
– Fatores de risco para doença renal crônica e seu auto- reconhecimento em uma população definida da raça negra	403
– Grupo “perca peso e ganhe saúde” da unidade de saúde da família Vila Kennedy	404
– O controle ineficaz do regime terapêutico e intervenções de enfermagem em saúde coletiva: relato de experiência	404
– O cotidiano do trabalho em saúde: tecnologias de produção de cuidado aos usuários	407
– O uso de fitoterápicos: importância e cuidados	408
– Percepção sobre a utilização de protocolo de cuidado à saúde numa unidade de atenção primária à saúde	408
– Percepções de acadêmicos de enfermagem frente à realidade dos usuários do Sistema Único de Saúde	409
– Planejamento familiar no ambulatório básico Centro de Saúde Vila dos Comerciantes: perfil epidemiológico; estatísticas 2005-2008	412
– Programa Pré-nenê: avaliação do acompanhamento de crianças com menos de um ano, na Unidade Básica de Saúde da Vila Tronco, POA, RS	413
– Relações entre a construção sócio-cultural das masculinidades e adoecimento masculino	414
– Residência multiprofissional em saúde: (trans)formação de profissionais para o SUS	415
– Sala de espera – um ambiente de educação em saúde no SUS	416
– Saúde meio ambiente: reciclando o lixo	416
– Sexualidade: mitos e verdades na perspectiva dos adolescentes	417
– Sistema de referência e contrarreferência da UBS Aparício Borges – Distrito Glória	418

– SUS x portadores de necessidades especiais: relato de experiência na UBS Viçosa	419
– Unidade básica de saúde HCPA Santa Cecília: assistência diferencial	420
– Vivência das agentes comunitárias da saúde em relação a violências de gênero	422
– Fatores de adesão ao tratamento da tuberculose	423
– Sobrecarga do cuidador principal do Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA)	425
<i>ADMINISTRAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE</i>	429
– A experiência de trabalho no sexto turno do HCPA por uma enfermeira recém-formada	430
– Sistema de referência e contra-referência: operacionalização e inserção de enfermagem na atenção à saúde	430
– A equipe multiprofissional de saúde e a administração no processo de aprendizagem e inclusão digital das crianças com câncer e seus familiares	433
– Análise de intercorrências assistenciais de enfermagem através da engenharia de sistemas cognitivos	435
– Caracterização dos desfechos dos encaminhamentos externos aos pacientes classificados como de baixo risco no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre	438
– Gerenciamento do fluxo de pacientes em unidade de recuperação pós-anestésica	440
– Perspectiva da força de trabalho da enfermagem de um hospital universitário	443
– Proposta de roteiro para passagem de plantão	445
– Resíduos sólidos de serviços de saúde: percepção dos profissionais de saúde quanto ao seu descarte	446

PROGRAMA

11/05/2009

Segunda-feira

- 8h30 Abertura
- 9h Momento cultural
- 10h **Conferência: "SUS e Enfermagem: responsabilidade coletiva no cuidado à saúde"**
Profª Madel Luz (UERJ)
Coordenador: Profª Virgínia Moretto (EEUFRGS)
- 11h-12h Debate
- 14h **Mesa 1: "A Formação dos Trabalhadores de Enfermagem para o SUS"**
Prof. Ricardo Ceccim (FACED-UFRGS)
Profª Marta Vaz (FURG)
Profª Regina Rigatto Witt (EEUFRGS)
Coordenador: Profª Agnes Olchowsky (HCPA-EEUFRGS)
- 15h30 Coffee Break
- 16h **Mesa 2: "Instituição pública de saúde: espaço de cuidado"**
Profª Maria Henriqueta Luce Kruse (HCPA-EEUFRGS)
Enfª Marinez Marques Voigt (HMIPV)
Coordenador: Enfª Solange Pilati (HCPA)
- 17h30 Peça teatral

12/05/2009

Terça-feira

- 08h30 **Mesa 1: "Pedras no caminho do SUS"**
Dr. José Luiz Telles (DAPES-SAS-MS)
Profª Laura C.M. Feuerwerker (UFRJ)
Coordenador: Profª Christine Wetzel (HCPA-EEUFRGS)
- 10h Coffee Break
- 10h30-12h Debate
- 14h **Mesa 2: "Dia-a-dia: caminhando, fazendo, vivendo o SUS no HCPA"**
Enfª Margery Bohrer Zanetello (HCPA-UBS)
Enfª Aline Veleda (HCPA-Internação)
Enfª Ana Maria Kerpp Fraga (HCPA-UCO)
Enfª Simone Maria Schenatto (HCPA-Emergência)
Enfª Suzana de Azevedo Zachia (HCPA-Ambulatório)
Coordenador: Profª Eliane Pinheiro de Moraes (HCPA-EEUFRGS)
- 15h30 Coffee Break
- 16h **Mesa 3: "A enfermagem: universal, humanizada e de qualidade"**
Representantes do HCPA:
Enfª Vera Maria Bruxel (HCPA-Ouvidoria)
RP Ana Paula Folletto (HCPA- Assessoria de Comunicação Social)
Enfª Maria Lúcia Falk (HCPA-GENF)(Grupo de Humanização)
Enfª Vera Lúcia Mendes Dias (Gestão do Cliente)
Coordenador: Enfª Maria Lúcia Falk (HCPA-GENF)
- 17h30 Coquetel e Coral "Nós com Voz" (HCPA-CAPS)

13/05/2009

Quarta-feira

Cursos e oficinas

CURSOS SEMANA DE ENFERMAGEM

1. O manejo da lactação
2. Práticas de gestão ambiental na assistência hospitalar
3. Cuidados de enfermagem ao transplantado hepático
4. Educação permanente no trabalho em saúde
5. PICC em neonatologia
6. Consulta de enfermagem e rotinas assistenciais ao paciente submetido a cirurgia bariátrica
7. Cuidados ao paciente portador de ostomias
8. Curso de Tratamento de feridas (PPTF)
9. Cuidados Paliativos
10. Acolhimento com avaliação e classificação de risco no Serviço de Enfermagem em Emergência no HCPA
11. Oficina sobre desinfecção de endoscópios
12. Curso sobre transplante de células tronco-hematopoéticas (aplicação e assistência de enfermagem)
13. Cuidado de enfermagem em saúde mental na internação clínica
14. Métodos não – farmacológicos para o alívio da dor no trabalho de parto
15. Cuidados com cateteres, PICC e PICC valvulado em pediatria
16. Cuidados de Enfermagem em Hemoterapia



CONSULTA DE ENFERMAGEM E ROTINAS ASSISTENCIAIS AO PACIENTE

SUBMETIDO A CIRURGIA BARIÁTRICA

Mara RF Gouvêa, Michelli CS Assis, Fabiana B Fehrenbach

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A obesidade é uma doença metabólica caracterizada por excesso de peso relativo, ou seja, pela porcentagem de peso que excedeu o ideal desejado em relação à idade, à altura e ao sexo. Dentre os tratamentos indicados destacam-se dietas, reeducação alimentar, atividades físicas, acompanhamento psicológico, medicações e cirurgia. As indicações para cirurgia bariátrica são: indivíduos com Índice de Massa Corpórea (IMC) > 40 kg/m²; indivíduos com IMC > 35 kg/m² associado a comorbidades como diabetes melitus tipo II, hipertensão arterial sistêmica, dislipidemias, apnéia do sono e infarto agudo do miocárdio. As contra indicações incluem pneumopatias graves, insuficiência renal, lesão acentuada do miocárdio, vasculopatias graves, cirrose hepática, causas endócrinas da obesidade e contra-indicações psiquiátricas. A cirurgia tem como objetivos alcançar os melhores resultados com os mínimos efeitos indesejáveis, perda de peso, melhora das comorbidades associadas e dos problemas psicossociais. A cirurgia bariátrica promove a redução do volume de ingesta alimentar através de restrição mecânica gástrica e sensação de saciedade precoce e também pelo aumento do tempo de esvaziamento e redução da área de absorção intestinal. As técnicas cirúrgicas existentes são: a restritiva, a disabsortiva e as mistas. A primeira restringe o volume de alimento e diminui a ingestão de sólidos e pastosos. Tem menores riscos de complicação, porém, menor perda de peso. Já na técnica disabsortiva, ocorre desvio de trânsito intestinal e diminuição da absorção do alimento. As técnicas mistas associam restrição de ingesta com disabsorção através de um desvio intestinal menor. Essa técnica tem melhores resultados e é considerada padrão-ouro. A recente implantação da consulta de enfermagem a pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) tem como objetivo monitorar, orientar e preparar o paciente, visando uma mudança no seu estilo de vida. A consulta de enfermagem é baseada na orientação em relação aos cuidados, no levantamento de dados e esclarecimento de dúvidas. O acompanhamento pós-operatório acontece ao longo de 2 anos com equipe multidisciplinar. Os diagnósticos de enfermagem geralmente utilizados no pré e pós-operatório são: 1) Distúrbio da imagem corporal; 2) Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; 3) Risco de Infecção. 3) Integridade tissular prejudicada. Na internação, os cuidados de enfermagem no pré-operatório são: verificar sinais vitais, peso, altura, circunferência abdominal e IMC. O paciente deve ser encaminhado ao bloco cirúrgico com NPO de 8 horas e portando a meia elástica. No pós-operatório deve-se avaliar: a função respiratória, a estabilidade hemodinâmica, o local da incisão cirúrgica e os sistemas de drenagem da ferida operatória, o nível de consciência e orientação, a capacidade de movimentar as extremidades, a perfusão periférica, a dor, as punções venosas. Orientar exercícios respiratórios, estimular movimentação e deambulação precoce no leito, manter a integridade da pele, registrar débito urinário e cuidados quanto à introdução da dieta. A consulta de enfermagem tem papel primordial no ensino do paciente obeso, o que pode diminuir as dúvidas, medos e a

insegurança do paciente e sua família. A implementação dos cuidados específicos a esses pacientes tem auxiliado na recuperação, minimizando as complicações, e a adaptação a novos hábitos de vida.

TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOÉTICAS (APLICAÇÃO E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM)

Jacqueline Simon, Rita Soares, Denise Neto, Claudete Pacheco
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A Unidade de Ambiente Protegido (UAP) 5º Sul do HCPA possui características peculiares para atender pacientes submetidos a tratamento quimioterápico e Transplante de Células Tronco Hematopoéticas (TCTH) autólogo e alogênico. Isto significa que o enfermeiro deve conhecer as indicações clínicas para cada tipo de transplante, os quimioterápicos utilizados no condicionamento das diversas patologias e seus possíveis efeitos colaterais, com todos os cuidados de enfermagem ao paciente neutropênico, em uso de cateter central de longa permanência, a infusão de células tronco, realizada pelo enfermeiro, conhecer a compatibilidade em TCTH e a manifestação da doença do enxerto contra hospedeiro (DECH), com a adequada assistência de enfermagem e seu manejo. Por fim, o enfermeiro também presta assistência no ambulatório, com atendimento de enfermagem ambulatorial pré internação, e pós alta imediata, onde estes permanecem em seguimento com o enfermeiro até a retirada da imunossupressão.

Descritores: Imunossupressão, transplantes de células tronco, assistência de enfermagem.

EVOLUÇÃO DOS PROCESSOS DE DESINFECÇÃO DE ENDOSCÓPIOS

Suzana Muller

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A evolução permanente da tecnologia conduz a equipe de enfermagem a reavaliar constantemente suas práticas de cuidados de enfermagem. A recrudescência de certas doenças infecciosas, a necessidade de lutar contra infecções nosocomiais, põe em questão as regras de assepsia e serem respeitadas pela equipe de enfermagem. Os aparelhos de endoscopia digestiva e respiratória não podem ser esterilizados pelos métodos clássicos. Atualmente todos os aparelhos são imersíveis e permitem um tratamento adequado de desinfecção. Devido sua complexidade o processo de limpeza e desinfecção não é somente uma preocupação da enfermagem, tornou-se multidisciplinar, pois exige discussão sobre riscos físicos, biológicos e químicos, tanto para o paciente quanto para a equipe e meio ambiente. Este processo exige reavaliação constante dos materiais e processos de desinfecção disponíveis no mercado, custos para a empresa e riscos para os trabalhadores, além de avaliação com novas tecnologias e desinfetantes.

CUIDADO AOS PACIENTES PORTADORES DE OSTOMIAS / DESAFIOS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM

Rossana Rosa Bercini

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

rbercini@hcpa.ufrgs.br

Caracterização: As palavras ostoma, estoma ou ostomia são derivadas da palavra grega *stoma* e significam boca ou abertura. A ostomia é a exteriorização de qualquer víscera oca no corpo, através de ato cirúrgico, geralmente na parede abdominal, para eliminações de dejetos, secreções, fezes e/ou urina. Conforme o segmento exteriorizado, as ostomias recebem nomes diferenciados: no intestino grosso = cólon = colostomia, no intestino delgado = íleo = ileostomia e no sistema urinário = urostomia. As causas que indicam a necessidade de uma ostomia são variadas. Entre as mais freqüentes estão os traumatismos, as doenças congênitas, as doenças inflamatórias intestinais e o câncer do intestino. Dependendo da etiologia da doença, o cirurgião indica a realização de uma ostomia temporária ou definitiva. As ostomias temporárias são realizadas para proteger uma anastomose, tendo em vista o seu fechamento num curto espaço de tempo. As ostomias definitivas são realizadas quando não existe a possibilidade de restabelecer o trânsito intestinal, geralmente nos casos de câncer. Os pacientes com ostomias definitivas requerem apoio contínuo, pois seus problemas são duradouros e cíclicos, tais como adaptação a novos equipamentos, dificuldades no convívio social que alteram sua qualidade de vida alterada. Segundo dados da Associação Brasileira de Ostomizados, estima-se que em 2008 no Brasil há cerca de 34 mil ostomizados. Na região Sul, encontramos 8577 pacientes sendo que no Rio Grande do Sul são 5000, dados que destacam a relevância da atenção a estes pacientes. O cuidado ao paciente portador de ostomia é um desafio para a equipe de enfermagem. Os ostomizados apresentam dificuldades em todos os níveis, nos aspectos físicos, emocionais e sociais, físicos e familiares. Dentre as dificuldades observadas ressaltamos as que envolvem a alteração da imagem corporal, a perda do controle esfínteriano, as questões envolvendo a sexualidade, a presença da dor psíquica, a percepção da finitude da vida, o isolamento social e a alteração das relações interpessoais. Em estudo citado por Gemelli 2002, os pacientes ostomizados expressaram diversas reações e sentimentos como: sensações de cansaço, fraqueza, mutilação, perda de um órgão, violação, castração, desespero, sensação de invalidez, desgosto e medo de acidentes com o ostoma. Essas reações e sentimentos destacam o sofrimento do paciente. Portanto, os cuidados de enfermagem são amplos e devem iniciar no momento do diagnóstico na indicação e realização de uma ostomia, nos cuidados com o ostoma, higiene, adaptação aos equipamentos, troca da bolsa, orientação aos familiares, para minimizar sofrimentos e facilitar a reabilitação. **Objetivos: Geral:** O objetivo é capacitar os profissionais de enfermagem na assistência ao paciente portador de ostomia. **Específicos:** Relacionar os conhecimentos teóricos sobre a ostomia com a avaliação e indicação do equipamento. Oportunizar o conhecimento dos diferentes tipos de ostomias bem como de equipamentos e acessórios disponíveis. Sensibilizar os profissionais de saúde para a magnitude que envolve a assistência ao paciente portador de ostomia. **Metodologia:** O curso será ministrado por uma enfermeira do Programa de Assistência ao Ostomizado do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto

Alegre. A atividade está prevista para 25 participantes com duração de tres horas e dividida em dois momentos. Inicialmente, através de slides power point, serão revisados os conceitos teóricos básicos sobre ostomias como: definição, indicações, tipos de ostomias, complicações imediatas e tardias com ênfase na dermatite periestomal, indicação e uso de equipamentos e acessórios, cuidados na higiene e troca do sistema coletor e impacto sobre a qualidade de vida do paciente. A participação dos presentes será estimulada, através de perguntas e espaço para colocações para que a atividade seja interativa com troca de experiências e esclarecimento de dúvidas. No segundo momento serão abordados: a evolução dos equipamentos e os aspectos práticos relacionados: a indicação e uso do sistema coletor, bolsa de 1 ou 2 peças, bolsa descartável, bolsas especiais tais como a convexa que está indicada nos ostomas retraídos. Também serão mostrados os acessórios: protetores de pele, pasta protetora com álcool, pasta protetora em tiras sem álcool, pó protetor, película protetora líquida, filtro carvão e cinto de suporte abdominal, entre outros. Para esta atividade, usaremos um manequim didático que possibilita a fixação das bolsas bem como o uso dos acessórios. O manuseio dos diferentes materiais será oportunizado através de demonstração prática e de simulação de situação problema. Aliada as questões técnicas que envolvem equipamentos e acessórios, serão abordados os aspectos psico-emocionais como negação, dificuldade de aceitação, alteração da autoimagem, sexualidade e cuidados do dia a dia. Também será enfatizada a importância de uma equipe de enfermagem capacitada no cuidado ao paciente portador de ostomia, pois as pesquisas já realizadas mostram que estes pacientes necessitam de cuidados específicos para conseguirem a re-inserção social. **Resultados:** O resultado esperado é que o participante identifique a importância do cuidado de enfermagem ao paciente portador de ostomia, compreenda que assistir não se refere apenas a execução da técnica de forma adequada, mas sim que os cuidados e atitudes irão favorecer a aceitação da nova condição e desta forma facilitar a reabilitação. **Recomendações:** Considerando que o cuidado de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado pelo paciente e seus familiares, portanto, para a sua reabilitação acreditamos que capacitações como esta devem ser estimuladas e desenvolvidas nos cursos de formação de técnico de enfermagem e graduação em enfermagem, quanto nas instituições de saúde. O conhecimento teórico e o desenvolvimento tecnológico devem estar aliados ao conhecimento de todos os aspectos que envolvem os pacientes ostomizados. O atendimento deve ser afetivo e empático para que ele se sinta acolhido e tenha uma boa reabilitação, favorecendo o retorno ao convívio social e profissional.

Descritores: ostomias, cuidado de enfermagem, reabilitação.

TRANSPLANTE HEPÁTICO ADULTO NA “ERA MELD”

Soraia Arruda, Daniela dos Santos Marona, Ariane Teixeira, Talita Oliveira Cardoso
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O Transplante Hepático é uma alternativa terapêutica de sucesso para doença hepática crônica de curso terminal ou aguda do fígado, conferindo melhora na sobrevida. Os seus melhores resultados contribuem para que se agreguem novas indicações, aumentando a lista de espera, além da inquestionável

desproporção entre doadores e candidatos, conferindo a necessidade premente de alocação adequada desse órgão nobre e escasso. Dessa maneira, cada vez mais o profissional enfermeiro passa a incorporar as demandas dessa especialidade, coordenando a assistência de enfermagem nas diversas unidades que prestam atendimento a esses pacientes como: Ambulatório, Centro Cirúrgico, Centro de Terapia Intensiva e Unidade de Internação. O papel do enfermeiro como orientador no Programa de Transplante de Hepático, passa cada vez mais pela educação do provável candidato a transplante, informando a complexidade do procedimento, os cuidados pré e pós transplante, a importância da adesão ao tratamento, do acompanhamento familiar, dos cuidados com imunossupressão, o provável status em lista, através do critério de gravidade MELD. O MELD, implementado em 29 de maio de 2006, a Portaria n.º 1.160 assinada pelo Ministério da Saúde, modificou os critérios de distribuição de fígado no Brasil, implantando o modelo matemático MELD (Model End-Stage Liver Disease), que quantifica a urgência do transplante, sendo considerado um preditor de mortalidade. Para o cálculo do MELD ($9,57 \cdot \log \text{ creat.} + 3,78 \cdot \log \text{ BT} + 11,20 \cdot \log \text{ INR} + 6,42$) são necessários três exames laboratoriais de rotina, comuns para qualquer hepatopatia crônica: Bilirrubina Total (BT), que mede a eficiência do fígado em excretar bile; Creatinina, como medida de função renal e o INR (atividade da protrombina) que indica a produção de fatores de coagulação. O valor do MELD varia de 6 a 40, indicando que quanto maior o valor, mais próximo do transplante o doente se encontra. É de responsabilidade da equipe transplantadora a atualização dos exames junto à Central de Transplantes, pois esses exames têm validade definida de acordo com o valor MELD. **Considerações finais:** Nesse contexto, o enfermeiro-coordenador do transplante, que exerce suas atividades no preparo desse paciente para receber o novo órgão, orientando quanto às complicações da doença hepática, passa a agregar mais uma nova abordagem educativa, observando a gravidade dos casos na constituição da fila de espera para o transplante de fígado. Além disso, mantém acompanhamento criterioso dos pacientes, com agendamento periódico de exames, em conjunto com outros membros da equipe multidisciplinar. O sucesso do transplante hepático nos últimos tempos, inegavelmente, se deve também ao aprimoramento da equipe de enfermagem, que passa a identificar as particularidades do procedimento, aplicando-as cada vez mais no cuidado humanizado desse paciente.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTES

Magda Emília Collares Flores, Junior César M. Lopes, Kátia Lísia Fernandes Vieira
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

População alvo: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e alunos. **Objetivo:** transmitir conhecimentos básicos para a realização do cuidado de enfermagem em transfusão de hemocomponentes. **Conteúdos programáticos:** - Critérios de seleção de doadores de sangue: apresentação de critérios normativos, conforme RDC 153, de 24 de junho de 2004, ANVISA/MS; sensibilizar para a importância da doação de sangue; fornecer informações sobre exames sorológicos e liberação de sangue de doadores para transfusão e existência de janela imunológica. - **Cuidados pré-transfusoriais:** apresentar noções teóricas

para a realização de exames imunohematológicos no Sistema ABO, coleta e identificação de amostras de sangue exclusivas para os testes; capacitar para o reconhecimento dos diferentes hemocomponentes (hemácias, plaquetas, plasma, crioprecipitado) e normas técnicas de coleta, processamento, armazenamento e transporte de bolsas de hemocomponentes. - **Cuidados durante o ato transfusional:** normas de identificação do paciente, fluxo de infusão, registros e reconhecimento de reações adversas às transfusões. - **Experiência da Equipe Transfusional no HCPA:** apresentar a sistematização da assistência de enfermagem em transfusões de sangue; informar sobre a legislação de referência – COFEN - 200, de 15 de abril de 1997, que normatiza a atuação dos profissionais de enfermagem na assistência integral aos doadores, receptores e suas famílias.

PRÁTICAS DE GESTÃO AMBIENTAL NA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

Ana Lucia Thomas, Aldina Quintana, Fabiana Bonemann Fehrenbach, Márcia Weissheimer
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: A preocupação com a gestão ambiental dentro das instituições de saúde torna-se cada vez mais necessário a medida que percebemos o impacto dos resíduos gerados através das nossas ações no meio ambiente. Apesar de termos várias legislações vigentes o nosso maior desafio é sensibilizar os profissionais da saúde sobre o descarte correto dos materiais. Isto é, ir além de descartar tudo na caixa do perfuro-cortante e encaminhar para aterros controlados. **Objetivos:** Sensibilizar o gerador do correto descarte do resíduo de saúde; Educar para as práticas de sustentabilidade no ambiente de trabalho; Incentivar bons exemplos de cuidado com os recursos essenciais e preservação do planeta. **Desenvolvimento:** Os hospitais são grandes geradores de resíduos, com isto nossa responsabilidade vai além do descarte, é necessário haver um melhor planejamento dos materiais utilizados evitando desperdícios. O HCPA por ser uma instituição de ensino, assistência e pesquisa é em consequência um grande consumidor de bens naturais, Ex: o consumo mensal de energia elétrica equivale ao consumo de 8.550 residências. O consumo de água corresponde ao consumo de 1.610 residências e produzimos 60 mil quilos. ... “os serviços de saúde são responsáveis pelo correto gerenciamento de todos os dos serviços de saúde por eles gerados, atendendo as normas e exigências legais desde o momento da sua geração até a disposição final.” ANVISA 2007 “Os profissionais de saúde devem não só segregar seus resíduos e garantir que tenham disposição final adequada, mas também de orientar a população para dispor corretamente os resíduos perigosos produzidos fora do ambiente dos serviços de saúde, no intuito de promover saúde de toda a comunidade”. Garcia, Zanette-Ramos, 2004. **Conclusão:** A segregação dos resíduos hospitalares não é uma opção dos profissionais e sim um dever do cidadão. Entendemos que a gestão ambiental nas instituições de saúde representa um indicador de qualidade assistencial, os programas de capacitação voltados para as práticas de sustentabilidade no ambiente de trabalho e as ações individuais são o caminho para atingirmos o equilíbrio entre biossegurança, saúde pública e preservação do planeta.

Referências:

1. Garcia L.P, Zanetti-Ramos B.G. Gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde: uma questão de biossegurança. Cad. Saude publica, Rio de Janeiro, 20(3):744-752, mai-jun.2004. Disponível: <http://www.scielo.com, Br. Acesso em 20 maio 2008>
2. Plano de gerenciamento de Resíduos de serviço de saúde. Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Relatório de atividades, 2007
3. RDC ANVISA 306/04. Aspectos jurídicos da resolução da diretoria colegada da Anvisa sobre resíduos de serviços de saúde. Publicação especial da ANVISA.

NOÇÕES BÁSICAS EM ELETROCARDIOGRAMA

Jeane Cristine de Souza, Leticia Orlandin, Solange Maria Braun Gonzalez
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Eletrocardiograma (ECG) é o mais simples e um dos mais úteis meios diagnósticos não invasivos. A atividade elétrica do músculo cardíaco fornece informações sobre a anatomia e a função do coração que, passadas para o eletrocardiógrafo, permitem avaliar as condições desse órgão. A prática da enfermagem requer dos profissionais, além das habilidades implícitas no exercício da função, os conhecimentos necessários à interpretação de um ECG, para que estejam aptos a um desempenho satisfatório em situações emergenciais de vigência de anormalidades no ritmo cardíaco. O profissional de enfermagem presta assistência contínua aos pacientes sendo, muitas vezes, o primeiro a detectar alteração do ritmo cardíaco por meio da inspeção do traçado e da confirmação com o exame físico. A enfermagem desempenha um papel importante na identificação e manejo das arritmias a beira do leito, pois reconhece a alteração no traçado eletrocardiográfico e notifica a equipe médica que decide o tratamento adequado. Pelo fato de tratar-se de uma condição complexa com possibilidade de deterioração para outras arritmias letais, causam muita insegurança na equipe de enfermagem pelo desconhecimento sobre o assunto e por exigir uma conduta rápida e eficaz. Neste contexto, alguns estudos relatam que os profissionais de enfermagem sentem-se mais seguros após treinamentos sobre interpretação de ECG e arritmias. O curso de eletrocardiograma foi elaborado para constituir uma noção básica de interpretação do ECG, oferecendo, ainda conhecimento sobre arritmias. O curso tem caráter prático e objetivo, procurando responder às necessidades práticas dos profissionais da área de enfermagem.

CUIDADOS PALIATIVOS

Rosmari Wittmann Vieira, Gislene Pontalti, Rosmari Wittmann Vieira, Tania Maria Massutti

Objetivo: Permitir aos participantes um momento de reflexão sobre como desenvolver uma assistência qualificada e integral aos pacientes terminais e seus familiares. **Metodologia:** O programa tem conteúdo específico para equipe de enfermagem, combinando a teoria com a prática clínica realizada no Núcleo de Cuidado Paliativo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Filosofia e Princípios dos Cuidados Paliativos. Segundo a OMS (2), cuidado paliativo é uma abordagem que aumenta a qualidade de vida de pacientes e

suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças que ameaçam a vida. Propõe-se a identificar precocemente e tratar a dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais que acometem pessoas no final da vida, com o objetivo de prevenir e aliviar o sofrimento. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano integrado pelo caráter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos. Os cuidados paliativos também são preconizados por outros organismos internacionais, como a United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO)(2), implicando na estruturação de uma rede de atenção à saúde que é incipiente em nosso país. Em 1969, a psiquiatra austríaca, Elisabeth Kubler-Ross (4) trabalhando com pacientes terminais nos Estados Unidos publica “On Death and Dying” (sobre a morte e o morrer) onde relata as preocupações de pacientes gravemente enfermos e em fase terminal, ensinando a comunidade da saúde que a discussão aberta sobre questões de vida e morte eram importantes para os pacientes. Os cuidados paliativos ganharam força, na Inglaterra, na década de 70 do século passado, denominado de movimento hópice, quando foi fundado o Saint Christopher’s Hospice por Cecily Saunders, enfermeira e médica insatisfeita com os resultados do tratamento corrente dispensado a pacientes em estado terminal, cujo sofrimento (físico, psíquico, social e espiritual) era frequentemente ignorado pela equipe que os tratava. Rapidamente países como França, Canadá e outros incorporaram esta filosofia. Para a OMS, Cuidados Paliativos são “os cuidados ativos totais de pacientes cuja doença não responde ao tratamento curativo, mesmo que esteja em fase avançada e progressiva”. Os cuidados paliativos são ações prestadas por profissionais da saúde voltados para o indivíduo ao final de vida, salvaguardando sua dignidade, promovendo qualidade de vida nos seus dias e de seus familiares. A família é um dos pilares básicos para o cuidado do paciente em cuidados paliativos e não se podem separar as necessidades destes e de sua família porque as duas partes funcionam como uma unidade. A família é o mais importante apoio durante todo o processo da enfermidade, requerem uma informação clara sobre a enfermidade, sua evolução provável, os cuidados que podem intervir como melhorar a inter-relação pessoal e aos diversos apoios tanto do tipo físico, emocional e econômico que existem em sua comunidade. A formação profissional em cuidados paliativos é uma condição necessária para um serviço qualificado e que busca uma melhor qualidade de vida para os doentes que sofrem com a doença em fase avançada e incurável, sem intervenções terapêuticas desnecessárias, e que recebam cuidados de qualidade que respondam às múltiplas necessidades dos doentes e suas famílias, nos aspectos psicológicos, físicos, sociais e espirituais que surgem no processo de morrer. Abordagem e apoio espiritual. O ser humano é movido por muitas influências culturais, sociais e religiosas. Ele é um eixo de relações, se move também por influência destas. Apresenta sentimentos de amor, raiva, tristeza, alegria, compaixão, solidariedade, maldade que influenciam o meio onde vive. O diagnóstico de uma doença grave é um momento de muita emoção. Talvez, pela primeira vez, a pessoa tenha de consentir coisas que, se gozasse de boa saúde, não permitiria, tais como pedir ajuda, pedir amor ou expressar a própria tristeza. A doença legitima a expressão de sentimentos e emoções que, em muitas pessoas eram mantidos escondidos durante toda sua vida. Nós lutamos contra a idéia de nossa finitude e sempre temos buscado o alívio possível para o paradoxo existencial, vida e morte. Temos consciência do fim, mas desenvolvemos mecanismos de defesa que nos aliviam a angústia desse fim. Essa angústia acompanha tanto aquele que se

encontra em processo de morrer como a sua família, os amigos e os cuidadores. Somos, por vezes, incapazes de dar àqueles que morrem a ajuda e o afeto necessários. Esse momento, quando as pessoas se despedem dos outros seres humanos, acaba por nos reportar a consciência de nossa própria morte. É necessário compreender os mecanismos defensivos e sentimentos dos pacientes e familiares, para atender às necessidades daqueles que vivenciam o processo de morte e morrer, proporcionando-lhes conforto, senso de pertença e afeto. O enfrentamento de um diagnóstico que constata não haver possibilidade de cura requer uma relação de solidariedade que pode resultar em crescimento mútuo, entre paciente e profissionais de saúde, paciente e cuidador, paciente e família. O diagnóstico associado à morte, por vezes, é negado, tanto pela equipe de saúde como pela família. O que pode estar associado à dificuldade que as pessoas, inclusive os profissionais, têm de enfrentarem o mistério da morte. Por vezes, deixamos velado este assunto por não nos sentirmos preparados para enfrentá-lo. Optamos por desconsiderar e negar a possibilidade do paciente de ser tratado como uma pessoa que está enfrentando a sua terminalidade. Ele tem o direito de ser respeitado e de decidir sobre sua vida. Quando não falamos a verdade ao paciente estamos privando-o do direito à autonomia. Somos preparados para trabalhar com a vida negando, por vezes, a morte. Desta forma, torna-se fundamental aprofundarmos o estudo da terminalidade dos pacientes, conhecendo os sinais e sintomas que os mesmos apresentam. Elisabeth Kübler-Ross descreve as etapas da terminalidade em seu livro “Sobre a morte e o morrer”, identificando períodos definidos no processo de morrer, entendê-los, facilita atender adequadamente estes pacientes e seus familiares. Negação - é a primeira das cinco etapas, se caracteriza pela recusa do paciente em admitir a implacável verdade de sua condição fatal. Revolta - é a segunda etapa, na que o doente sente uma grande revolta por estar doente. Por vezes o doente fica agressivo. Barganha - é a terceira etapa, na qual a pessoa quer negociar com Deus, busca vários rituais, faz negociações. Estas negociações podem ser silenciosas, por vezes o doente não as expressa. Depressão - é a quarta etapa em que o paciente fica em profundo recolhimento, por vezes nem olha para quem entra no quarto. É um momento em que a pessoa toma consciência de seu estado, percebe que não tem como sair disso. Aceitação - é a quinta etapa em que a pessoa passa a aceitar a morte. Os períodos ou fases não se sucedem de forma ordenada e excludente, mas podem misturar-se. É importante ajudar a pessoa a descobrir os fatos, desmistificando fantasias e esclarecendo suas dúvidas. A veracidade é de fundamental importância, não dando à pessoa uma falsa confiança, mas oferecendo ajuda e reconhecendo a validade de seus temores. É importante não incentivar a pessoa a culpar outras pessoas e sim encorajá-la a aceitar ajuda. Serão apresentados também: Um breve resumo das situações de emergências e focar as estratégias utilizadas para seu manejo descrito nas literaturas consultadas e na prática vivenciada. Descrições de Apoio e intervenções na Agonia. Um momento que requer preparação para a equipe, já que se trata da “hora da morte”, e que para a família é o momento de maior impacto cabendo à equipe de enfermagem individualizar cada situação. O luto e o apoio a familiares. A família é o mais importante apoio ao paciente durante todo o processo da enfermidade, porém para ser mais eficaz necessita de um suporte para o enfrentamento da evolução da doença e da expectativa da morte. O processo de luto deve ser alvo de atenção particular com intervenção e apoio à família, antes e depois da morte do paciente.



GESTÃO DO RELACIONAMENTO COM O CLIENTE: PESQUISA DE SATISFAÇÃO

Vera Lúcia Mendes Dias

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

vdias@hcpa.ufrgs.br

Introdução: O estudo da satisfação do cliente tem sido uma preocupação das instituições de forma geral. No Hospital, vários fatores podem ser determinantes do grau de satisfação dos clientes internados ou ambulatoriais, entre eles podemos citar: características do cliente como estado de saúde, situação sócio-demográfica e expectativas; características dos profissionais que atendem como, habilidade técnica, relacionamento; e fatores ambientais como, conforto, condições de acesso aos serviços de saúde e tempo de espera para ser atendido além do resultado do atendimento ou tratamento. Com o objetivo de sistematizar a pesquisa de satisfação dos clientes internados e ambulatoriais o Hospital de Clínicas no ano de 2005 criou o Grupo de Gestão do Relacionamento com o Cliente (**GGRC**). Este Grupo desenvolve atividades relacionadas à Pesquisa de Satisfação de Clientes do Hospital de Clínicas, assegurando a coleta e disponibilização dos resultados mensalmente, além de acompanhar as melhorias implementadas nas unidades de internação e áreas ambulatoriais. Os questionários preenchidos, espontaneamente, pelos clientes em 52 áreas do Hospital, são coletados e digitados semanalmente por acadêmicos de enfermagem da UFRGS. As informações são disponibilizadas para os gerentes, mensalmente, através do Sistema de Informações Gerenciais (IG). O sistema possibilita a visualização dos dados desde julho de 2005, permitindo o acompanhamento e comparação em diferentes períodos num mesmo setor e também entre setores. Os elogios, críticas e sugestões registrados nos formulários são encaminhados às áreas envolvidas para conhecimento e manifestação quando a situação o exige. A opinião do cliente com relação ao atendimento recebido é um dos focos de atenção do planejamento estratégico do Hospital. No painel de controle do BSC, ela encontra-se contemplada na perspectiva 2.3 “Referência em qualidade percebida”. Na pesquisa utiliza-se dois instrumentos de coleta: um para os clientes da área da internação e outro para os da área ambulatorial.

Pesquisa de satisfação do cliente na área de internação: A pesquisa de satisfação do cliente Internado teve 41.123 questionários respondidos entre julho de 2005 e março de 2009 com uma média de 914 por mês. Para um universo de 88.977 altas, isso indica que 46,21% dos pacientes que tiveram alta do Hospital preencheram o formulário da pesquisa de opinião, demonstrando a participação ativa dos clientes na avaliação dos serviços. Observando o comportamento das respostas da pesquisa à pergunta genérica: “Como você classifica o atendimento recebido durante esta internação?”, verifica-se que os índices mensais apresentam uma variação de score no grau ótimo entre 69,98% em março de 2006 e 85,57% em fevereiro de 2008. Na análise de todos os questionários respondidos desde julho de 2005 observa-se um score de 77,92% de respostas no grau ótimo para o atendimento geral. Com base nos resultados da pesquisa os serviços buscaram implementar melhorias, por exemplo: - Mudanças nos processos do Serviço de Higienização e Limpeza; - Instalação de bancos na área externa do hospital; - Melhorias nas informações indicações visuais das áreas e unidades; - Substituição de colchões nas unidades de internação clínica e cirúrgica; Adequação ampliação do horário de visitas na unidade Neonatal; - Criação de um espaço para refeitório dos familiares; - Área de

estacionamento pago, para pacientes e familiar; - A introdução de pães industrializados, melhorias no cardápio para pacientes diabéticos e no cardápio de lanches da pediatria, máquinas de café nas copas das unidades para assegurar que o café seja servido quente; - A implantação do Acolhimento no saguão central, a identificação de visitantes sem cartão e o controle de acesso ao ambulatório; - Capacitação de vigilantes e recepcionistas no atendimento ao público; - Ampliação do horário de visitas no setor de emergência (noite); - Instalação de televisor na recepção, sala de procedimentos e observação de Emergência; - Aquisição de equipamentos (macas, cadeiras de rodas, mesa para refeição), colocação de cortinas para maior privacidade dos pacientes; - Climatização na recepção da emergência. Também foi realizado um processo educativo junto às equipes das unidades de internação com o objetivo de motivá-las ao desenvolvimento de suas atividades cada vez mais com foco no cliente, orientadas pelos resultados da pesquisa. Cabe ressaltar que, as melhorias, juntamente com um esforço de implementar uma cultura de serviço voltada ao melhor atendimento ao cliente, tem influenciado na tendência de melhoria dos resultados da pesquisa de satisfação na área da internação. Quando se analisam os resultados qualitativos, constantes nos depoimentos registrados no espaço livre do formulário (questão aberta), os registros de elogios correspondem 60,94%, em relação as críticas e sugestões na sua maioria, são dirigidos ao ambiente e conforto. **Pesquisa de satisfação do cliente na área ambulatorial:** A pesquisa teve 27.754 questionários respondidos, com uma média de 617 por mês com um retorno de 1,37% considerando o total de consultas realizadas Atualmente, 31 áreas de serviços a clientes ambulatoriais estão mensurando a satisfação deste. Assim como na pesquisa realizada na área de internação, os dados estão disponibilizados aos gestores através do IG. A avaliação do atendimento de forma geral obteve um escore médio de 81,28% de respostas no grau ótimo e bom. As informações obtidas através da pesquisa estão subsidiando o trabalho dos profissionais dos setores envolvidos na elaboração de um projeto de reformulação do ambulatório, incluindo proposta de melhorias na área física e reformulação de processos de atendimento, a ser implementado. O quesito tempo de espera, apresenta escores aquém do desejado com taxa da satisfação média de 47,12% no somatório dos graus ótimo e bom. A implantação da nova sistemática de abordagem dos clientes externos na entrada do ambulatório repercutiu inicialmente nos resultados da pesquisa no que se refere ao tempo de espera apresentando aumento de cinco pontos percentuais na satisfação do cliente em relação ao tempo de espera. **Considerações:** A pesquisa de satisfação é um instrumento de avaliação da satisfação do cliente que possibilita implementação de melhorias com base nos seus resultados assim, são importantes o envolvimento e o comprometimento dos profissionais na melhoria o processo da pesquisa e na implantação das melhorias sugeridas pelos clientes. Entende-se que a pesquisa de satisfação também é um importante instrumento para a implementação dos dispositivos da Política Nacional de Humanização (PNH) no sentido de orientar as ações gerenciais para que uma assistência de excelência e referência, se concretize nas diferentes áreas do Hospital.

Descritores: Satisfação do paciente; pesquisa satisfação; humanização.





***Enfermagem no
Cuidado à Criança***

CUIDADOS COM O DESENVOLVIMENTO DO PRÉ-TERMO NA UTI NEONATAL DO HCPA

Karen Gandolfi, Clarisse Zambrano, Maria Luzia C.da Cunha

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

kgandolfi@hcpa.ufrgs.br

Introdução: Os cuidados voltados ao desenvolvimento do recém-nascido (RN) pré-termo envolvem uma significativa mudança de cultura da UTI Neonatal. É uma forma mais ética de tratar o RN, respeitando sua integridade pessoal e suas necessidades de desenvolvimento. É um processo no qual as ações do cuidar são individualizadas e ajustadas às necessidades apresentadas pelo neonato durante a internação. O pré-termo deve ser tratado como uma pessoa com comportamentos próprios que sinalizam o que necessita e o que quer. O universo dos cuidados busca proteger o bebê de estímulos dolorosos, estressantes e procedimentos desnecessários, através do uso de enrolamentos, ninhos e toque parado. Alguns bebês podem beneficiar-se da utilização da sucção não nutritiva e de glicose a 25%. Os cuidados referentes ao ambiente como diminuição da luz direta e dos ruídos, bem como a preservação dos ciclos de sono, são fundamentais na organização comportamental desses RNs. **Objetivos:** Prestar cuidados individualizados aos RNs. Diminuir o estresse e a dor durante a internação. **Método:** Promovidos dois treinamentos teórico-prático ministrado por um especialista na área neuro comportamental do RN, abrangendo 80% da equipe multiprofissional da UTI. **Resultados:** Houve uma adesão significativa dos profissionais envolvidos no atendimento da UTI Neonatal que passaram a buscar estratégias de cuidado para reduzir o estresse e a dor, utilizando ninhos, enrolamento, modificações no ambiente e preservação do sono com a implementação da hora do silêncio. **Conclusão:** A implementação dos cuidados voltados ao desenvolvimento na UTI Neonatal além de favorecer um ambiente com menos estresse e dor aos RNS, favorece uma filosofia de cuidar abrangente, mostrando-se motivador de constantes mudanças comportamentais na equipe, gerando a busca de novos conhecimentos científicos.

Descritores: Recém-nascido, Neonatologia, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

CONSULTA PUERPERAL DE ENFERMAGEM: AÇÕES EDUCATIVAS NA COMUNIDADE

Márcia Gabriela Rodrigues de Lima, Gabriela Zenatti Ely, Katiele Hundertmarck

Universidade Federal de Santa Maria

grlmarcia@yahoo.com.br

Segundo Ravelli (2008) faz-se necessário um cuidado humanizado ao binômio- mãe- bebê subsidiados pela troca de informações e experiências, visto que no período pós- parto a maioria das puérperas sentem-se inseguras em relação aos primeiros cuidados com a criança. Neste cenário, traçamos por objetivo, descrever atividades desenvolvidas na Saúde da Criança, por meio de consultas de Puericultura vinculada ao projeto de extensão do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em uma Unidade Básica de Saúde. As consultas são realizadas por acadêmicos do curso de Enfermagem e professor orientador, em três turnos semanais. As atividades pretendem acompanhar mensalmente o crescimento e o

desenvolvimento das crianças de 0 a 2 anos, e/ou crianças que demandam cuidado especial. São aferidos os sinais vitais, perímetro cefálico e torácico, peso, altura, e exame físico completo com estímulos sensoriais e de percepção que propiciam analisar a desenvoltura física e cognitiva de acordo com a faixa etária da criança. Por meio da educação em saúde de forma horizontal, numa pedagogia dialógica, de troca de informações e experiências. Nesta perspectiva, são propostos esclarecimentos e desmistificação de tabus que perpassam pela amamentação, cuidados com o umbigo, introdução de alimentos, calendário vacinal e cuidados gerais com a criança. Além disso, busca-se um olhar integral a mulher- mãe no seu contexto familiar e social. A Implantação desse projeto de extensão proporciona consultas de puerperio na rede pública de saúde que visa assistir/cuidar por ação educativa na perspectiva de uma aproximação da academia e comunidade, o que oportuniza aos acadêmicos a visão critica reflexiva da realidade do assistir.

Descritores: Saúde da criança; Enfermagem; Educação em saúde

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM RISCO DE GLICEMIA INSTÁVEL FATOR RELACIONADO À GESTAÇÃO

Márcia Pinto, Carlice Costa, Márcia Machado

Hospital de Clínicas de PortoAlegre

msimonela@terra.com.br

Introdução: O grupo de trabalho do diagnóstico de enfermagem do HCPA, define seus diagnósticos através da aplicação do processo de enfermagem, que consta evolução, histórico, diagnósticos e prescrição de enfermagem. No ano de 2008, foi estudado a gestante com diabetes gestacional e implementado o diagnóstico Risco de glicemia instável Fator relacionado à gestação. O Diabetes mellitus é um distúrbio do metabolismo dos carboidratos, das proteínas e das gorduras que resulta da secreção ou utilização anormal da insulina caracteriza-se por hiperglicemia em jejum e redução da tolerância a glicose. Como a gravidez agrava o estresse imposto ao metabolismo dos carboidratos, pode desencadear a doença. Diabete gestacional é uma condição que inclui intolerância a glicose, seja induzida pela gravidez ou detectada durante a gestação atual. O diagnóstico contempla intervenções como: monitoramento do peso, glicemia capilar, educação para a adesão ao pré-natal, preparo e administração de insulina. **Objetivo:** Contemplar necessidades dessa população na assistência ambulatorial e hospitalar na prescrição de enfermagem. **Metodologia:** estudo de caso. **Resultados:** Visamos, através deste, o cuidado individualizado da gestante diabética abrangendo as suas particularidades, entre elas controle rígido dos níveis glicêmicos, cuidados com a dieta apropriada cuidados com insulina e sua auto-aplicação.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem – Gestação – Diabetes Mellitus.

Referências:

1. CARPENITO, M.; JUAL, L. Manual de Diagnóstico de Enfermagem. POA: Artmed. 2006.
2. OLIVEIRA, D.L. Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério – Notas de Aula. POA: Editora da UFRGS, 2005.
3. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2005/2006. POA: Artmed 2006.

ESTIMATIVA DA IDADE FETAL POR ULTRASSONOGRRAFIA

Nair Fortuna Cristina Aguilera, Patrícia Cristina Cardoso

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

patricia.cardoso@acad.pucrs.br

Introdução: A estimativa da idade fetal é um importante meio de verificar o bem-estar fetal, de avaliar a evolução de seu crescimento, de reduzir a morbidade e mortalidade. **Objetivos:** Identificar os parâmetros utilizados na estimativa da idade fetal. **Métodos:** Trata-se de um estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado por revisão de bibliográfica. **Resultados:** O peso fetal é muitas vezes um critério válido, mas pode haver discrepância entre a idade de fertilização e o peso do feto. Comprimento cabeça-nádega é método mais confiável para se estimar a idade fetal devido a excelente correlação entre comprimento e idade no início da gravidez, quando o crescimento é minimamente afetado por distúrbios patológicos. Comprimento do fêmur e do úmero é medido da origem à extremidade distal da diáfise. O diâmetro biparietal mede a distância transversal entre os parietais do crânio do feto. A circunferência cefálica é calculada a partir do diâmetro biparietal e do diâmetro anterior/posterior. **Conclusões:** A idade gestacional deve ser calculada numa combinação das informações relativas ao primeiro dia do período menstrual, ao exame físico da mãe e ao resultado das ecografias obstétricas.

Descritores: Ultrassonografia; Desenvolvimento Fetal; Antropometria/métodos.

FATORES QUE INFLUENCIAM NO SUICÍDIO INFANTO-JUVENIL

Cristiani Caroline Knöpker, Angela Luft e Juliana Dias

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cknöpker@yahoo.com.br

Introdução: Na infância - período que muitos consideram a melhor fase da vida - supostamente, desprovido de responsabilidades e grandes preocupações; onde somente se quer brincar, podem existir fatores que levam a criança a pensar em matar-se? **Objetivo:** verificar quais os fatores de risco que levam crianças e adolescentes a cometerem suicídio e conhecer os comportamentos prévios apresentados por esses sujeitos. **Método:** Foi realizada uma revisão na literatura, sendo selecionados artigos científicos nacionais e latino-americanos, a partir dos bancos de dados MEDLINE e LILACS. Utilizaram-se também materiais didáticos disponíveis em páginas eletrônicas de organizações governamentais. **Resultados:** A Depressão configura-se como principal fator de risco para o suicídio infanto-juvenil. Além desse, destacam-se também dependência química, agressão física com humilhação, abuso sexual, baixo rendimento escolar, desestrutura familiar, desenganos amorosos, o suicídio de familiares ou amigos e as tentativas prévias. Dentre os comportamentos prévios apresentados destacam-se: agressividade, dificuldade de aprendizagem, baixa tolerância a frustrações, dificuldade nas relações pessoais, depressão, ausência de prazer nas atividades cotidianas, negligência com os cuidados pessoais, perturbações do apetite e do sono e dores psicossomáticas.

Conclusões: Os estudos evidenciam que os sujeitos que lançaram mão de tal alternativa, ou seja, suicídio; procuram auxílio nos serviços de saúde de um mês a 24 horas antes da tentativa, sem queixas específicas. No entanto, os profissionais de saúde, não conseguiram identificar que tais comportamentos estavam relacionados com o risco para suicídio. Diante do exposto, se faz condição sine quo non que os profissionais da saúde busquem conhecer os comportamentos que permeiam o suicídio, a fim de evitar tal quadro.

Descritores: Pediatria, Fatores de risco, Suicídio.

NANDA, NIC e NOC DE UM CASO DE MIELOMENINGOCELE

Luana Thomazi, Eveline Franco da Silva

Faculdade Nossa Senhora de Fátima

evelinefranco@yahoo.com.br

Introdução: A mielomeningocele (MMC) é uma malformação do sistema nervoso por um defeito na fusão do tubo neural onde pode ocorrer comprometimento dos elementos nervosos, raízes e medula. Essa anomalia pode estar associada à hidrocefalia que é caracterizada por um distúrbio da circulação líquórica, ou seja, um desequilíbrio entre a produção e a absorção do líquido cefalorraquidiano. **Objetivos:** Reconhecer a patologia em questão utilizando NANDA, NIC e NOC; oferecer subsídios teóricos sobre o tema com vistas a contribuir para se repensar e reorientar o manejo integral do recém-nascido com MMC através das ações de enfermagem. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um estudo de caso desenvolvido durante o estágio da disciplina Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido, realizado em um hospital público do município de Caxias do Sul (RS). Para a coleta de dados foi realizada anamnese e exame físico, para o embasamento científico utilizou-se revisão de literatura a partir de livros técnicos-científicos e artigos encontrados na base de dados Scielo, e sistematização das ações de enfermagem através da taxonomia NANDA, NIC e NOC. **Resultados:** Identificam-se os principais diagnósticos de enfermagem e as intervenções necessárias para o cuidado do recém-nascido acometido pela MMC, dessa forma exigindo o entendimento das principais características desta patologia (sinais, sintomas e complicações); bem como a implementação dos cuidados de enfermagem aplicáveis neste caso. **Conclusão:** É evidente que a assistência de saúde à criança portadora de malformação congênita necessita de uma equipe multiprofissional que promova um cuidado que favoreça, além da sua recuperação, o vínculo pais e filhos. Por isto, cabe ao enfermeiro prescrever cuidados e exercer uma assistência que atenda as necessidades humanas básicas do recém-nascido visando sua inserção no ambiente familiar e social.

Descritores: Meningomielocela. Processos de enfermagem. Saúde da criança.

O ACADÊMICO DE ENFERMAGEM NO PAPEL DE ARTICULADOR DE TRANSFORMAÇÕES VIVENCIADAS POR CRIANÇAS COM CÂNCER

Adelina Giacomelli Prochnow, Brenda Balk de Almeida, Bruna Parnov Machado, Cibelle Mello Viero,
Greice Roberta Predebon, Lenir Gebert, Soeli Terezinha Guerra, Sueli Teresinha Goi Barrios
Universidade Federal de Santa Maria
greiceroberta@yahoo.com.br

O programa de extensão “A equipe multiprofissional de saúde e a administração no processo de aprendizagem e inclusão digital das crianças com câncer e seus familiares” utiliza o lúdico como intervenção positiva na vivência da criança portadora de neoplasia. Acredita-se que o tratamento será melhor enfrentado se acompanhado de intervenções lúdicas e prazerosas, permitindo um espaço de convívio e interação, promovendo o desenvolvimento social, cultural e psicológico dessas crianças. Este trabalho aborda as percepções dos acadêmicos de enfermagem da UFSM durante as atividades do programa, concomitantemente ao tratamento medicamentoso, referente às modificações acerca da imagem que a criança tem de si própria ao longo desse período significativo de transformações físicas e emocionais. O público alvo são as crianças acometidas por câncer em terapia no Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria-RS. Tais atividades acontecem de segunda a sexta-feira nos turnos da manhã/tarde, em encontros agendados na secretaria da Turma do Ique, perfazendo 24 meses de atividades. As ações são desenvolvidas na Sala de Informática localizada na sede da Turma do Ique, prédio no qual as crianças recebem atendimento da equipe multiprofissional em saúde. Como resultados foram obtidos: o favorecimento da estabilidade emocional e aceitação do tratamento pela criança, pelo incremento de habilidades e incentivo de competências; e a percepção mais amena e compreensiva da criança portadora do câncer diante do processo de transformação de seu corpo, decorrente dos efeitos colaterais advindos do tratamento medicamentoso como uma fase passageira. Assim, por meio da escuta atenta e da comunicação dialógica, o acadêmico de enfermagem tem contribuído com o desenvolvimento psíquico, afetivo e intelectual da criança durante o período de enfrentamento da doença possibilitando a construção de vínculos, a socialização e a inclusão digital, favorecendo ainda a valorização da imagem dela mesma frente às alterações físicas e emocionais decorrentes da patologia.

Descritores: Enfermagem, Serviços de Saúde da Criança, Oncologia.

PERCEPÇÃO DA FAMÍLIA DO SER CRIANÇA QUE CONVIVE COM CÂNCER

Melina Adriana Friedrich, Cássia Teixeira dos Santos, Ana Paula Corrêa
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
mel-fr@hotmail.com

Introdução: A compreensão de como uma doença crônica como o câncer desestabiliza o sistema familiar requer, para um melhor entendimento do choque provocado pela doença, um esclarecimento preciso sobre o

ambiente familiar, suas mudanças, seus hábitos e suas relações interpessoais. A situação de vulnerabilidade que a família enfrenta, muitas vezes, ocasiona um sentimento de impotência, que dificulta o cuidado de saúde de sua criança com câncer e de sustentarem suas vidas. Portanto, para um melhor enfrentamento da doença, se faz necessário no âmbito familiar a procura de recursos, como ajuda financeira, apoio psicológico e social, e também recursos sobrenaturais, como a oração, a fim de minimizar o sofrimento. A enfermagem tem um papel fundamental na assistência à família da criança portadora de câncer, visto que pode intervir de maneira positiva no tratamento, auxiliando os extensores do cuidado a amparar as necessidades específicas e individuais do paciente. Será possível por meio dessa pesquisa, responder o questionamento: Qual é a percepção da família do ser criança que convive com câncer? Assim, a enfermagem que está comprometida com o paciente e sua família, poderá atuar de maneira mais eficaz no tratamento. **Objetivo:** Compreender as percepções da família do ser criança com câncer. **Métodos:** Estudo qualitativo descritivo, que busca entender um fenômeno específico em profundidade, trabalha com descrições, comparações e interpretações; também é do tipo pesquisa bibliográfica e segue o modelo de GIL (2002), caracterizando sua realização a partir de material científico já publicado. Os materiais utilizados foram coletados em artigos científicos de enfermagem, teses e dissertações e artigos nacionais. As bases de dados utilizadas neste estudo foram LILACS, SCIELO, Bireme, PeriEnf da Biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS. Os artigos foram acessados a partir dos Descritores: família, humanização, cuidado humanizado, doença crônica, criança com câncer, cuidado da criança, enfermagem. Foram selecionados 25 artigos científicos desses, 11 constituíram unidades de análise deste estudo, pois abordavam a temática em questão. Os aspectos éticos serão respeitados, à medida que os autores consultados forem citados no texto, segundo norma Vancouver. **Resultados:** Os casos de câncer infantil têm crescido consideravelmente no Brasil, esse é o motivo que têm incentivado os estudos sobre seus aspectos diagnósticos e terapêuticos. Mesmo com os avanços tecnológicos nessa área, como a descoberta de novos medicamentos, aplicações de radioterapia e procedimentos cirúrgicos e também o aumento de pacientes com cura da doença, o diagnóstico confirmado para os pais dessas crianças ainda é muito chocante, pois eles terão que conviver com os sentimentos de angústia em relação às incertezas do prognóstico e a evolução da doença. A enfermagem deve lembrar que a família faz parte do tratamento, incorporando-a como unidade do cuidado, usando uma linguagem mais simples e dando uma explicação sobre tudo que será realizado. Observa-se também que as famílias reagem de forma diferente diante de uma doença tão grave. Há aquelas que se unem e buscam uns aos outras forças para suportá-la, enquanto em outras há certo distanciamento. Nessas famílias, tanto os maridos quanto os filhos acabam agindo como se nada estivesse acontecendo, comportando-se com certa revolta, pelo fato dos cuidados e a atenção não estarem voltados para eles, podendo causar-lhes sofrimento, como também para a responsável pelo doente, que, sem saber como agir, apresenta reações de ansiedade, depressão, assim como falta de esperança em relação à vida. O que se observa é que, após o diagnóstico, os pais apresentam um sentimento de impotência acompanhado, muitas vezes de culpa, desespero e angústia. Além disso, foram verificados alguns distúrbios psicossomáticos e algumas alterações fisio-psicológicas como dores de cabeça, resfriados, diminuição do apetite e perda de peso, dificuldade para dormir e tonturas. Alguns acompanhantes apresentam um nível tão grande de distúrbios de saúde mental que podem estar predispostos a distúrbios

psicóticos. O diagnóstico da doença, também revela uma série de preconceito e estigmas das outras pessoas que assistem o processo de evolução da doença, muitos acham que é uma doença contagiosa ou associam a morte. Conciliar a vida do cuidador com a rotina do tratamento torna-se muito difícil, pois manter a normalidade do dia-a-dia é impossível quando há uma criança com câncer, tão dependente de cuidados especiais. Porém, as principais necessidades dos pais são diferentes em cada fase da doença. O câncer possui três fases: a fase da crise, a fase crônica e a fase terminal. A fase da crise é o momento do pré-diagnóstico, em que surge em sentimento de insegurança não muito bem identificado. Essa etapa é de choque, incerteza e descarga de emoções, em que ocorre a união de todos os membros da família para o enfrentamento do processo, mas cada um de maneira própria e individual. Já na fase crônica, a família está em adaptação, pois essa entendeu o fato da criança estar doente, assim há uma reformulação de papéis, onde os familiares da criança conciliam suas necessidades com as do indivíduo doente. Durante essa fase, é que surgem sintomas físicos e psicológicos que se agravam ao decorrer do processo de doença. Por fim, a fase terminal é o momento em que a família se adapta a lidar com a questão da morte, luto e separação da criança. A complexidade do tratamento exige um centro especializado para compreender a parte clínica e psicológica. O tratamento compreende três modalidades: quimioterapia, cirurgia e radioterapia, sendo aplicada de forma racional e individualizada para cada tumor específico e de acordo com a extensão da doença. A família deve participar do tratamento e receber suporte não apenas para aprender a cuidar do paciente, mas, sobretudo, para enfrentar, compreender e compartilhar a situação de doença e/ou deficiência, e conseguir lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medos e aumento das responsabilidades. Quanto à expectativa do futuro, está relacionada ao receio de não se conseguir tratar a criança, o que resultaria em sua morte. Uma característica importante é que a busca pelo atendimento de emergências está relacionada à perda de controle da doença e à descoberta de uma nova complicação. Por isso os pais refletem sobre as conseqüências que a doença trará ao futuro da família e à dimensão que a doença ocupa na vida familiar. Na prática profissional, o foco de atenção, na maioria das vezes, é o indivíduo doente, cabendo à família/cuidador uma localização mais à margem dos acontecimentos. Ainda hoje, os cuidadores familiares são percebidos como recurso em benefício do indivíduo, mas não como um objeto de atenção da enfermagem. O papel da equipe de saúde é fundamental na adaptação da família a essa nova situação de enfrentamento, que deve reagir de forma prestativa, acolhedora e esclarecedora, pois assim a família terá um desempenho positivo na adesão ao tratamento da criança. A criança e a família devem ser preparadas por orientações claras e bem definidas a respeito da doença, tratamento e seus efeitos colaterais, como também sobre o lugar que ambos ocupam na sociedade. A equipe de saúde que se mostra simpática e prestativa adquire valores heróicos, fato que pode interferir positivamente na adaptação da família à doença. Além disso, uma adequada relação entre a tríade (criança, família e profissionais de saúde) facilita a conscientização sobre a extensão e a gravidade da doença, a adesão ao tratamento e a confiança entre todos os envolvidos. **Conclusão:** Analisamos as fases da doença e suas transformações, ou seja, os momentos de maior desequilíbrio no sistema familiar são observados por meio das responsabilidades e das mudanças na vida dos membros da família, que estão ligados ao envolvimento do cuidado. Essas mudanças provocam problemas conjugais e despertam sentimentos tanto de união como de desunião entre os irmãos e o cônjuge.

Por isso a necessidade de entender os sentimentos familiares é de total relevância, a fim de promover um cuidado específico a cada tipo de família. Com o acolhimento à família da criança com câncer, a equipe de enfermagem também se beneficia. Segue-se um círculo, com vínculos, no qual a enfermagem cuida da família; a família sentindo-se mais segura transmite esse sentimento à criança, que por sua vez, adere melhor ao tratamento. Assim, obtemos como resultado uma criança com mais possibilidades de vida, uma família mais unida e uma equipe mais motivada. Enfim, a compreensão da equipe de enfermagem com os cuidadores do ser que convive com câncer se torna efetivo tanto para o sucesso do tratamento, quanto para o enriquecimento da prática profissional, promovendo o acolhimento e a escuta aos familiares.

Descritores: cuidados de enfermagem, família, cuidado da criança.

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM

Gabriele Jongh Pinheiro Bragatto, Simone Algeri, Edila Pizzato Salvagni, Myriam Fonte Marques, Rúbia Suzana Stein Borges, Sheila Rovinski Almoarques, Maira Regina Fay de Azambuja, Natália Soncini, Michele Casser Csordas

Hospital de Clínicas de porto Alegre
gabriele.gabriele@ig.com.br

Introdução: A violência é hoje um dos principais problemas de saúde pública do mundo para a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002). Configura-se também uma relação entre pessoas, assim neste sentido a Síndrome de Münchhausen por Procuração (SMP) é um tipo de violência exercida contra a criança. “É uma situação na qual a criança é trazida para cuidados médicos, mas os sinais e sintomas que apresentam são inventados ou provocados por seus pais ou responsáveis. Esses adultos acabam então, por meio de uma patologia relacional, vitimando a criança, impingindo-lhe sofrimentos físicos, como por exemplo, fazendo exigências de exames complementares desnecessários, uso de medicamentos, ingestão forçada de substâncias, entre outras, e também provocando-lhe danos psicológicos, como é o caso de multiplicação de consultas e internações sem motivo clínico por parte da vítima” Ministério da Saúde, 2002. Estudos indicam que a violência cometida contra crianças está presente em qualquer categoria socioeconômica, independentemente de raça, credo e cultura e que a maioria dos abusos é cometido dentro da própria família da criança. A importância de se discutir a violência praticada contra criança não se resume somente à identificação dos sinais clínicos que evidenciam as práticas abusivas, mas é fundamental também identificar as famílias de risco. Um crescente número de crianças são hospitalizadas em decorrência da violência em suas diferentes manifestações. Essa problemática configura-se uma realidade difícil de ser enfrentada pelos profissionais de saúde em seu cotidiano de trabalho, não é fácil para o enfermeiro aceitar o fato de que algum familiar, na maioria das vezes o cuidador da criança, cometa contra ela, atos de violência. Dada a importância epidemiológica deste problema é fundamental que esses profissionais estejam preparados para identificação, reconhecimento de sinais e sintomas que caracterizam a Síndrome de Münchhausen por

Procuração. Para Pfeiffer (2004) na maioria das vezes, os profissionais de saúde são os primeiros a ter contato direto com os episódios de violência, mas o motivo da busca de atendimento pode estar mascarado por outros problemas ou sintomas que não oferecem elementos para um diagnóstico. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) conta com um Programa de Proteção à Criança, desde 1986, formado por equipe multidisciplinar, com objetivo de prestar assistência às crianças e suas famílias em situação de violência. O trabalho em equipe permite criar mecanismos para compartilhar a experiência de cada um de seus membros, possibilitando a adoção de práticas comuns que garantam maior qualidade ao atendimento realizado.

Objetivos: Este trabalho é um relato de experiência do atendimento realizado pelo Programa de Proteção à Criança do HCPA no cuidado a uma criança com SMP. Visa oferecer subsídios aos acadêmicos e profissionais de saúde, em especial de enfermagem, de modo que estes possam se instrumentalizar para identificação e manejo adequado da Síndrome de Münchhausen por Procuração, uma vez que a relevância desse trabalho para a Enfermagem reside no fato de que estes profissionais permanecem grande parte do tempo em contato direto no cuidado com a criança e seus familiares, o que difere em relação a outros membros da equipe de saúde.

Metodologia: O presente estudo se caracteriza como um Relato de Experiência sobre o atendimento de um bebe de 8 meses que internou no hospital por apresentar sangramentos não compatíveis com seu quadro clínico, ou seja, exames laboratoriais e exame físico sem alterações. Durante a internação, foi verificado que o sangramento encontrado na região do ouvido da criança não era compatível com seu próprio tipo sanguíneo. O quadro da criança após investigação e análise do Programa de Proteção do HCPA é definido como Síndrome de Münchhausen por Procuração. A mãe concordou com o tratamento proposto pela equipe e comprometeu-se a dar continuidade. Este relato busca interpretar e compreender o evento a partir da vivência da equipe relacionando-o com bibliografia atualizada. Trata-se de um estudo descritivo e tem o intuito de revelar determinada realidade por meio de descrições sobre o objeto estudado.

Resultados: O objetivo do tratamento é garantir prioritariamente que a criança esteja segura e evitar abusos futuros. O cuidado da criança com Síndrome de Münchhausen por Procuração é individualizado, embasado no trabalho multidisciplinar. A detecção e intervenção precoces melhoram o prognóstico. A enfermagem tem um papel importante na identificação e na atuação frente estes casos. Em virtude da gravidade do caso, onde a mãe da criança forjava os sintomas apresentados; a dupla mãe-bebê foi encaminhada ao ambulatório de interação pais-bebês, além da mãe frequentar regularmente o ambulatório de psicoterapia de adultos, neste mesmo hospital. A criança, após a alta, segue em acompanhamento com a pediatria, puericultura e serviço social. O caso segue também em acompanhamento com o Conselho Tutelar da região.

Conclusão: Acreditamos que a construção de um modelo diferenciando no atendimento das crianças e suas famílias em situação de violência, é um dos desafios dos profissionais da área da saúde que estão envolvidos com esse fenômeno. Observando o crescente número de crianças hospitalizadas por violência, especificamente por Síndrome de Münchhausen por Procuração torna-se importante uma maior capacitação e atenção da equipe de saúde para o atendimento especializado destes casos em toda sua complexidade. O cuidado não pode resumir-se apenas à criança, ainda que a tendência dos profissionais envolvidos seja o rechaço ao agressor e o estabelecimento de uma forte ligação emocional com a criança agredida. Entendemos que quando um profissional de saúde emite uma informação de um caso que seja

suspeito de violência contra a criança o mesmo dá início a um processo importante que visa interromper comportamentos violentos na família, fundamentalmente reconhecendo que essa criança e sua família precisam de ajuda profissional. A Sociedade Brasileira de Pediatria (2001) recomenda que: Todo esse processo, que vai do diagnóstico à notificação e a tomada de decisão sobre como proteger a vítima e atuar junto ao agressor, é uma construção coletiva de todos os que acreditam na possibilidade de modificar o quadro cultural e social da violência contra a criança. Salientamos que o aspecto da globalidade da problemática necessita estar em pauta freqüente nas discussões das políticas públicas, assim como a temática integrar todos os currículos de formação dos profissionais de saúde.

Descritores: Síndrome de Münchausen, Enfermagem, Abuso Infantil.

A RELAÇÃO ENTRE OS PAIS E A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Francine Cassol Prestes, Etiane de Oliveira Freitas, Graciela Gonsalves Borba, Eliane Tatsch Neves
Universidade Federal de Santa Maria
francassol@bol.com.br

Introdução: Atualmente, observa-se uma redução gradual na taxas de mortalidade infantil, porém as taxas de morbimortalidade neonatal e perinatal são preocupantes. Entretanto, as chances de sobrevivência de neonatos com dificuldades de adaptarem-se a vida extra-uterina, com afecções perinatais são crescentes na medida em que se associam alta tecnologia e cuidados intensivos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)¹⁻². A internação de um neonato em uma UTIN repercute em todos os membros da família, constituindo-se em um momento de crise e incertezas em relação ao seu prognóstico, sua ida para casa e desenvolvimento. Assim, a hospitalização de um recém nascido em UTIN pode gerar sentimentos dos mais diversos como sofrimentos, tristeza, os conflitos, medo, culpa e sensação de impotência³. Diante do exposto, é importante que a equipe de enfermagem procure expandir a assistência ao neonato, envolvendo estratégias de cuidados dirigidas a sua família¹. Com a inclusão da família no processo assistencial nas UTINs, emerge a necessidade dos profissionais estarem instrumentalizados para lidar com as situações do cotidiano que podem causar estresse e sofrimento psíquico nesses trabalhadores⁴. Nesse sentido, estudos tem sido desenvolvidos nessa área, buscando contribuições para a prática de enfermagem neonatal. Assim, a diversidade de sentimentos observados entre os diferentes atores do contexto da UTIN constitui-se como justificativa para a realização deste estudo. **Objetivo:** conhecer a produção nacional de artigos científicos acerca da relação entre profissionais de enfermagem e familiares de RN internados em unidades de terapia intensiva neonatal. **Materiais e métodos:** Pesquisa bibliográfica, descritiva exploratória. Os dados foram obtidos por meio de busca no portal BIREME, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (*Scientific Electronic Library Online*), com o emprego do descritor “enfermagem neonatal”. Foram critérios de inclusão das publicações: estar em periódicos nacionais, escritos em português, com texto completo disponível *on line*. Foram excluídas publicações que incluíssem outros

profissionais da área da saúde, além da equipe de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e, também, os que abordavam os profissionais de enfermagem de UTIN ou dos familiares isoladamente, não possuindo atendendo o objeto deste estudo. Destaca-se ainda, que foram incluídas todas as publicações disponíveis independente do ano de publicação. A análise dos dados foi realizada após a leitura de todos os textos na íntegra, quando foram extraídas as informações específicas de cada artigo referentes ao objeto de estudo. Inicialmente, obteve-se 165 publicações (artigos, teses e dissertações) no LILACS e 82 artigos no SCIELO, desses, três foram incluídos na primeira base e oito na segunda, totalizando dez artigos para a análise. A análise de discurso⁵. foi aplicada ao *corpus* do estudo. **Resultados e discussão:** Da análise dos dados emergiram três categorias: **a percepção da equipe de enfermagem em relação à família; a percepção da família em relação a equipe e a percepção das relações.** A primeira categoria foi composta por estudos que apresentam aspectos positivos e negativos. Em relação aos aspectos positivos, alguns autores⁶⁻⁸ discorrem sobre a necessidade de o neonato ser considerado parte de uma família, a qual deve ser envolvida na assistência. Por outro lado, considerar o neonato como integrante de uma família constitui-se em uma dificuldade, pois mudar uma perspectiva centrada na doença para uma abordagem centrada na experiência da criança e da família não é fácil⁹. Assim, os profissionais precisam considerar suas próprias experiências e sentimentos, suas crenças sobre saúde, doença, família e perdas para trabalhar de forma efetiva com a família. E algumas percepções negativas, como a de que a presença dos pais prejudica o andamento do serviço na unidade¹⁰⁻¹². Na **percepção da família em relação à equipe de enfermagem** há uma diversidade de experiências. Em alguns os pais afirmaram se sentirem acolhidos pela equipe e se identificarem com a enfermeira, considerando-a como referência para a relação mãe/ pai/ filho². O acolhimento como um primeiro passo para o estabelecimento de vínculo, confiança e respeito dos pais foi citado em diversos estudos. No que tange a confiança dos pais em relação à equipe, os estudos apontam para a importância de se fornecer as informações sobre a saúde do neonato²⁻³⁻⁴. Dessa forma, os pais consideram que merecem atenção por parte da equipe e reconhecem o trabalho da enfermagem e o cuidado que dedicam ao seu bebê²⁻³. A maior flexibilidade quanto à presença dos pais na UTIN surgiu como promotora do vínculo, tanto com o neonato quanto com os membros da equipe de enfermagem. Assim a enfermagem torna-se, nesse ambiente, uma fonte de apoio para os pais¹⁶. A categoria **percepção das relações** diz respeito às circunstâncias que permeiam o ambiente neonatal envolvendo pais/neonato e equipe de enfermagem. Foram apontadas diferentes perspectivas, desde o fornecimento de informações até a educação em saúde e humanização da assistência. No que tange a educação em saúde, essa oferece vantagens ao neonato, proporciona melhor qualidade de vida a mãe, pai e RN¹⁵ e que a comunicação franca ameniza a ansiedade e o sofrimento do bebê pelo desenvolvimento de uma assistência conjunta¹⁷. Em relação a humanização ressalta-se que envolve ofertar um atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais¹⁸. **Conclusões:** Evidenciou-se que a internação em uma UTIN é um evento permeado de diversos sentimentos, dos quais compartilham os diferentes sujeitos envolvidos. Nesse contexto há o neonato fragilizado, os familiares desse neonato em situação de crise e os profissionais de enfermagem. Evidenciou-se, ainda, a necessidade de se considerar o neonato como integrante de uma família que necessita de apoio, acolhimento e informações. Assim,

considera-se que atender a essas demandas é um papel fundamental, diferencial e inerente ao enfermeiro. Constatou-se um número crescente de publicações acerca da temática nos dois últimos anos, o que remete a relevância da temática, a necessidade de novos estudos e de preparo acadêmico e de educação permanente para tais enfrentamentos.

Descritores: Enfermagem Neonatal. Recém-Nascido. Família.

Referências:

1. Scochi, C. G. S. *et al.* Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Ver. Latino-Am. de Enfermagem 2003 julho-agosto; 11(4):539-43. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n4/v11n4a18.pdf>>
2. Guimarães, G. P.; Monticelli, M. A formação do apego pais/recém-nascido pré-termo e/ou de baixo peso no método mãe-canguru: uma contribuição da enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 626-35. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a06v16n4.pdf>>
3. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. Cuidar e o conviver com o filho prematuro: a experiência do pai. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):93-101. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a13.pdf>>
4. Oliveira, B. R. G. *et al.* O processo de trabalho da equipe de enfermagem na UTI neonatal e o cuidar humanizado. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 105-13. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea12.pdf>>
5. Orlandi EP. Análise de discurso: princípios e procedimentos. 6ª ed. São Paulo: Pontes; 2005.
7. Aguiar I. R. *et al.* O envolvimento do enfermeiro no processo de morrer de bebês internados em Unidade Neonatal. Acta paul. enferm. [serial on the Internet]. 2006 June [cited 2008 July 14]; 19(2): 131-137. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103->
8. Gaiva, M. A. M. O cuidar em unidades de cuidados intensivos neonatais: em busca de um cuidado ético e humanizado. *Cogitare enferm.* [online]. 2006, vol.11, no.1 [citado 08 Julho 2008], p.61-66. Disponível em: <<http://www.portalbvsenf.eerp.usp.br>>
9. Angelo, M. Encontrando significado no processo de cuidar da criança e de sua família. EE-USP, 1996. / Mimeografado /.
10. Brown, F. H. O impacto da morte e da doença grave sobre o ciclo de vida familiar. In: Carter, B e McGoldrick, M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. cap. 19, p.393-414.
11. Neves, F. A. M. *et al* Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Jul 14]; 19(3): 349-353. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>
12. NEVES, F. A. M. *et al* Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do Método Mãe Canguru em Hospital Universitário. Acta paul. enferm. [periódico na Internet]. 2006 Set [citado 2008 Jul 14]; 19(3): 349-353. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>
13. BESSANI, L.S.; LIMA, F.A.; FLEITER, M. Humanizando o atendimento ao prematuro em uti neonatal. Disponível em: www.uniandrade.edu.br/links/menu3/publicacoes/revista_enfermagem/artigo055.pdf.
14. ROLIM, K. M.C; CARDOSO, V. L. M. L. O discurso e a prática do cuidado ao recém-nascido de risco: refletindo sobre a atenção humanizada. Rev Latino-am Enfermagem 2006 janeiro-fevereiro; 14(1):85-92. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n1/v14n1a12.pdf>>
15. Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília [página na internet] 2004[citado2008fev15].Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br>.

AFERIÇÃO DA ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS EM CRIANÇAS QUE VIVEM COM AIDS E AS CARACTERÍSTICAS FAMILIARES E SÓCIO-ECONÔMICAS: RESULTADOS FINAIS

Aline Goulart Kruehl, Laís Machado Hoscheidt, Maria da Graça Corso da Motta, Marina Rizza Fontoura

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

alinekruehl@ig.com.br

Introdução: A epidemia HIV/AIDS apresenta ampla disseminação mundial, não possuindo identidade étnica, sexo, classe social, idade ou opção sexual. Tem-se observado uma alteração em seu padrão epidemiológico, evidenciada por uma maior intensificação dos processos de interiorização, juvenização, pauperização e feminização, desse modo torna-se expressivo o aumento dos casos de AIDS pediátrica. De acordo com o Ministério da Saúde¹, no período de 1980 a junho de 2004, o país acumulou 362.364 casos de AIDS, desses 251.050 são indivíduos do sexo masculino e 111.314 do sexo feminino. Acrescenta-se ainda que no Brasil, de 1983 a 1998, havia 7.003 casos notificados de crianças com AIDS, ocorrendo ao final de junho de 2004 um aumento para 10.917 casos. Outro dado apresentado é de que a transmissão vertical do HIV representa cerca de 83,6% dos casos notificados de AIDS em indivíduos menores de 13 anos de idade. A adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) envolve tanto o profissional de saúde quanto o paciente e, no caso infantil, o seu familiar e/ou cuidador. É fundamental que o tratamento seja realizado corretamente, de modo que esses pacientes não desenvolvam enfermidades mais sérias relacionadas ao HIV/AIDS e não criem resistência aos fármacos utilizados. Assim, considera-se importante avaliar o contexto familiar e sócio-econômico da criança que vive com AIDS, possibilitando implementar e qualificar ações que possam auxiliar na adesão ao tratamento antiretroviral, além de manter um acompanhamento efetivo da criança e de seu familiar/cuidador nos serviços de saúde. **Objetivos:** Este estudo buscou avaliar as facilidades e/ou dificuldades na adesão ao tratamento antirretroviral experienciadas pelo paciente pediátrico que vive com AIDS e traçar o perfil familiar e sócio-econômico da criança com AIDS que realiza acompanhamento em um Ambulatório Pediátrico de um Hospital Universitário de Porto Alegre, RS. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva de caráter quantitativo. A pesquisa exploratória investiga a natureza complexa dos fenômenos e suas correlações com outros fatores, enquanto que o caráter descritivo tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos de situação². O estudo teve como cenário o ambulatório pediátrico de um Hospital Universitário de Porto Alegre e a população foi constituída por familiares e/ou cuidadores de crianças que vivem com AIDS de zero a doze anos que apresentaram indicação para realização do tratamento antirretroviral e que estavam sendo acompanhadas no ambulatório de pediatria do Hospital. A amostra do estudo foi composta de 39 familiares e/ou cuidadores de crianças que vivem com AIDS. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição campo de pesquisa. Conforme a resolução 196/96, as questões éticas referentes à pesquisa com seres humanos foram assegurados, considerando questões como a livre participação do sujeito no estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento estruturado. **Resultados:** Na análise dos dados constatou-se em relação ao grau de parentesco do cuidador que 51,3% foram mães, 12,8% foram tias, 10,3% foram pais e 25,6% outros; a média de idade do cuidador ficou entre

33 a 43 anos para 43,1%; referente ao grau de instrução 56,4% apresentou o 1º grau incompleto, 1º e 2º completos aparecem com 15,4% cada e 12,8% outros. Ao analisar a renda individual do cuidador verificou-se que 40,5% varia entre R\$ 250,00 a R\$380,00 e quanto à renda familiar 42,2% recebe entre R\$500,00 a R\$760,00; relativo à ocupação atual constatou-se que 41% estavam desempregados, 28,2% possuíam empregados e que 30,8% aposentados e trabalhadores informais. Referente à moradia verificou-se que 84,2% dos sujeitos declararam possuir residência própria; em relação às condições de moradia mais de 90% possui banheiro, água encanada, rede de esgoto, coleta de lixo e luz elétrica. Quanto ao uso de bebida alcoólica 64,1% dos sujeitos negaram o uso e dos 35,9% que afirmaram ingerir 42,8% declararam o fazer apenas em comemorações. Em relação à realização do teste anti-hiv 79,5% o fizeram, sendo que desses 70,9% o resultado foi positivo e os que são soropositivos 54,5% usam medicamentos antirretrovirais; quando questionados o que compreendem por adesão ao tratamento 56,4% declararam não saber e daqueles que responderam 58,8% o fizeram corretamente. Ao caracterizar a criança verificou-se que 92,3% adquiriram o vírus através da transmissão vertical (TV), sendo que 61,5% são maiores que sete anos e 38,5% tem a idade menor ou igual a sete anos; do total das crianças 89,7% moram com os cuidadores; 79,5% freqüentam escola ou creche; sendo que 53,3% relataram que os profissionais dessas instituições sabem da sorologia da criança; Referente ao tratamento com antirretrovirais realizado pela criança constatou-se que 20,6% informaram não lembrar dos medicamentos utilizados pela criança e dos que souberam relatar 67,7% coincidiram com a prescrição médica. Quanto às informações referentes à administração dos ARVs, constatou-se que 46,2% responderam que é fácil para a criança tomar os antirretrovirais, 43,6% difícil e 10,3% indiferente; 66,7% declararam que as crianças apresentam reações adversas; 53,8% afirmam que o gosto e/ou cheiro não interferem na administração dos ARVs; 64,1% referiram que utilizam alguma tática para administrar os antirretrovirais. Quanto aos horários de administração dos ARVs 87,2% manifestaram que os horários não interferem no tratamento; 61,5% disseram que a escola ou creche não interfere no tratamento. Quanto aos dados referentes à relação do serviço de saúde/paciente verificou-se que 66,7% relataram que o acesso ao serviço é fácil; 97,4% dos cuidadores afirmaram receber orientação de como administrar ARV, dentre os profissionais citados destaca-se: o médico (94,8%), a assistente social (33,3%), o farmacêutico (28,2%), a enfermeira (23,7%) e a psicóloga (5,1%). Ainda em relação aos serviços de saúde 38,5% manifestaram não ter sugestões em relação ao atendimento e 28,5% relataram que atendimento poderia ser menos demorado.

Conclusão: Constatou-se com esse estudo que 92,3% das crianças adquiriram o vírus através da transmissão vertical e que 73% das crianças são cuidadas pelas mães ou familiares. Outros resultados relevantes em relação aos cuidadores são: a maioria apresenta baixo nível de escolaridade, renda mensal inferior a um salário mínimo e idade superior a trinta anos. Esses dados são compatíveis com resultados encontrados na literatura^{3,4,5}. Destaca-se ainda que a maioria dos cuidadores declarou não saber o que significa adesão ao tratamento, além disso, dos 79,6% que relataram saber quais os medicamentos que a criança utiliza aproximadamente 35% não coincidiu com a prescrição médica. O somatório desses fatores pode influenciar, de forma significativa, na não adesão ao tratamento ARV de crianças que vivem com AIDS. Destaca-se ainda que o cuidador é o responsável pela criança e seu tratamento, sendo de primordial importância a sua instrumentalização, a fim de garantir a adesão e conseqüentemente qualidade de vida dessas crianças. Os

resultados apontam para a necessidade dos profissionais de saúde visualizar as múltiplas facetas que constituem o mundo das crianças que vivem com AIDS e seus cuidadores, a fim de utilizarem estratégias de cuidado que privilegiem a construção de redes de apoio, além do tratamento medicamentoso.

Descritores: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Enfermagem. Pediatria.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico. Ano XVIII, n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, jan./jun. 2004.
2. POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.
3. BONOLO, P. F. *et al* Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral (ARV) em Indivíduos Infectados pelo HIV em dois Serviços Públicos de Referência, Belo Horizonte (MG): Análise Preliminar. In: Congresso de Epidemiologia, 2002, Curitiba. Congresso de Epidemiologia, 2002.
4. CECCATO, M. das G. B. *et al*. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. Caderno de Saúde Pública, v. 20, n. 5, p. 1388-1397, 2004.
5. SEIDL, E. M. F. *et al*. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. Caderno de Saúde Pública, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, 2007.

CUIDADO DE ENFERMAGEM EM UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Amanda, Magalhães, Abrizzi, Jéssica Consoni, Castilho, Leticia da Silva, Erichsen, Carolina Gosmann,

Nast, Karoline, Porciúncula, Mariana Bello, Ribeiro, Nair Regina Ritter

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

amanduxa@hotmail.com

Introdução: Neste relato constam as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem em uma Escola de Educação Infantil (EEI) durante o período de abril a dezembro de 2008. Estas atividades fazem parte do Projeto de Extensão Cuidado à Criança em uma Escola de Educação Infantil que está no seu quarto ano de extensão. **Objetivo:** Dar visibilidade as atividades realizadas pela equipe de enfermagem inserida no cotidiano de uma Escola de Educação Infantil, apresentando os resultados destas ações e os atendimentos prestados. **Desenvolvimento:** Este é um relato das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem em uma Escola de Educação Infantil (EEI) durante o período de abril a dezembro de 2008. Estas atividades fazem parte do Projeto de Extensão “Cuidado à Criança em uma Escola de Educação Infantil” que está no seu quarto ano de extensão. A equipe de enfermagem neste período foi composta por duas bolsistas de extensão, quatro bolsistas voluntárias e a enfermeira supervisora. As ações realizadas foram divididas em administrativas, de supervisão, educativas e assistenciais. As ações ao longo do ano de 2008 foram fundamentadas pelo Manual de Orientação para Organização e Funcionamento das Escolas de Educação Infantil (realizado pela Coordenadoria Geral da Vigilância em Saúde). **Resultados:** Os procedimentos realizados tiveram como prioridade a saúde das crianças e dos funcionários, visando, principalmente, a prevenção. Dentre as atividades realizadas estão: o cuidado com o ambiente das salas de aula quanto as suas condições de ventilação e higiene; o tratamento dos funcionários através da verificação da pressão arterial, da imunização e das orientações; e, a atenção especial com as crianças, verificando suas temperaturas quando necessário e administrando medicamentos conforme prescrição médica, visitando as salas de aula

diariamente para observar o desenvolvimento das crianças e qualquer irregularidade com elas, efetuando-se um exame físico e um histórico de enfermagem. Além disso, houve a Educação Continuada com os educadores sobre temas relacionados à higiene pessoal e ambiental, disponibilizando um espaço para esclarecer dúvidas e discutir assuntos ligados à saúde. Foram de responsabilidade desta equipe também o arquivamento e a disponibilização dos documentos das crianças, como os registros individuais de saúde delas desde sua admissão (crescimento e desenvolvimento físico, alergias, doenças prévias, cópia da carteira de vacinação devidamente preenchida e atualizada, prescrições médicas, etc.). Todas as tarefas desenvolvidas pela enfermagem e todos os acontecimentos relacionados à saúde foram registrados diariamente em um relatório. Para ficarem mais didáticas as ações foram divididas em assistenciais, educativas, de supervisão, administrativas e integrativas. As ações assistenciais, como atendimento de intercorrências, foram direcionadas às crianças, famílias e equipe de educadoras. É freqüente ocorrer em crianças desta faixa etária situações de hipertermia, principalmente por alterações respiratórias, e situações de hiperemia e lesões de pele na região das fraldas. Então, nessas ocasiões, houve a intervenção da enfermagem junto à criança, e a orientação à família e às educadoras sobre os cuidados necessários. As crianças que apresentavam temperatura acima de 37,8 °C eram medicadas, segundo prescrição médica. Em casos febris, temperatura inferior a 37,8 °C era utilizado o banho com água morna para baixar a temperatura. Quando a temperatura se aproximava dos 40 °C além de medicar, os pais eram avisados para vir buscar seu filho. As observações das crianças foram feitas para acompanhar seu desenvolvimento biológico como peso, altura, controle do esfíncter, desenvolvimento motor (andar, correr, saltar), sistema músculo esquelético, todos observados conforme as características da sua faixa etária. A orientação para pais e educadoras foi fundamental para conhecer melhor a realidade da criança e para ajudá-los na relação com ela. De acordo com os registros de enfermagem contabilizaram-se vinte acidentes ocorridos na EEI, três casos de pediculose, seis casos de sangramento no nariz e nove registros de doenças que foram acompanhadas pela equipe de enfermagem. Entre as doenças foram observadas: quarenta casos de vômito e diarreia, trinta casos de gripe, doze irritações nos olhos, quatorze casos de dermatite de contato pela fralda, um caso de bronquite e um de pneumonia. Outras atividades assistenciais prestadas neste período foram: duzentos e oitenta verificações de pressão arterial dos funcionários; identificação de três casos de varicela, acompanhamento de dois casos de refluxo; sessenta e cinco administrações de medicações, cinquenta e sete medidas antropométricas; trinta e cinco avaliações de desenvolvimento das crianças; administração de dezessete doses de vacinação nos funcionários, doze orientações a pais ou responsáveis, nove orientações a educadoras, sete banhos em casos febris, duas notificações compulsórias e verificação da lista da Vigilância Sanitária. As atividades educativas foram aquelas que, através de orientação, conversas informais, educação continuada, oficinas e reuniões, foram abordados temas relativos à educação para a saúde e melhora da qualidade de vida da população atendida. Outras atividades educativas foram : confecções de trabalhos acadêmicos, bilhetes lembrando data de vacinação das crianças, bilhetes solicitando troca da escova de dente e oficina de higiene oral. Os assuntos abordados na educação continuada com as educadoras foram: hábitos de higiene pessoal, cuidados com medicamentos, prevenção de transmissão de doenças, roteiro para situações de febre, rotina para troca de fraldas, higiene das crianças, exposição ao sol, sono e repouso, controle de materiais perigosos, higiene dos

brinquedos, limpeza do ambiente, cuidados às crianças com refluxo e retirada das fraldas. As atividades de supervisão compreenderam as observações das rotinas de saúde dos funcionários e das crianças da instituição, como: a observação da rotina de troca de fraldas, higiene das mãos, das refeições, da limpeza das salas de aula e da limpeza dos banheiros. A notificação de doenças compulsórias é essencial para o controle epidemiológico, ocorrendo via telefone para a Equipe de Controle Epidemiológico. Foram notificados três casos de varicela na EEI. A vigilância sanitária exige alguns itens para que haja um bom funcionamento da instituição. Esses itens são revisados pela equipe de enfermagem para proporcionar segurança às crianças, como a data de validade dos extintores, o certificado de dedetização, a proteção das tomadas, entre outros. As atividades administrativas tiveram como objetivo a organização e a manutenção dos documentos de saúde existentes na Escola, como o prontuário das crianças e dos funcionários, a planilha com o controle das vacinas das crianças e dos funcionários, além de registros fundamentais para a continuidade do trabalho. As atividades administrativas de enfermagem registradas constituíram-se de: dezesseis revisões da planilha de controle vacinal das crianças, quatorze revisões dos prontuários, oito aberturas de novos prontuários, oito arquivamentos de prontuários e quatro revisões da planilha de controle vacinal dos funcionários. Com relação ao controle das vacinas, a enfermagem possui três condutas principais: a revisão da planilha de controle vacinal, os bilhetes lembrando a data de vacinação das crianças e a vacinação dos funcionários. Os prontuários são guardados em ordem alfabética, tendo um arquivo para as crianças e outro para os funcionários. Neles são registrados a conduta da enfermagem e o estado de saúde dos funcionários e das crianças vinculados a escola. Quando há a saída de algum funcionário ou criança da instituição seu prontuário é arquivado. Como atividades integrativas as acadêmicas auxiliaram na alimentação das crianças, em trabalhos em sala de aula, na estimulação do desenvolvimento das crianças, entre outros. A enfermagem mostrou-se presente em passeios, proporcionando ajuda e uma maior segurança para as educadoras. Esses passeios foram: teatro do Bourbon Ipiranga, treino de futebol de uma das crianças da creche, Parcão, Parque da Harmonia, pracinha da Igreja. As atividades integrativas foram aquelas que proporcionaram uma maior integração com a equipe multiprofissional, com as crianças e suas famílias. Entre essas atividades foram registradas: treze reuniões com a equipe multiprofissionais, onze acompanhamentos em atividades fora da escola, seis reuniões com os pais e seis participações em reuniões pedagógicas. **Considerações Finais:** A participação nesta ação de extensão proporcionou às bolsistas, aprendizado quanto ao cuidado com as crianças, suas famílias e com os funcionários da instituição. Proporcionou um trabalho ativo com autonomia para resolver as intercorrências e com coletividade entre os funcionários, a equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde, como nutricionista, psicopedagoga, psicóloga. Nota-se a importância da equipe de enfermagem dentro da EEI, tanto em relação às crianças atendendo-as e observando o seu desenvolvimento quanto na relação com os funcionários apoiando e auxiliando-os. Além disso, a enfermagem tem um papel fundamental no cumprimento das exigências da Vigilância em Saúde. Percebe-se que um bom relacionamento e a realização de reuniões com os pais são fundamentais para que haja confiança entre eles e a equipe de enfermagem, além de proporcionarem um vínculo e uma troca de informações com vista ao bem-estar da criança e da família. Foi de fundamental importância este projeto para as acadêmicas de enfermagem, pois ele proporcionou uma vivência e uma aprendizagem nas áreas administrativas,

assistenciais, educativas e de pesquisa. Acrescido a isto, oportunizou colocar em prática o que foi aprendido na academia, aprimorando a formação profissional.

Descritores: Creches. Cuidado da Criança. Promoção da saúde.

EXPERIÊNCIAS DE CRIANÇAS PORTADORAS DE AIDS COM O USO DE ANTI-RETROVIRAIS

Joel Kuyava, Eva Neri Rubim Pedro, Daisy Zanchi de Abreu Botene, Thanie K. Gonçalves
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
jkuyava@yahoo.com.br

Introdução: A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) no Brasil, hoje representa um contingente de mais de 371.000 casos confirmados e uma estimativa de 600.000 infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Do número total de casos confirmados, cerca de 118.520 são mulheres (BRASIL, 2004). Sabe-se que o atendimento de crianças nascidas de mães soropositivas HIV deve ser realizado em unidades especializadas, pelo menos até a definição de seu diagnóstico. As crianças que se revelarem infectadas deverão permanecer em atendimento nessas unidades. Em países desenvolvidos, têm sido recomendado visitas periódicas, mesmo às crianças que soroconverteram, até o final da adolescência, em virtude de terem sido expostas ao HIV e às drogas Anti-Retrovirais (ARV) durante o período intra-uterino. Essa preocupação é em função do desconhecimento das possíveis repercussões da exposição a tais medicamentos a médio e longo prazo (BRASIL, 2003). Os avanços na terapia ARV permitiram uma melhora significativa na sobrevivência e qualidade das crianças e adolescentes com infecção pelo HIV. Contudo, na prática clínica, um dos maiores obstáculos ao sucesso da terapia ARV é a má adesão dos pacientes e/ou familiares ao tratamento prescrito (RUBINI, 2003). Para que um paciente apresente uma adesão adequada é necessário que ele utilize medicamentos prescritos ou outros procedimentos, em pelo menos 80% de seu total, com a observância dos horários, doses e o tempo de tratamento recomendado (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). Sabe-se que 81% de pacientes que tomam 95% ou mais das cápsulas prescritas conseguem manter a carga viral indetectável num período de seis meses (PATERSON et al, 2000). A terapêutica ARV deve ser usada criteriosamente, do contrário, pode-se incorrer no risco da indução de resistência e, conseqüentemente, no esgotamento precoce do arsenal ARV disponível. Nas crianças e adolescentes com infecção pelo HIV a má-adesão a terapia é relacionada às dificuldades observadas nos adultos, tais como complexidade dos esquemas, várias tomadas diárias, interferência da alimentação, necessidade de conservação em geladeira, preparo trabalhoso e manifestações de intolerância; ao lado de outras dificuldades características da faixa etária. Um dos maiores obstáculos à adesão em crianças é a palatabilidade dos remédios (RUBIBI, 2003). Nesse sentido, propôs-se encontros com um grupo de crianças, a fim de realizar-se um estudo, nos quais as suas falas, por meio das brincadeiras e jogos, pudessem oportunizar o alcance de algumas dessas respostas e talvez indicar novos caminhos para se cuidar delas.

Objetivos: Conhecer como a criança em uso de ARV relata a sua experiência com a administração do medicamento e observar e descrever aspectos de situações relacionadas ao uso de ARV em um grupo de

crianças soropositivas. **Metodologia: Tipo de estudo:** O estudo seguiu um delineamento exploratório descritivo, cuja finalidade foi a de observar, descrever e comprovar aspectos de uma situação (POLIT; HUNGLER, 1995). A metodologia utilizada foi qualitativa, partindo do fundamento que a realidade vai além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos (MINAYO, 2004). **Campo de realização do estudo:** O estudo foi realizado no serviço de assistência especializada em DST/AIDS no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, Porto Alegre/RS. **Participantes:** Crianças entre 9 e 11 anos, que atendessem os seguintes critérios inclusão: concordância dos pais e demais cuidadores em participar do estudo, crianças que tivessem conhecimento do seu diagnóstico, disponibilidade de irem nos encontros, estivessem em uso de ARV e que fizessem parte do ambulatório de adesão. **Coleta de Dados:** coleta de dados foi realizada por meio de atividades lúdicas desenvolvidas em grupo adequando-se à técnica do grupo focal. O grupo focal é uma espécie de entrevista em grupo, porém o seu substrato consiste nas informações provenientes das discussões e reflexões propostas através da interação grupal sobre um tópico específico proposto pelo pesquisador (CARLINI-COTRIM, 1996). **Aspectos Éticos:** Para atender a resolução 196/96 do CNS foi elaborado um termo de consentimento livre esclarecido aos pais ou responsável legal pelas crianças assegurando o direito a informações sobre a pesquisa, à participação voluntária, o anonimato em relação à identidade dos participantes, e a autorização para publicação dos dados. **Análise E Interpretação Dos Resultados:** A análise dos dados foi feita de acordo com Minayo, (2004) por meio da análise de conteúdo e evidenciou quatro categorias: *Modo de vida, Manuseio da medicação, Expectativas e Sentimentos*. **Modo de vida:** Nesta categoria encontramos o dia-a-dia das crianças do estudo. De maneira geral percebemos nos depoimentos que o modo de vida relatado por elas é considerado “normal”. Quanto a tomar a medicação diariamente, as crianças do estudo apresentam diferentes estratégias para não esquecer como a utilização de programas de televisão, como marco para o horário da medicação e o celular, nos dias em que tais programas não são exibidos. **Manuseio da medicação:** Nesta categoria encontramos as estratégias utilizadas pelas crianças para manusear, identificar e armazenar suas medicações. Muitas das estratégias utilizadas pelos sujeitos do estudo foram orientadas no posto de saúde, pelos profissionais que as atendem. Uma estratégia relatada e, importante principalmente quando se trata de crianças, é o uso de artifícios para diferenciar a medicação que deve ser ingerida em determinados horários do dia. **Expectativas e Sentimentos:** Nesta categoria ficou bastante presente o desejo de tomar a medicação na intenção de melhorar a saúde e os sentimentos que emergem nessas crianças em virtude de sua condição de saúde. Em relação a manifestação de sentimentos, o de vergonha gerado pelo preconceito contra os portadores de HIV ficou bem evidente. **Considerações:** Trabalhar com crianças e adolescentes com HIV/aids no que se refere a adesão a medicação antiretroviral constitui-se ainda um grande desafio para os profissionais da saúde. Não se tem ainda um mecanismo que nos ajude a interpretar corretamente uma adesão nessa faixa etária, a não ser os relatos das próprias crianças e de seus cuidadores. Portanto estudos desse porte precisam ser desenvolvidos com o objetivo de auxiliar os profissionais que lidam com essa temática a conhecer e descobrir estratégias voltadas para o sucesso da adesão. Conhecer como a criança em uso de ARV relata a sua experiência com a administração do medicamento é condição necessária aos profissionais da saúde e também da educação quando for o caso. Percebeu-se as fragilidades das mesmas no seu cotidiano, pois ao referirem que não

esquecem de tomar a medicação, houve momentos em que diziam o contrário. Esta ambigüidade de comportamentos está adequada a faixa etária estudada. Pois são crianças em período pré puberdade. Espera-se com esta pesquisa poder contribuir com a equipe de saúde que atua com as crianças soropositivas, possibilitando ao profissional de enfermagem no ambulatório de adesão conhecer mais as particularidades das crianças em questão, e contribuir para um acompanhamento mais eficaz.

Descritores: Criança; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Anti-Retrovirais

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional em DST/AIDS. Transmissão vertical do HIV. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br> Acesso em: 1 jul. 2006.
2. _____ Ministério da Saúde. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em crianças 2002-2003. 2º ed. Brasília,DF: ed.MS, 2003.94p.
3. RUBINI, N. Adesão à terapia ARV em crianças e adolescentes. Ação anti AIDS: Boletim internacional sobre prevenção e assistência à AIDS, n.49, p.3-5, ago./set.2003
4. LEITE, SN.; VASCONCELLOS, MP. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. saúde coletiva*, 2003, vol.8, no.3, p.775-782.
5. PATERSON, DL; SWINDELLS S; MOHR, J; BRESTER, M; VERGIS, R; SQUIER, C; et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Int Med* 2000; 133:21-30.
6. POLIT, D.;HUNGLER, B. Fundamentos de pesquisa em enfermagem.3º ed., Porto Alegre,RS: ed. Artes Médicas, 1995. 391p.
7. MINAYO, M. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde, 2º ed., Rio de Janeiro, RJ: ed. Hucitec, 2004. 269p.
8. CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre o abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.30, n.3, p. 285-293, 1996.

HIPOGLICEMIA, FATORES ASSOCIADOS E SUAS IMPLICAÇÕES NO CUIDADO DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO

Caroline da Cunha Campos, Bianca Knevez Costa, Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

carolineccampos@hotmail.com

A hipoglicemia neonatal é definida pela presença de glicose plasmática inferior a 40mg/dl, independentemente da idade gestacional do recém-nascido (RN). Com o objetivo de identificar os fatores associados a essa patologia e suas implicações no cuidado de enfermagem ao RN, foi realizada uma revisão bibliográfica. Verificou-se que a ocorrência estimada da hipoglicemia neonatal é de 15% nos RNs pequenos para a idade gestacional (PIG) e de 8% nos grandes para a idade gestacional (GIG). Outros fatores associados são: uso materno de drogas betamiméticas (salbutamol), filho de diabética, hipotermia, sepse, doença hemolítica do recém-nascido, entre outros. Diante disso, torna-se indispensável que o enfermeiro saiba identificar os sinais e sintomas da hipoglicemia neonatal: apnéia, taquipnéia, hipotonia, reflexo de sucção inadequado, irritabilidade, padrão respiratório irregular, incapacidade de sucção ou alimentação, reflexo de moro exacerbado, cianose, tremores, palidez, convulsões, letargia, alterações no nível de consciência, hipotermia e coma. A hipoglicemia neonatal pode ser assintomática e por isso é função da enfermeira rastrear de rotina todos RNs que se enquadram nos grupos de risco para hipoglicemia, independente de apresentarem manifestações clínicas. É importante lembrar que a hipoglicemia, mesmo

assintomática, pode causar lesão cerebral definitiva, logo, o diagnóstico e o tratamento adequados são imprescindíveis. À equipe de enfermagem também cabe a realização da técnica correta de punção capilar calcânea para a obtenção de níveis glicêmicos periféricos reais, bem como atentar para os intervalos dos HGTs de acordo com os protocolos de cada instituição. A realização incorreta da técnica pode resultar em danos para o neonato, como: osteomielite, celulite, cicatrização excessiva do calcanhar, nódulos calcificados e resultados alterados. Além disso, a dor provocada por punções repetidas em prematuros pode causar diminuições significativas na saturação de oxigênio.

Descritores: hipoglicemia, enfermagem neonatal, índice glicêmico.

HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS COM RECÉM-NASCIDO NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA (UIO) DO HOSPITAL DE CLÍNICAS (HCPA): UM ENSAIO SOBRE A TÉCNICA DO BANHO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

Aline Alves Veleda, Márcia Simone de Araújo Machado, Carlice Franciane da Costa, Ana Beatriz L. Trindade, Regina Weissheimer, Vírgina Moretto, Ana Paula Vivile, Ionara Carvalho, Cristine Cezimbra, Sônia Dinair Camargo Dias
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: Atualmente, vêm se discutindo entre os profissionais e gestores no âmbito da saúde questões referentes à humanização no setor, bem como vêm se refletindo sobre a ética e os direitos dos usuários do SUS. De acordo com os documentos do Ministério da Saúde, Humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Desta maneira, os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos, a construção de redes de cooperação e a participação coletiva no processo de gestão do SUS (BRASIL, 2008). Neste contexto a Enfermagem, como parte de uma equipe interdisciplinar, busca cotidianamente a humanização de sua assistência e a relação profissionais e usuários mais qualificada e geradora de processos transformadores do ambiente de trabalho. Esta equipe apesar de inserida em um espaço hierarquizado, tecnicista e excludente, como o hospitalar, ainda apresenta como diretriz de trabalho proteger a vida, preservar a existência do ser, recuperar ou melhorar a qualidade de vida e estabelecer uma relação de vínculo com o usuário e seus familiares (Squassante; Alvim, 2008). Em Alojamento Conjunto (AC), espera-se que a enfermagem possa oferecer condições de promover o treinamento materno, por meio de demonstrações práticas do cuidado com o bebê e do estímulo ao fortalecimento dos laços afetivos entre mãe e filho e entre esse binômio e sua família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993). Fonseca; Scochi (2000) vislumbram a possibilidade de a equipe de enfermagem construir com a mãe o conhecimento acerca dos cuidados com o RN, utilizando metodologias criativas e tecnologias simplificadas em atividades educativas que objetivem uma assistência mais integral e participativa. A partir de todas essas questões, este projeto parte de indagações sobre os cuidados à mulher e ao bebê na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Observa-se que desde a

fundação da maternidade do HCPA, já com sistema de AC em 1980, algumas rotinas foram implementadas e nunca mais revistas e tão pouco modificadas. Assim, a partir de reflexões da equipe de enfermagem, ao revisar as rotinas próprias de atendimento ao bebê, surgiram os seguintes questionamentos coletivos: - Por que a técnica do banho e outras técnicas de cuidado ao RN nunca foram revisadas e discutidas pela equipe de enfermagem da UIO? - De que forma poderíamos definir novas técnicas de banho que abrangesse a filosofia da humanização do atendimento, revertesse em benefícios ao cuidado do bebê e que, ao mesmo tempo, possibilitasse uma nova ação que contemple os objetivos do AC, ou seja, um momento educativo e que proporcione uma melhor interação do binômio mãe-filho?. Para tentar responder as questões anteriores, alguns membros da equipe buscaram apoio acadêmico para produção deste projeto, envolvendo a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) na condução e orientação deste.

Objetivo: Revisar o processo de trabalho da equipe de Enfermagem da UIO do HCPA, em uma perspectiva de humanização do atendimento, visando o cuidado ao recém-nascido (RN) e enfocando o momento do banho no bebê. **Métodos:** O local de estudo é a UIO do HCPA, a qual possui um total de quarenta e quatro leitos atendidos pelo Sistema Único de Saúde, dos quais seis são destinados ao atendimento à gestante e trinta e oito são destinados ao atendimento de puérperas em AC. Trata-se de um estudo quanti-quali, no qual pretende-se e estão sendo realizadas as seguintes etapas de trabalho: 1) Revisão bibliográfica sobre o assunto, com discussões em equipe de enfermagem e leituras coletivas de bibliografias propostas; 2) Treinamento e atualização da equipe de enfermagem para os cuidados humanizados com o RN e principalmente sobre as diretrizes da PNHPN; 3) Aplicação de nova técnica de banho (imersão) na UIO durante tempo estabelecido, com aplicação de questionário para as mães dos bebês e para as funcionárias que irão participar desta etapa do de trabalho; 4) reuniões com a equipe de enfermagem para discutir sobre o novo modo de realizar o banho do bebê e, a partir de então, decidir coletivamente se as mudanças são viáveis ou não para esta realidade de atendimento em AC. Cabe salientar, que todas as etapas deste trabalho irão respeitar as normas e princípios éticos presentes na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sendo utilizado Termos de Consentimento Livre esclarecido, enviado este projeto para o Comitê de ética do HCPA e suas etapas práticas somente serão realizadas após a aprovação deste. **Resultados:** Esperamos como resultado a modificação das formas/técnicas antigas de banho no RN, o que, comprovadamente, pode gerar redução no estresse do bebê e de sua família, além de promover maior interação entre o binômio mãe-bebê. A equipe de enfermagem já realizou uma capacitação sobre cuidado humanizado com RN de baixo peso e prematuro, no qual a técnica do banho foi revisada, o que começou a gerar modificações no ambiente coletivo de trabalho e discussões maiores e mais ricas sobre o assunto. Além disso, esperamos também, através dos questionários semi-estruturados, poder visualizar como está sendo realizado os cuidados com o bebê, de que forma e modificar o que for necessário. Estes resultados ainda estão sendo aguardados.

Conclusão: Este trabalho traz como conclusão importante principalmente a busca por um cuidado mais humanizado e centralizado no bebê e em sua família, objetivando não só técnicas e práticas, mas inserindo a enfermagem nas discussões sobre humanização e qualidade do atendimento em saúde. Gostaríamos de ressaltar a importância deste projeto como fruto de reflexões da própria equipe de enfermagem, principalmente o grupo de técnicos e auxiliares, acompanhados das enfermeiras, sobre o processo de trabalho

coletivo e individual. Partiu-se de questionamentos simples, durante o cotidiano da prática, para uma idéia mais abrangente e que busca qualificação profissional e desenvolvimento pessoal. Assim, visualizamos com este projeto, muito mais do que oportunidade de mudanças nas rotinas de enfermagem de uma unidade, mas sim possibilidade de modificações de posturas e reflexões maiores sobre o cuidado diário e o cuidado de si, sobre o que é e o que pode ser a Humanização do atendimento e principalmente sobre a relevância de cada profissional e cada questionamento para a conquista de um ambiente de trabalho humanizado e acolhedor nos serviços de saúde materno-infantil.

Descritores: Recém-nascido; Alojamento Conjunto; Humanização da Assistência.

MANUTENÇÃO DA PERMEABILIDADE DO ACESSO VENOSO PERIFÉRICO – SALINIZAÇÃO X HEPARINIZAÇÃO

Cíntia C. F. Oliveira, Cláudia B. Iung, Daiane M. Durant, Jaqueline Wilsmann, Leandro V. Cunha
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Jaquew33@ig.com.br

Introdução: Este trabalho surgiu da necessidade de avaliar a eficácia da salinização do acesso venoso periférico (AVP) de uso intermitente, em crianças internadas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Através deste, pretendemos comparar o tempo de permeabilidade desta via parenteral entre o uso de solução de heparina e uso de solução salina pura, além de identificar os fatores que possam interferir na sua durabilidade. A necessidade de infusão de drogas e reposição de líquidos, por via endovenosa, é um importante recurso terapêutico para os pacientes hospitalizados. Na enfermagem pediátrica, esta realidade não é diferente e acrescentamos a necessidade de oferecer recursos para minimizar a hospitalização no processo de desenvolvimento da criança, o que nos faz rever constantemente nossas práticas (MOURA, RIBEIRO e SILVA, 2005). Historicamente, tem sido utilizada a solução de heparina para manutenção da permeabilidade da rede venosa de uso intermitente, na maioria das instituições hospitalares. A heparina tem efeito anticoagulante e seu uso tem demonstrado eficácia e é reconhecida pela comunidade médica. No entanto, pode apresentar maiores complicações, como incompatibilidade entre drogas e uso restrito em alguns pacientes, como os com alterações de coagulação com risco de sangramentos (MOK, KWONG e CHAN, 2007). Além disso, existem outros fatores, como custo da heparina e tempo da enfermagem no preparo desta solução (PHILIPS, 2005). Em nossa instituição, já existe a normatização de salinização do acesso venoso periférico (AVP) através do Procedimento Operacional Padrão (POP) em pacientes adultos. Este POP tem como base científica as recomendações da Infusion Nursing Society (INS), que propõe um guia do uso da salinização do CVP em adultos (SILVA e OLIVEIRA, 2007). Este POP não foi implementado na Pediatria, pois o calibre do AVP normalmente utilizado neste área, tem calibre menor e na literatura pesquisada existem poucas referências do uso de solução salina pura. A INS não traz referências da técnica para pediatra. Na Unidade de Internação Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os pacientes da gastropediatria têm a permeabilidade dos AVPs mantidos por salinização, devido a sua

condição clínica, apresentando maiores riscos de sangramentos com uso de heparina. A manutenção da permeabilidade do AVP através do uso de solução salina pura vem sendo pesquisada há alguns anos, mas, até o momento, os dados que sustentam sua efetividade ainda são inconclusivos (OLIVEIRA e SILVA, 2006). A produção científica nesta área, no Brasil, é pouco expressiva, mesmo sendo a terapia intravenosa uma das atribuições mais intensas no cotidiano do cuidado de enfermagem (OLIVEIRA e SILVA, 2006). Sendo assim, buscamos, através deste estudo, levantar dados que possam embasar uma provável mudança na prática da enfermagem pediátrica, com relação aos cuidados com cateteres venosos periféricos, e, se os resultados forem satisfatórios, implementar a salinização na pediatria como norma institucional em nosso hospital. **Objetivos: Objetivo Geral:** Avaliar a eficácia da salinização do AVP em crianças internadas em unidades pediátricas (10º Norte e Sul) do HCPA. **Objetivos Específicos:** Comparar a durabilidade do AVP quando salinizado e quando heparinizado e identificar os fatores que interferem na durabilidade do AVP em crianças internadas em unidades pediátricas (10º Norte e Sul) do HCPA. **Método: Tipo de Estudo:** Estudo clínico randomizado, comparativo, quantitativo, de intervenção. **População e Amostra: População** - Todas as crianças internadas no 10º Norte e Sul do HCPA que tiverem necessidade de manutenção do AVP para uso intermitente. **Amostra** - Crianças com AVP internadas no período de 4 maio a 30 de novembro de 2009. Serão excluídos pacientes hepatopatas, devido à alteração de coagulação, tendo contra-indicação do uso de heparina e pacientes que iniciem uso de solução endovenosa contínua. De acordo com os dados de MEYER et al., considerando um nível de significância de 5% e poder de 80%, seria necessário uma amostra de 82 pacientes (41 em cada grupo) para comparar a permeabilidade do AVP em 48h. Para comparar a permeabilidade em 72h, seria necessário amostra de 60 pacientes (30 em cada grupo). No entanto, considerando que o instrumento de coleta a ser utilizado neste trabalho tem 18 variáveis, para que tenhamos uma amostra significativa, serão inclusos 180 pacientes em cada grupo, totalizando 360 crianças. As primeiras 180 utilizarão solução de heparina para a manutenção do AVP e, na seqüência, as demais 180, soro fisiológico puro. **Coleta de Dados:** Será realizada em um recorte temporal de seis meses (maio a novembro/2009) através de um instrumento construído especificamente para a coleta de dados. Neste constará dados de identificação do paciente e patologia(s), dados sobre o acesso venoso periférico, medicações utilizadas, intercorrências com o AVP, a solução escolhida para a manutenção da permeabilidade, além de tabela de frequência do uso. O instrumento de coleta de dados será testado nas duas primeiras crianças da pesquisa. Após, será reavaliado o processo e o instrumento citado e, se necessário, serão ajustados de acordo com os objetivos. Toda a equipe de enfermagem que for administrar medicação nas crianças que farão parte da amostra deverá receber um treinamento específico para que não haja interferência nos resultados. A solução de heparina a ser utilizada na pesquisa é a mesma que atualmente é fornecida pela farmácia da instituição, com diluição de 50 UI/ml de SF 0,9%. **Análise dos Dados:** Os dados serão descritos através de médio desvio padrão para variáveis quantitativas (ou mediana e intervalo interquartilico), enquanto que as variáveis categóricas serão descritas através de frequência e percentual. O tempo da manutenção da permeabilidade será comparado entre os grupos através de Kaplan-Mayer, com teste de Log-Rank. Os dados serão analisados num programa SPSS 14.0 e o nível de significância adotado será 5%. Para controlar possíveis confundidores, será utilizado uma regressão de cox. **Aspectos Éticos:** As

questões éticas serão contempladas mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado pelo familiar responsável pela criança e um pesquisador. Este trabalho foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E o risco em que o paciente estará exposto ao participar desta pesquisa será da possibilidade de necessitar de nova punção venosa e os desconfortos associados ao procedimento. **Considerações finais:** Acreditamos que através desta pesquisa poderemos avaliar melhor nossa realidade com relação à prática do cuidado de enfermagem com acesso venoso periférico. Queremos através da pesquisa clínica embasar nossas práticas, aprimorando o conhecimento na enfermagem e contribuindo para a produção científica da enfermagem pediátrica.

Descritores: pediatria, cuidados de enfermagem, enfermagem pediátrica.

O CUIDADO COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: A PREVENÇÃO DA PERDA TRANSEPIDÉRMICA DE ÁGUA

Cristiane Tobias Alcay, Maria Luzia Chollopetz da Cunha

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

crisalcay@hotmail.com

Durante o período neonatal a preservação da integridade da pele é muito importante especialmente no cuidado ao recém-nascido pré-termo, ou nos casos de situação crítica (GARCIA-GONZALEZ; RIVERA-RUEDA, 1998). Segundo Darmstadt e Dinulos (2000) as maiores causas de óbito neonatal no mundo são as doenças infecciosas e a prematuridade juntamente com a asfíxia neonatal, sendo que 50% destes óbitos ocorrem na primeira semana de vida, no momento em que a barreira epidérmica está comprometida. Dentre as funções da pele, a mais relevante está na ação de barreira entre o meio interno e o ambiente, prevenindo assim a desidratação pela perda de água corporal, a absorção de substâncias químicas e a invasão de microorganismos da superfície da pele, proteção contra traumas e radiação ultravioleta, termorregulação e sensação tátil. Quanto à anatomia e fisiologia da pele, a pele é o grande órgão do organismo humano, correspondendo a 13% do peso corporal do recém-nascido pré-termo (DARMSTAD; DINULOS, 2000) composta pela epiderme, derme e subcutâneo. O estrato córneo, localizado na camada mais superficial da epiderme representa a principal barreira da pele. Os bebês pré-termos podem ter poucas camadas de estrato córneo chegando a possuir apenas duas a três camadas com 24 semanas de idade gestacional e podendo não haver nenhuma camada de estrato córneo com menos de 24 semanas de idade gestacional (LUND et al., 1999). As taxas de perdas transepidérmicas de água e calor são mais elevadas em bebês prematuros e estes apresentam também dificuldade em manter a homeostase (KALIA et al., 1998). Em estudo realizado por Agren et al (1998) bebês nascidos entre 24-25 semanas de gestação concluídas, a perda transepidérmica de água era elevada imediatamente após o nascimento, reduzindo com o aumento da idade, porém, a um ritmo mais lento do que anteriormente relatado para bebês mais maduros. Diante disso, a perda transepidérmica pode ocorrer devido ao desenvolvimento imaturo do pré-termo associado à função da barreira epidérmica diminuída. Essa perda pode reduzir até 30% do peso corporal do pré-termo em 24 horas, causando

desidratação e hipotensão, levando o pré-termo a risco de ocorrências de hemorragia intraventricular e enterocolite necrosante (DARMSTADT; DINULOS, 2000). Além disso, o grau de perda transepidermica pode sofrer influência da temperatura da pele, do corpo, da hidratação do estrato córneo, da taxa metabólica basal, da umidificação do ambiente e do uso de fototerapia (BLACKBURN; LOPER, 1992). O presente projeto de trabalho de conclusão de curso constitui-se em uma pesquisa bibliográfica, de caráter exploratório e tem como objetivos caracterizar os cuidados com a pele do recém-nascido a partir de pesquisas científicas que visem à prevenção e ou minimização da perda transepidermica de água. O percurso metodológico deste estudo segue a proposição de Gil (2006) e, segundo o mesmo, compreende as etapas: levantamento bibliográfico preliminar, formulação do problema, busca de fontes, leitura do material; fichamento; organização lógica do assunto e redação do texto. As fontes e unidades em análise para a construção da pesquisa foram livros, periódicos científicos, teses e dissertações. Os sites de busca científica utilizados foram: BIREME (Biblioteca Virtual em Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library Online), e PUBMED. Para a coleta de dados acima fixada o espaço temporal foi de 1985 até a finalização deste estudo, que será concluído no trabalho de conclusão de curso ao final do semestre 2009/1. Neste estudo as questões éticas foram preservadas à medida que os autores consultados foram referenciados ao longo do estudo. A pele, como um dos maiores órgãos do corpo humano tem como funções agir como uma barreira protetora entre o organismo e a meio externo, além de funcionar como termoregulador. Os bebês, ao nascimento devem fazer a transição do contato constante com o fluido intra-uterino para o ambiente seco da vida extrauterina. Em contrapartida, a pele do neonato prematuro não está totalmente funcional ao nascimento. A imaturidade da pele do recém-nascido pré-termo possui inúmeras implicações para o neonato incluindo a termorregulação inefetiva, o desequilíbrio de fluidos, a absorção de toxinas, lesão tecidual, infecção, e atraso na cura.. A pele do recém-nascido pré-termo é mais fina e gelatinosa, com reduzida camada de estrato córneo, oferecendo assim menos proteção contra agressões externas como toxinas e outros agentes que podem levar a infecção. Além disso, a pouca diferenciação entre epiderme e derme, e a presença de edema subcutâneo, elevam o risco de lesões cutâneas. Na prevenção da perda insensível de água, pode-se destacar algumas intervenções de enfermagem como: manter o recém-nascido em incubadora, utilizar umidificação através de incubadoras ou por tendas plásticas, aplicar cremes à base de óleo mineral, lanolina e vaselina, mudar o decúbito a cada 2 a 3 horas (TAMEZ; SILVA, 2006). A utilização de ambiente umidificado proporciona a redução na perda de água através da epiderme, não sendo assim necessário o aumento da infusão hídrica. A umidificação na incubadora deve ser feita através de um dispositivo portátil, o qual fornece a umidificação ajustável e permite a desinfecção do compartimento, com sistema de filtração que reduz o risco de contaminação por Pseudomonas. Porém, o uso de umidificação acima de 70% é recomendado somente se a pele estiver íntegra, pois a umidade propicia o crescimento de organismos patogênicos, elevando o risco de infectar uma lesão pré-existente (TAMEZ; SILVA, 2006). O uso de creme à base de lanolina, vaselina e óleo mineral também contribui para a redução na perda de água pela pele e auxilia também no controle térmico. No entanto, recomenda-se a utilização esparsa, a cada 8-12 horas, com uma fina camada de creme para evitar o risco de contaminação por Candida Albicans (TAMEZ; SILVA, 2006). Segundo as recomendações da Associação of Women's Health Obstetric and Neonatal Nurses – AWHONN (Associação de Enfermagem da saúde da

mulher, obstétricos e neonatais) o uso de saco plástico polietileno para cobrir o corpo e as extremidades do recém-nascido também pode contribuir para a redução na perda transepidermica de água. Costa e Marba (2006) também citam a ventilação mecânica, o uso de membrana semipermeável e a incubadora de parede dupla como fatores que diminuem a perda insensível de água. Para a prevenção da perda transepidermica de água, Darmstadt e Dinulos (2000) recomendam: manter o recém-nascido pré-termo em incubadora com parede dupla, controlando a umidade ambiental e utilizando dispositivo de servo-controle; aplicar emolientes na pele a base de petrolato; cobrir a pele com manta plástica; usar cobertura transparente/envolver com plástico aerado e promover contato pele a pele, o chamado método canguru. A manutenção da integridade da pele e da temperatura, a prevenção de injúrias químicas e físicas e de infecções, a proteção da absorção de agentes tópicos, assim como a minimização da perda insensível de água estão entre os objetivos a serem alcançados no cuidado da pele do recém-nascido pré-termo (TAMEZ; SILVA, 2006). Em vista das questões apresentadas anteriormente ficou evidente a importância em investigar nas pesquisas científicas realizadas até hoje quais os cuidados existentes para prevenir e ou minimizar esta perda de água transepidermica, já que este fator pode levar estes bebês a situações de risco importantes ou até a morte em casos mais extremos como citado anteriormente. Refletindo sobre a perspectiva de que a enfermagem está presente nos cuidados prestados ao recém-nascido pré-termo, esta pesquisa bibliográfica poderá contribuir significativamente no sentido de esclarecer questões relacionadas à imaturidade epidérmica do prematuro bem como agregar todos os estudos realizados até a atualidade sobre como cuidar e prevenir/reduzir a perda transepidermica de água pelo pré-termo durante sua internação.

Descritores: desidratação; higiene da pele; prematuro.

O LÚDICO NO PROJETO CRESCENDO COM A GENTE – RELATO DE EXPERIÊNCIA ATRAVÉS DO OLHAR DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM

Caroline Bello Soares, Gláucia Bohusch, Helena Becker Issi

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

caroline.bellosoares@gmail.com

Introdução: as atividades lúdicas desenvolvidas no Projeto Crescendo com a Gente pelos acadêmicos de Enfermagem do III Semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul junto às crianças hospitalizadas, na Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), visam à descontração, alegria e bem-estar. O brincar proporciona a criança hospitalizada momentos prazerosos frente aos fatores estressantes decorrentes de uma internação. A brincadeira representa um dos recursos mais significativos que as instituições de saúde podem e devem disponibilizar as crianças e suas famílias, na medida em que colabora com a redução de morbidades emocionais e sociais, decorrentes da internação hospitalar. Ao brincar, a criança constrói o seu mundo de representações e de referências, ampliando e fortalecendo o seu patrimônio emocional, necessário para o enfrentamento de situações estressantes como a doença, a separação da família, os procedimentos invasivos, a dor física e ou emocional e a hospitalização (MORSCH;

ARAGÃO, 2006). É através do brincar e do ambiente lúdico que “a criança se comunica, libera suas tensões, melhora sua auto-estima, aumentando sua imunidade. O brincar e o lúdico, quando presentes no cotidiano do cuidado com a criança e a família que vive a experiência da hospitalização, fortalecem a afetividade e a sensibilidade, contribuindo para uma vivência positiva e construtiva” (SOUTO; DALL AGNOL; ISSI, 2008, P.60). Ao brincar a criança transporta-se ao mundo exterior ao qual estava habituada e por consequência de sua enfermidade, também, se afasta de suas atividades corriqueiras de lazer, como: correr, jogos de bola, brincar de boneca, de roda, pega-pega entre outras. Através do estímulo às manifestações lúdicas no mundo hospitalar, surge o Projeto Crescendo com a Gente oportunizando uma melhor vivência para criança hospitalizada, buscando retomar os prazeres de sua vida cotidiana deixadas abruptamente em consequência de sua internação. Já para o acadêmico de Enfermagem, o Projeto proporciona crescimento pessoal e profissional imensuráveis, visto que nos semestres iniciais da graduação não existe contato entre pacientes e acadêmicos. Nesse contexto, fica evidente a relevância do Projeto ao proporcionar o primeiro contato do aluno com a realidade do mundo da criança hospitalizada nas unidades 10º Sul e 10º Norte do HCPA, suprindo assim, a expectativa do aluno e a carência da criança nos momentos de internação. **Objetivo:** divulgar, através de relato de experiência, as vivências sob o olhar de acadêmicas de enfermagem enquanto participantes do Projeto Crescendo com a Gente, acerca da relevância desta ação de extensão universitária para o mundo da criança hospitalizada. **Desenvolvimento das Atividades:** o Projeto desenvolveu-se de segundas a quintas-feiras das 18h00min às 20h00min horas no 10º andar, alas Norte e Sul do HCPA, horários estes em que a recreação terapêutica já havia encerrado seu atendimento. As atividades de extensão foram desempenhadas no período de Maio a Dezembro de 2008 através de atividades lúdicas previamente elaboradas: oficinas, jogos, peças de teatro, festas temáticas (festa junina, natal, dia da Criança, dia D-Criança e Adolescente sem Dor, páscoa, entre outras). Ao chegar às Unidades de Internação, os acadêmicos se reuniam a fim de trocar experiências relativas aos encontros anteriores, tendo por objetivo proporcionar atividades mais direcionadas e diversificadas para os grupos de crianças que passaram por essas Unidades. As brincadeiras eram selecionadas a partir das sugestões das crianças e dos acadêmicos, respeitando sempre as condições físicas de cada criança. O Projeto pode contar com o apoio dos profissionais dessas Unidades no auxílio para seleção das crianças que poderiam brincar no grande grupo e as que necessitavam de atenção e olhar especial nos quartos de isolamento. Por vezes, os acadêmicos acompanhavam as crianças durante as refeições da noite, apoiando, muitas vezes, através do lúdico a realização dessas de forma adequada. **Resultados:** como equipe executora com contato aluno/público percebeu-se a importância terapêutica do lúdico na melhora das crianças, que por vezes se comportavam de forma arredia dificultando dessa forma o trabalho da equipe multidisciplinar, e através do brincar a interação era estimulada de forma natural, proporcionando que o trabalho da equipe fosse efetivado com maior naturalidade. Também, o projeto propicia ao acadêmico um melhor entendimento do papel desempenhado pela Enfermagem diante da família e da criança que se encontravam nesse período delicado de hospitalização, auxiliando, através da compreensão, aos pais a conciliar sua jornada de trabalho e rotinas domésticas ao mundo da criança internada. A relação do acadêmico com os familiares apresentava-se bastante enriquecedora, pois, ocorriam trocas de experiência através de conversas sobre a rotina da criança hospitalizada, sobre as dificuldades

encontradas durante a internação, a expectativa de voltar para casa, às preocupações com outros familiares presentes em casa e sobre as atividades desenvolvidas durante o dia no hospital (aulas e recreação terapêutica). Já o vínculo estabelecido entre as crianças e os acadêmicos ocorria de forma positiva, pois após os primeiros contatos as crianças já esperavam a chegada dos participantes de forma eufórica, questionando a ausência de um ou outro participante faltante, também na chegada do fim da semana quando perguntavam sobre a possibilidade de nossa vinda nos sábados e nos domingos, quando contavam aos participantes sobre seu quadro clínico e as intervenções realizadas ou a realizar, através de confidências das crianças feitas aos acadêmicos, entre outros. Baseando-se em todos esses momentos de aproximação e confiança entre os acadêmicos e as crianças hospitalizadas fica evidente a relevância desse Projeto que vem acontecendo a 10 anos nas Unidades Pediátricas do HCPA. Fortalece-se, assim, essa relação, para que ocorra de forma saudável, mostrando abertura e disponibilidade desses estudantes a fim de apoiar os familiares e pacientes nesse momento difícil de internação, favorecendo sempre a troca de experiências, e a partir dessas auxiliando na busca de relacionamento interpessoal. O Projeto procura também, através da inserção do lúdico, trazer momentos de descontração e alegria às crianças internadas e que através dele, elas possam manifestar suas alegrias e inseguranças. **Considerações Finais:** o presente trabalho permitiu conhecer a relevância do Projeto apresentada sob o olhar e perspectiva do acadêmico nas atividades desenvolvidas. É perceptível ao olhar do acadêmico a necessidade de brincar da criança hospitalizada e o efeito benéfico que o lúdico traz através de jogos, brincadeiras e conversas reduzindo os medos e angústias que uma internação acarreta, proporcionando às crianças um enfrentamento mais efetivo dos desafios a que estão submetidas.

Descritores: criança hospitalizada, brinquedo, criança.

Referências:

1. MORCH, D. S.; ARAGÃO, P. M. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização dos cuidados em saúde Conceitos, dilemas e práticas; Fiocruz, Rio de Janeiro. 2006, 416p.
2. SOUTO, M.B.; DALL AGNOL, C. N.; ISSI, H. B. Cuidados Básicos com a Criança Hospitalizada – Especificidades. In: Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica: uma abordagem multidisciplinar. Porto Alegre, Artmed, 2008.

PROJETO DE EXTENSÃO CRESCENDO COM A GENTE: ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM INTERAGINDO COM O PACIENTE PEDIÁTRICO PORTADOR DE FIBROSE CÍSTICA

Simone Konzen Ritter, Helena Becker Issi

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

simone.ritter@ufrgs.br

Introdução: a Fibrose Cística é uma doença genética crônica, que debilita principalmente o sistema respiratório, já que o acúmulo de secreções brônquicas viscosas ao longo do trato respiratório pode gerar a obstrução das vias aéreas e juntamente propiciar condições para a colonização por bactérias multiresistentes, ocasionando frequentemente infecções, tais como bronquite, sinusite e pneumonias recorrentes. Além disso, o paciente pode apresentar má absorção de nutrientes, devido à obstrução dos ductos pancreáticos, também

gerada pelo excesso de viscosidade do muco produzido pelo organismo, determinando insuficiência pancreática e dessa forma, fazendo com que haja deficiência vitamínica e concomitantemente de crescimento. As manifestações clínicas mais comuns da mucoviscidose são a tosse crônica, a diarreia crônica e a desnutrição; entretanto, ela pode se manifestar de diversas outras maneiras, por ser uma doença que acomete vários sistemas ou órgãos (REIS; DAMACENO, 1998). Com tais implicações, os portadores necessitam de cuidados contínuos, como a realização de nebulizações periodicamente, a utilização de suplementos alimentares e vitamínicos, a precaução quanto à exposição à patógenos, entre outras práticas que previnem o desenvolvimento de um quadro que conduza à hospitalização e à condição de isolamento para recuperação do estado de saúde. Para tanto, se observa a relevância da equipe multidisciplinar, a qual deve atentar para a promoção do auto-cuidado do paciente crônico, orientando e esclarecendo os questionamentos do paciente e de seus familiares, além de buscar compreender e acolher as suas necessidades conforme o contexto social em que vivem, auxiliando as famílias carentes, por exemplo, e direcionando-as para receber apoio de associações – no Hospital de Clínicas de Porto Alegre tem-se como referência a AGAM, Associação Gaúcha de Assistência a Mucoviscidose – por meio das quais têm acesso às medicações e aos recursos necessários para amenizar as conseqüências da enfermidade, além de contar com um acompanhamento diferenciando que perpassa o cuidado terapêutico, uma vez que, segundo Henckemaier (2005), quando se cuida de um ser humano, cuida-se não apenas do seu corpo, mas também de seu universo, ou seja, da sua família e do contexto social no qual se insere. E, por se tratar de uma doença crônica com aparecimento comumente na infância – há casos, porém, em que a doença revela-se tardiamente – e com manifestações clínicas proeminentes e recursivas, faz-se necessário, na maioria dos casos, longos períodos de hospitalização, o que se constitui como uma experiência delicada na vida de qualquer ser humano, especialmente quando se refere à criança, a qual requer atenção especial, visto que possui necessidades pertinentes a sua fase de crescimento e de desenvolvimento, que busca estabelecer vínculos, ter autonomia e descobrir o mundo, e principalmente por se tratar de uma experiência que envolve intensa adaptação à nova rotina, ao ambiente, e ao contato e convívio diário com a equipe multidisciplinar. Surge assim a necessidade do cuidar humanizado, o qual implica, por parte do cuidador, a compreensão e a valorização da pessoa humana enquanto sujeito histórico e social. Para isso, deve-se considerar acima de tudo que para desencadear um processo de humanização no ambiente hospitalar, não são necessários grandes investimentos ou adaptações no ambiente físico. (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2005.) A partir desta percepção, o emprego do lúdico como instrumento de humanização torna-se imprescindível, visto que o brinquedo e a brincadeira constituem-se recursos significativos que as instituições de saúde podem e devem disponibilizar às crianças, incluindo-se aqui as famílias, visto que colaboram com a redução de morbidades emocionais e sociais, decorrentes da internação hospitalar. Ao brincar, a criança constrói o seu mundo de representações e de referências, ampliando e fortalecendo o seu patrimônio emocional, necessário para o enfrentamento de situações estressantes como a doença, a separação da família, os procedimentos invasivos, a dor física e ou emocional e a hospitalização (MORSCH; ARAGÃO, 2006). **Objetivos:** divulgar as atividades lúdicas desenvolvidas por acadêmicos de Enfermagem da UFRGS participantes do projeto de extensão “Crescendo com a gente” e ressaltar a relevância do brincar como um instrumento de promoção de saúde no cuidado à

criança hospitalizada. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir das vivências de acadêmicos de Enfermagem da UFRGS participantes do projeto de extensão “Crescendo com a gente”, o qual está inserido a dez anos nas Unidades Pediátricas de Internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (alas 10º sul e 10º norte), promovendo um espaço lúdico, com duração diária de duas horas, possibilitando ao paciente pediátrico a participação em atividades que reúnem recreação, cultura e de uma forma geral promovem o entretenimento entre os pequenos pacientes, e oportunamente insere os futuros profissionais ao ambiente hospitalar e às vivências da equipe de saúde no cuidado ao paciente e a sua família, entre os quais se destacam os portadores de fibrose cística, que se encontram, em maioria, na condição de isolamento, estando limitados ao contato com a equipe de saúde e com o familiar que os acompanha no quarto. Nesta situação de restrição às brincadeiras e aos espaços coletivos, desenvolvemos simultaneamente atividades de recreação no quarto da criança que não apresenta condições clínicas para o convívio social, propiciando momentos de descontração, e de acordo com SOUTO; DALL AGNOL e ISSI (2008), também incluindo a família na atividade de recreação do filho, na qual se tem um momento propício para enriquecer os laços afetivos e para o adulto desvelar a sua criança interior, minimizando as possíveis barreiras de relacionar-se e fortalecendo vínculos. **Resultados:** ao interagir com os pacientes internados na Unidade Pediátrica da referida instituição, é perceptível a contribuição positiva das manifestações lúdicas, por meio das quais se constata que a criança realiza uma “passeio” ao mundo imaginário, que é extremamente importante para a compreensão e inserção no mundo que a cerca, onde os jogos, as brincadeiras, as canções, os contos e tudo aquilo que remete ao entretenimento, estão presentes a fim de subsidiar o cuidado, o qual considera a criança em sua totalidade, atendendo na medida do possível aos seus anseios e atenuando os obstáculos enfrentados em meio às práticas hospitalares. A participação do “Crescendo com a gente” no contexto vivido pelo paciente pediátrico portador de mucoviscidose é extremamente relevante, pois por possuir uma doença crônica e necessitar de internações regulares ao hospital, pode encontrar dificuldades e obstáculos na sua vida social e familiar – como, por exemplo, a restrição do convívio social, as ausências escolares frequentes e o aumento da angústia e da tensão familiares –, busca-se evitar tais conseqüências por meio da retomada do convívio social – com as atividades desenvolvidas no quarto destas crianças – favorecendo o desenvolvimento de vínculos, a criação de idéias, e de certa forma, a elaboração dos lutos pela perda da condição saudável, pelo afastamento do ambiente familiar, pela insegurança, pelos constantes desafios enfrentados, enfim, busca assistir de forma diferenciada e integral a criança portadora de fibrose cística, empregando o lúdico como principal ferramenta. **Considerações Finais:** através do brincar e do ambiente lúdico, a criança se comunica, libera suas tensões, melhora sua auto-estima, aumentando a sua imunidade. O brincar e o lúdico, quando presentes no cotidiano do cuidado da criança e família que vive a experiência da hospitalização, fortalecem a afetividade e a sensibilidade contribuindo para uma vivência positiva e construtiva (MOTTA, 1997). E, assim sendo, o brinquedo no âmbito da hospitalização infantil constitui-se como uma ferramenta de auxílio à terapêutica, influenciando de modo significativo na recuperação do paciente e transcorrendo o conceito de ser apenas um meio de recreação, passando a ser entendido como uma ação de saúde a ser adotada a fim de promover uma assistência cada vez mais humanizada e de interação efetiva, superando os desafios encontrados tanto pela equipe quanto pelo paciente pediátrico e sua família.

Descritores: Criança Hospitalizada, Enfermagem Pediátrica, Fibrose Cística.

Referências:

1. BACKES, D.S; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. *Revista Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2005; 14 (3): 190-205.
2. HENCKEMAIER, L. Dificuldades ao cuidar da família no hospital. In: Schmitz, E. M. *A enfermagem em pediatria e puericultura*. São Paulo: Editora Atheneu; 2005; 357- 68.
3. MORCH, D. S.; ARAGÃO, P. M. A criança, sua família e o hospital: pensando processos de humanização. In: DESLANDES, Suely Ferreira. *Humanização dos cuidados em saúde Conceitos, dilemas e práticas*; Fiocruz, Rio de Janeiro. 2006, 416p.
4. MOTTA, M.G.C. O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. 1998. 210p. Tese (Doutorado). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina.
5. REIS, Francisco J. C; DAMACENO, Neiva. Fibrose Cística: Revisão de Literatura. *Revista de Pediatria*, Rio de Janeiro. Nº. 74 (sup.1), nov-dez, 1998. Disponível em <http://www.jpmed.com.br/conteudo/98-74-S76/port.asp?cod=489>, acessado em 04/10/2008.
6. SOUTO, M. B.; DALL AGNOL, C. N.; ISSI, H. B. Cuidados Básicos com a Criança Hospitalizada - especificidades. In *Reanimação Cardiorrespiratória Pediátrica: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2008.

O CENÁRIO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL: A VISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Thais Regina Teixeira dos Santos

UNISINOS

thaisr19@yahoo.com.br

A violência doméstica cresce assustadoramente em nossos dias, tornando-se uma problemática pública, marcando infâncias, refletida claramente no setor saúde. O objetivo deste estudo é entender qual a compreensão da equipe de enfermagem de um Hospital de Porto Alegre – RS, sobre o tema “violência doméstica infantil”. Foi averiguado se esses profissionais têm consciência sobre a importância que permeia este assunto e de que forma percebem-se como atuantes neste contexto. Como metodologia usou-se a abordagem qualitativa descritiva. A coleta dos dados deu-se através de uma entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados nove profissionais do setor de emergência pediátrica. Para exploração dos dados optou-se pela análise de conteúdo temática. Os resultados mostram, que os profissionais da enfermagem possuem uma ampla compreensão sobre o tema “violência doméstica infantil”; reconhecem as diferentes formas que esta se apresenta; conseguem claramente identificar as facetas que envolvem este fenômeno; visualizam situações em que crianças são expostas a esta atrocidade, apontando desde as manifestações físicas até a “violência velada”. Porém, estes sujeitos não se julgam, preparados o suficiente para atuar frente a problemática em questão declarando-se, por vezes, fragilizados; evidenciando a necessidade de um apoio especializado, bem como, a importância de uma boa qualificação/capacitação profissional. Torna-se indispensável a integração entre os profissionais dos diferentes segmentos da sociedade que trabalham em prol destas vítimas. Por fim, este estudo, bem como contribuir com a divulgação dos resultados, almeja oferecer subsídios para a elaboração de medidas que minorem esse temível cenário.

Descritores: Violência doméstica; criança; enfermagem.

ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA EM AMBULATÓRIO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Fabrine Drescher Machado, Wiliam Wegner

Centro Universitário Metodista IPA

fabrine.drescher@gmail.com

Introdução: A atenção ambulatorial à saúde da criança configura-se como espaço de promoção da saúde e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em todas as suas fases. Atualmente diversos profissionais, além do médico têm conquistado seu espaço neste contexto, sendo, portanto, palco para atuação de profissionais liberais e autônomos, como fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros, entre outros. No entanto, no cotidiano da prática de enfermagem percebem-se ações focalizadas somente para o gerenciamento. Assim, questiona-se a importância das intervenções direcionadas para a promoção da saúde nesse espaço de atuação. Os investimentos na modalidade de atenção de nível secundário são fundamentais para o êxito das políticas públicas de saúde vigentes em nosso país, pois fato é que, as ações em saúde em nível primário e secundário (ambulatorial) realizadas de maneira efetiva diminuem a necessidade de recorrer atenção ao nível terciário (hospitalar), que são as internações evitáveis por adequada atenção ambulatorial. O que, consequentemente diminui os custos, que levarão ao investimento maior nas reais necessidades, qualificando a atenção em saúde. Tem-se observado a expansão da atividade ambulatorial. A evolução das internações e do atendimento ambulatorial no período de 2000 a 2006 demonstra redução de 5,2 % nas internações e aumento de 49,9% na produtividade ambulatorial em nível nacional (FONSECA, 2008). O ambulatório hospitalar por ser um espaço onde diferentes profissionais atuam, é propício à prática da interdisciplinaridade. Tal prática só será possível pela integralidade da atenção em saúde, garantida através da visão do profissional de saúde em relação ao usuário, como um sujeito histórico, político e social, e que está articulado a seu contexto familiar, sociedade e meio ambiente no qual se insere (MACHADO, 2006). De acordo com Tasca (2006), a assistência integral a saúde da criança deve ser o foco do cuidado de enfermagem ambulatorial, objetivando acompanhar seu crescimento e desenvolvimento, com ênfase aos aspectos de educação e prevenção pela orientação da criança e do familiar/cuidador, visando estimular o desenvolvimento de suas potencialidade, considerando-a física, mental, emocional, social e espiritualmente. Os profissionais da área da saúde envolvidos no cuidado a criança precisam desenvolver uma visão ampliada sobre a saúde da criança, voltando sua atenção também para a família, incluindo a família como usuária do serviço em conjunto com a criança. Para Wong (1999), embora os profissionais aceitem o conceito de cuidado centrado na família, eles tem sido lentos na implementação de práticas que englobam a família como usuária. Algumas estratégias deveriam ser estimuladas no enfermeiro que atua em ambulatórios hospitalares, tais como: a consulta de enfermagem na puericultura, a consulta de enfermagem nas etapas do desenvolvimento, grupos de educação em saúde para a

criança e família, o acolhimento na sala de espera, entre outras. A partir dessa contextualização, formula-se a questão de pesquisa: o que a literatura nacional e internacional tem produzido sobre a assistência ambulatorial a criança e família no contexto hospitalar? Pouco se tem estudado sobre o assunto, sendo que conhecer e compreender a dinâmica de trabalho ambulatorial, e estratégias aplicáveis, é fundamental para que a atenção em saúde seja efetiva e de qualidade, o que refletirá direta e indiretamente na saúde da criança e família. **Objetivos:** O objetivo geral deste estudo é identificar o que a literatura nacional e internacional apresenta sobre a prática de enfermagem à criança em ambulatório hospitalar. Tendo como objetivos específicos: descrever o que a literatura, nacional e internacional, apresenta sobre o cuidado de enfermagem à criança em ambulatório hospitalar; e discutir os aspectos que limitam as intervenções de enfermagem no cuidado a criança e família na assistência ambulatorial. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório-descritivo do tipo revisão integrativa. A revisão integrativa é uma metodologia específica de revisão que sumariza literaturas empíricas ou teóricas provendo maior compreensão de um fenômeno ou problema de saúde. Inclui buscas diversas de fontes que aumentam o entendimento ampliado de um tópico de interesse (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). É preconizado o seguimento de algumas etapas na operacionalização desta metodologia: 1º) identificação do problema (elaboração da pergunta norteadora, estabelecimento de palavras-chave e de critérios para inclusão e exclusão de artigos), 2º) seleção dos artigos, 3º) definição das informações a serem extraídas dos trabalhos revisados, 4º) análise dos dados, discussão e interpretação dos resultados e 5º) síntese do conhecimento (GANONG, 1997). A busca foi norteadora pela questão de pesquisa: o que a literatura nacional e internacional tem produzido sobre a atenção ambulatorial a criança e família no contexto hospitalar? As fontes foram selecionadas através de pesquisas realizadas em bases de dados eletrônicos no Sistema de Automação da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BDENF), no Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), National Library of Medicine (MEDLINE), no Scientific Eletronic Library Online (SCIELO). Para a localização do material de pesquisa as palavras-chaves utilizadas foram: *assistência ambulatorial* ou *ambulatório hospitalar*, *criança*, *enfermagem*. Os critérios de inclusão utilizados foram: publicações em inglês, espanhol e português, publicados entre 1998 e 2008. Os artigos dentro desta descrição foram categorizados de acordo com o título, autores, ano, formato, periódico e país. No segundo momento utilizaram-se apenas publicações com resumos disponíveis e indexados nas bases de dados pesquisadas, os quais foram categorizados de acordo com a área de conhecimento, tema, objetivo, metodologia, resultados e conclusões. A fase exploratória foi analisada por meio da estatística descritiva. Os resultados foram apresentados em tabelas contendo a frequência absoluta e percentual. Na fase descritiva estruturou-se um processo de categorização temática conforme os assuntos apresentados. **Resultados:** Foram encontradas um total de 84 produções, sendo 49 referências do LILACS, 28 no MEDLINE, 5 na BDENF, 2 referências no SCIELO. Excluídos os artigos que se repetiram, restaram 75 artigos, dos quais apenas 39 continham resumos indexados nas bases de dados pesquisadas. Foram selecionadas 75 produções, das quais a maior parte são artigos. Em relação ao ano de publicação, verificou-se que em 2007 houve maior número, num total de 12, seguidos do ano de 2006 e 2005 em que houve 9 publicações em cada ano. A maioria das publicações foi encontrada em formato de artigo, 66 ao todo. Foram encontrados 56 periódicos diferentes, na revista

Pediatria al Dia foram citadas 4 publicações, em Pediatric Nursing e Caderno de Saúde Pública foram 3 publicações. O Brasil tem posição de destaque, obtendo o maior número de publicações, com o total de 32, seguido dos Estados Unidos com 14 publicações. Houve predomínio da medicina, com 26 publicações, seguido da enfermagem com 8, nutrição com 3, e a psicologia e terapia ocupacional com apenas 1 publicações. Isso é reflexo do nível de atuação de cada profissional, a medicina atua com predomínio nos ambulatórios hospitalares, enquanto outras categorias têm conquistado seu espaço nesse ambiente, como por exemplo, a psicologia e terapia ocupacional, que recentemente tem atuado neste espaço. A abordagem metodológica evidencia a predominância de estudos quantitativos nas publicações, foram 28, enquanto os estudos qualitativos totalizaram apenas 5. A análise exploratória da produção do conhecimento que relaciona a saúde da criança em ambulatório hospitalar merece ser problematizada por todas as áreas do conhecimento em saúde. Ficou evidente o predomínio do modelo biomédico na atenção a saúde da criança nesse ambiente. Dos 75 artigos selecionados na primeira fase, 39 artigos foram categorizados na fase descritivo-analítica do estudo. Das quais emergiram as categorias: Atenção em Saúde Ambulatorial e Educação em Saúde Ambulatorial. A maioria dos estudos foi de enfoque biologicista, centrados em patologias, o que denuncia a prática em saúde vigente neste cenário. Houve poucas citações de pesquisas em que se abordaram estratégias de educação em saúde à criança e família. As iniciativas ficaram restritas as tradicionais consultas médicas. Além de que, poucos estudos se ocuparam em pesquisar a multidisciplinaridade e a inserção e interação de diferentes áreas de conhecimento em ambulatório hospitalar. **Conclusões:** Há uma necessidade dos profissionais da saúde, de romper com a visão fragmentada da criança, com enfoque biologicista. Assim como, a importância de que a enfermagem deixe seu enfoque puramente gerencial e administrativo dos ambulatórios hospitalares, e se coloque de forma ativa na promoção da saúde utilizando e pesquisando diferentes estratégias de educação em saúde a serem implementadas no espaço ambulatorial. Se valendo da postura de defensora da humanização, valorizando a educação em saúde, possibilitando aos familiares/cuidadores o cumprimento de seu papel na proteção da criança. Uma sugestão que se apresenta está direcionada as revistas científicas que publicam os estudos. Seria importante estimular pesquisa na área ambulatorial a partir da perspectiva da promoção da saúde. Talvez pelo caráter preventivo dos serviços de saúde ambulatoriais nas instituições de saúde existam limitados investimentos nesse setor que gera uma imensa produtividade com baixo custo operacional. A atenção em saúde ambulatorial à criança e família deveria ser uma prioridade das políticas públicas de saúde, principalmente por ser uma área estratégica para garantir o pleno crescimento e desenvolvimento da criança.

Descritores: assistência ambulatorial, ambulatório hospitalar, criança, enfermagem.

Referências:

1. FONSECA, L. *Pediatria Ambulatorial*. Rio de Janeiro: MEDBOOK, 2008.
2. GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. *Research in Nursing and Health*, United States of America, v. 10, n. 1, p. 1-11, feb. 1997.
3. MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007.
4. TASCA, M. A. et al. *Cuidado Ambulatorial: Consulta de enfermagem*. Rio de Janeiro: EPUB, 2006.
5. WHITTEMORE, R., KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, London, v. 52, n. 5, p. 546-53, 2005.

6. WONG, D.L. Whaley & Wong Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ATIVIDADES LÚDICAS EM PROL DA SAÚDE DAS CRIANÇAS

Alexandra Barros; Joinete Maria Salvi; Morgana de Andrade Gil; Eveline Franco da Silva; Fátima Helena

Cecchetto

Faculdade Nossa Senhora de Fátima

evelinefranco@yahoo.com.br

Introdução: A função educadora da enfermeira abrange o desenvolvimento de atividades que possibilitem a aderência a hábitos e comportamentos saudáveis. Para exercer tal função é possível cuidar de forma lúdica, buscando estratégias para atender as necessidades da criança no seu processo de crescer e desenvolver. Durante estágio da disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente pôde-se utilizar a ludicidade para cuidar de crianças em situações de vulnerabilidade. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem nas atividades lúdicas de educação para saúde a crianças. **Materiais e Métodos:** Trata-se de um relato de experiência vivenciada nos meses de março e abril de 2009, durante realização de estágio da disciplina de Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente em uma entidade assistencial a crianças e adolescentes de um bairro da periferia de Caxias do Sul. Foram desenvolvidas atividades lúdicas com recortes de revista, jornais, desenhos, realizadas por crianças de 06 a 11 anos de idade. **Resultados:** Inicialmente as acadêmicas conheceram as crianças e a instituição, após foi proposto um cronograma de atividades de acordo com as necessidades das crianças. Então, através de brincadeiras, como recortes e colagens, desenhos, mímicas e dança da cadeira, foram trabalhados os temas: higiene; alimentação, prevenção de acidentes com animais peçonhentos, cuidados com moradia e separação de lixo. **Conclusões:** Evidenciou-se a importância da recreação e ludicidade no processo de desenvolvimento das crianças, bem como a influência do meio ambiente neste processo. As atividades proporcionaram desinibição, socialização e enriquecimento da comunicação, desta forma favorecendo o desenvolvimento e prevenindo agravos à saúde dessas crianças. Neste contexto percebe-se a importante atuação da enfermeira em entidades assistenciais de educação a crianças e adolescentes.

Descritores: Enfermagem; Criança; Jogos e brinquedos.

BRINQUEDO TERAPÊUTICO NAS UNIDADES PEDIÁTRICAS: UMA PROPOSTA DE UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS

Maria Lúcia de Castro Pastro, Nair Regina Ritter Ribeiro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

mlucia_mental@yahoo.com.br

Introdução: A pediatria é repleta de peculiaridades e a mais apaixonante delas, com certeza, é o brincar. Perceber a importância do lúdico é de fundamental importância para trabalhar-se com a criança, pois é através dele que além de divertir-se, ela interage com o mundo e se expressa. O brincar está impregnado nas unidades pediátricas, desde o modo como agem os profissionais até a infra-estrutura das mesmas, enfatizando a preocupação dos hospitais em manter o hábito de brincar e cooperar para um desenvolvimento adequado, amenizando a hospitalização. As brinquedotecas já são realidade nos hospitais, também o brincar está inserido na prática dos profissionais, mas isto não é uma rotina padronizada das unidades pediátricas, é um brincar espontâneo (FRAGA, 2005). O Brinquedo Terapêutico surge como instrumento utilizado para facilitar e amenizar procedimentos realizados durante a internação hospitalar infantil, regulamentado pela resolução N°295/2004 do Conselho Federal de Enfermagem que tem como estratégia a utilização da brincadeira, aproximando o cuidado de enfermagem à realidade infantil (BRASIL, 2004). Mesmo sendo de extrema importância para proporcionar melhor relação entre enfermeiros e crianças hospitalizadas e ainda diminuir o sofrimento destas, o brinquedo terapêutico ainda não é uma realidade na maioria das cidades brasileiras e existem poucos estudos sobre esta temática. As crianças em idade pré-escolar e escolar estão mais suscetíveis ao lúdico devido a fase do desenvolvimento em que se encontram. O sofrimento causado pela hospitalização das mesmas é importante, já que o medo do desconhecido e o egocentrismo são características destas fases. A hospitalização surge, para a criança, como um fator estressante em diversos aspectos. Segundo Ribeiro e Angelo (2005), caracteriza-se em lidar com um corpo doente, com a dor e mal-estar, restrições, separação do cotidiano e de seus entes queridos. Além disso, a criança convive com um mistério não revelado, pois os procedimentos e exames diagnósticos são, neste contexto, um mistério no qual ela não compreende o que acontece com seu corpo que é constantemente manipulado pelas pessoas do hospital. Neste contexto entra em contato com objetos estranhos a seu mundo (estetoscópios, otoscópios, esfigmomanômetros) o que contribui para uma sensação de perda do controle das situações. O comportamento do profissional influencia também o comportamento da criança durante a hospitalização, visto que “A forma como essa experiência é manejada pela equipe hospitalar aliada à incapacidade da criança pré-escolar em lidar com o abstrato [...] fazem com que se apresente à ela de difícil compreensão, portanto misteriosa e aterrorizante” (RIBEIRO; ANGELO, 2005, p. 395) e quanto mais misteriosa e aterrorizante, mais traumatizante e difícil de ser aceita. Biz (2001) ao contextualizar as necessidades da criança portadora de doença crônica, que necessita de múltiplas internações, descreve-a como alguém que não sofre temor, comparada aquela que nunca estivera em um hospital. Isto evidencia o medo do desconhecido e a distorção dos acontecimentos através da imaginação daquele que não experienciou tal evento. O lúdico surge, então, como elemento produtor de vínculo entre enfermeiro e criança e de um

cuidado individualizado e humanizado. Acredita-se que há preocupação com os efeitos do ambiente no desenvolvimento humano, a hospitalização é, sem dúvida, uma dessas preocupações no contexto infantil. Além da mudança ambiental, de casa para o hospital, a criança depara-se com a separação de seus objetos pessoais, amigos e família, perdendo referências, submetendo-se a procedimentos dolorosos (CARVALHO; BEGNIS, 2006). O enfermeiro deve aliviar as tensões da hospitalização infantil através do preparo da criança e de seus familiares para enfrentar procedimentos, reduzindo surpresas e fazendo com que a criança sinta-se apoiada. Caso a preparação não ocorra, a criança pode sentir-se magoada e perder a confiança na equipe de saúde (ZAMO; ALMOARQUEG; SCHENKEL, 1997). No brincar a criança assume papel ativo frente à sua doença, deslocando para o externo seus medos, angústias e problemas. Ele permite que ela resgate seu lado sadio através da recreação e possa viver repetitivamente situações incompreendidas, dolorosas (CECCIM, 1997). Cintra, Silva e Ribeiro (2006) dividem a brincadeira em dois tipos: a recreacional e a terapêutica. A recreacional é aquela na qual a criança obtém prazer, interação e participa de forma espontânea. A terapêutica seria aquela que busca o bem-estar físico e mental em uma situação conflitante, incomum. A brincadeira terapêutica divide-se ainda em: ludoterapia e brinquedo terapêutico. Estas duas subdivisões diferem-se, pois, a primeira, é uma técnica utilizada para facilitar a compreensão dos sentimentos e atitudes da criança em sofrimento psíquico. A segunda é realizada para tranquilizar a criança em situações atípicas para a idade, geralmente ameaçadoras, que necessitam ser resolvidas/elaboradas (CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006). Portanto, estas duas medidas podem e devem estar sendo utilizadas para amenizar o sofrimento de uma internação hospitalar para a criança, porém, o brinquedo terapêutico vai além, sendo “um recurso facilitador da intervenção de enfermagem [...] seu principal objetivo é favorecer ao profissional a compreensão das necessidades da criança” (CINTRA; SILVA; RIBEIRO, 2006 p. 498). Para Ribeiro, Sabatés e Ribeiro (2001) o brinquedo terapêutico possui quatro funções: a primeira é de expressar sentimentos angustiantes; a segunda é de repetir experiências traumáticas através de dramatização para compreendê-las; a terceira é de transformar o ambiente hospitalar em algo parecido com o lar; e a quarta é de devolver o controle da situação vivenciada para a criança. As sessões de Brinquedo terapêutico devem ser realizadas em ambiente tranquilo e com tempo suficiente. Segundo Collet e Oliveira (2002) o ideal é uma duração de 15 a 45 minutos antecedendo os procedimentos. A enfermeira deve incorporar o brincar no plano de cuidados respeitando a fase do desenvolvimento no qual se insere a criança, atentando que nem sempre a faixa etária determina a fase do desenvolvimento da criança. O tempo gasto pelo enfermeiro com a aplicação do brinquedo terapêutico, muitas vezes, não supera aquele gasto com o convencimento da criança em realizá-lo ou com a sua realização sem colaboração da criança. É preciso que o enfermeiro perceba que a hospitalização é, também, uma forma de aprendizado e de desenvolvimento para a criança e que ele é a peça principal desta jornada, contribuindo para a diminuição do sofrimento e para o aprendizado mútuo.

Objetivo: Este trabalho teve por objetivo construir uma proposta de utilização do Brinquedo Terapêutico como estratégia facilitadora para realização de procedimentos de enfermagem em crianças com idade pré-escolar e escolar hospitalizadas. **Metodologia:** Este trabalho se caracteriza como um projeto de desenvolvimento para a construção de uma proposta de utilização do brinquedo terapêutico como estratégia facilitadora para realização de procedimentos de enfermagem em crianças em idade pré-escolar e escolar

amenizando o sofrimento da hospitalização. Projetos de desenvolvimento são precedidos de revisão de literatura e tem por finalidade trazer propostas de modificação da prática profissional através de conhecimentos gerados na pesquisa (GOLDIM, 2000) Este estudo culminou em uma proposta de utilização do brinquedo terapêutico em unidades de pediatria para facilitar a relação enfermeiro pediátrico e crianças em idade pré-escolar e escolar amenizando o sofrimento diante da hospitalização. A pesquisa foi realizada através de busca de publicações na base de dados SciELO, bem como livros e artigos do sistema de bibliotecas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (SABI). Primeiramente foram encontrados 242 artigos com os descritores. Destes, foram selecionados 16 artigos para leitura e 7 para utilização por apresentarem relevância ao estudo. O Brinquedo terapêutico é um instrumento utilizado por enfermeiros para preparar a criança para os procedimentos de enfermagem diminuindo, assim, o sofrimento diante destes.

Resultados: A escolha das fases do desenvolvimento infantil pré-escolar e escolar deve-se ao fato de que estas estão mais suscetíveis ao lúdico e sofrem de maneira peculiar a uma hospitalização. O projeto passou pelas fases de revisão de literatura e seleção de procedimentos de enfermagem para construção de brinquedos adequados para utilização nas sessões de brinquedo terapêutico, finalizando com a proposta de utilização destes nas unidades pediátricas. Neste trabalho, após a revisão dos procedimentos de enfermagem em pediatria foram selecionados os seguintes procedimentos: Administração de medicamentos por via intramuscular, Administração de medicamentos via intravenosa com cateter periférico e Cateterização Urinária de demora. Ao final, foram criados os brinquedos “Montagem de blocos: cenas hospitalares”, “Jogo da vida no hospital”, “Boneco modelo para a administração de medicação Intramuscular (IM)”, “Boneco modelo para a administração de medicação Intravenosa (IV) e ”Boneco modelo para a cateterização urinária de demora” para as fases pré-escolar e escolar. **Considerações:** A implantação desta proposta depende, sem dúvida, do empenho do enfermeiro que trabalha com crianças e do entendimento acerca das temáticas, brinquedo terapêutico e desenvolvimento infantil. Inicialmente podem surgir algumas dificuldades existentes, mas estas podem ser contornadas com conhecimento adequado e dedicação. O brinquedo terapêutico permite que enfermeiro e criança hospitalizada caminhem juntos para um objetivo maior, compreendendo-se e ajudando-se mutuamente. Além disso, é uma grande forma de realizar-se educação em saúde para com as crianças, promover segurança e vínculo.

Descritores: Criança Hospitalizada, Enfermagem Pediátrica, Jogos e Brinquedos.

Referências:

1. BIZ, Adriane Souza. A interação lúdica entre criança e enfermeira: ações e percepções. 2001. 135 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.
2. BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução n. 295/2004, de 24 de outubro de 2004. Dispõe sobre a utilização da técnica do brinquedo/brinquedo terapêutico pelo enfermeiro na assistência à criança hospitalizada, 2004.
3. CARVALHO, Alysson Massote; BEGNIS, Juliana Giosa. Brincar em unidades pediátricas. Psicologia em estudo, Maringá, v.11, n. 1, p. 109-117, 2006.
4. CECCIM, Ricardo Burg. Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.
5. CINTRA, Sílvia Maira Pereira; SILVA, Conceição Vieira da; RIBEIRO, Circéia Amália. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no Estado de São Paulo. Rev. bras. enferm. , Brasília, v. 59, n. 4, p. 497-501, 2006.

6. COLLET, Neusa; OLIVEIRA, Beatriz Rosana G. Manual de Enfermagem em Pediatria. Goiânia: ABDR, 2002.
7. FRAGA, Daiane Diedrich. O brinquedo Terapêutico no cuidado à criança com fibrose cística: o significado para o enfermeiro. 2005. 62 f. Trabalho de conclusão do curso de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
8. GOLDIM, José Roberto. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. 2. ed. rev. ampl. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 179 p.
9. RIBEIRO, Patrícia de Jesus; SABATÉS, Ana Llonch; RIBEIRO, Circéa Amália. Utilização do Brinquedo terapêutico como um instrumento de intervenção de enfermagem no preparo de crianças submetidas a coleta de sangue. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 420-428, 2001.
10. RIBEIRO, Circéa Amália; ANGELO, Margareth. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 391-400, 2005.
11. ZAMO, Clair da Graça de Souza; ALMOARQUEG, Sheila Rovinski e SCHENKEL; Simone Schramm. O cuidado: terapia de enfermagem na pediatria. In: CECCIM, Ricardo Burg; CARVALHO, Paulo R. Antonacci. Criança Hospitalizada: atenção integral como escuta à vida. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1997.

CARDIOPATIAS CONGÊNITAS E A ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES

Eliese Denardi César, Luciane Stanislawski de Souza, Roberta Mota Holzschuh, Eliane Tatsch
Neves

Universidade Federal de Santa Maria

eliese_denardi@yahoo.com.br

O nascimento de uma criança revela um momento de muita expectativa, ansiedade para a família do recém nascido, pois se traduz na materialização de vários meses ou até anos de sonhos e preparativos a espera de um bebê saudável. Quando estes familiares se deparam com o diagnóstico de alguma má formação congênita relacionado a um órgão, todo esse processo sofre uma ruptura devido a uma incerteza do crescimento e desenvolvimento normais dessa criança. Dentre os órgãos afetados pelas más formações, o coração é o que causa mais medo, apreensão e impotência nos familiares, uma vez que este é considerado o mais vital do corpo pela sociedade. As patologias que acometem o coração são denominadas de cardiopatias. Estas podem ser classificadas em congênitas ou adquiridas, sendo destacadas, neste estudo, as cardiopatias congênitas. Em virtude da necessidade de rapidez tanto nas condutas médicas, como nos cuidados de enfermagem prestados a criança com cardiopatia congênita, tão logo se suspeite do diagnóstico de defeito cardíaco congênito, bem como de uma assistência de enfermagem qualificada, surgiu o interesse em analisar o conteúdo das publicações nos periódicos de enfermagem sobre cardiopatias congênitas, sendo este o objetivo desse trabalho. Para alcançar o objetivo proposto, executou-se uma revisão de literatura por meio de um levantamento das pesquisas publicadas nas revistas indexadas nas bases de dados Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de 2003 a 2007. Foram utilizadas terminologias incluídas nos Descritores de Saúde (DECS), sendo selecionadas como palavras chaves cardiopatias congênitas e enfermagem. Primeiramente foram encontrados onze (11) artigos, dos quais apenas seis foram utilizados na pesquisa, por estarem disponíveis na íntegra online. Sendo que um (1) publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, dois (2) na Revista Escola

de Enfermagem USP, um (1) na Acta Paulista de Enfermagem, um (1) na Revista Investigacion y Educacion en Enfermeria e um (1) no [Online brazilian journal of nursing](#). A análise e interpretações das informações foram feitas por meio da Análise Temática de Minayo (2000), visando descobrir os núcleos de sentidos das publicações. Das publicações analisadas e interpretadas emergiram os temas relacionados com: diagnóstico de enfermagem em cardiopatia congênita, cuidados de enfermagem a criança cardiopata e o significado de ser mãe/família de uma criança portadora de cardiopatia. A prática de enfermagem junto a crianças portadoras de cardiopatia congênita internadas em unidade pediátrica apresenta respostas singulares, que necessitam ser trabalhadas com intervenções de enfermagem de forma sistematizada. Os artigos analisados apontam diversos diagnósticos de enfermagem relacionados a crianças com cardiopatias congênitas internadas em unidades clínicas e de recuperação pós-cirúrgica. Dentre os diagnósticos mais citados estão: padrão respiratório ineficaz, intolerância a atividades, desobstrução ineficaz das vias aéreas, padrão de sono perturbado e risco para intolerância a atividades. Esses estão associados evolução do quadro clínico da criança durante o período de internação. De acordo com os dados encontrados e segundo análise dos autores, eles concluíram que a ocorrência conjunta dos diagnósticos aumenta as chances de desenvolvimento de múltiplas respostas humanas. Destacam-se as associações entre os diagnósticos Troca de gases prejudicada, Padrão respiratório ineficaz, Perfusão tissular ineficaz, Débito cardíaco diminuído e Desobstrução ineficaz das vias aéreas. O incremento das chances de ocorrência concomitante destes diagnósticos confirma o alto comprometimento cardiorrespiratório provocado pela doença congênita de base. Em relação aos cuidados de enfermagem a criança cardiopata, a interpretação dos conteúdos manifestados nos remete deduzir que “Os cuidados de enfermagem prestados a uma criança com cardiopatia congênita devem ser estabelecidos e executados tão logo se suspeite do diagnóstico de defeito cardíaco congênito (Silva, 2006)”. No artigo analisado que tratava da remoção aeromédica de crianças cardiopatas, os cuidados mais freqüentes foram a obtenção do acesso venoso, a monitoração de freqüência cardíaca e respiratória, a verificação da temperatura, a monitorização da perfusão periférica, a avaliação da saturação de oxigênio e a administração de medicamentos. Visto que o ambiente aéreo é mais limitado, pois sofre influências de turbulências, falta de luminosidade, principalmente à noite e vibrações, diferentemente do ambiente hospitalar, o que exige um nível de conhecimento mais complexo sobre os procedimentos e intercorrências, durante o voo. A atuação do enfermeiro pediátrico frente ao cuidado integrado a sistematizado no pós-operatório de um recém-nascido na correção de transposição das grandes artérias (TGA) foi abordado por um dos artigos. Salientando que o tratamento cirúrgico destas crianças depende de uma gama de fatores e procedimentos realizados, desde a confirmação diagnóstica, técnica operatória, até o suporte pós-operatório. Para esse cuidado são necessários profissionais de enfermagem treinados, que possibilitem o pleno restabelecimento da criança. Os cuidados de enfermagem no pós-operatório de TGA abordados foram a manutenção do suporte ventilatório mecânico com a aspiração do tubo orotraqueal (TOT) e vias aéreas superiores (VAS), mínimo manuseio, acompanhamento de drenagem através dos drenos pleural e mediastinal, acompanhamento do débito urinário, manutenção do cateter venoso central, monitorização da pressão arterial e média (PAM), monitorização da pressão venosa central (PVC), acompanhamento de temperatura corporal, manutenção da sonda nasogástrica em sifonagem, proteção da incisão cirúrgica, monitorização de oxímetria de pulso e ritmo

cardíaco, proteção de fios de marcapasso e controle laboratorial. Esses cuidados se justificam pelas alterações na ventilação-perfusão, instabilidade hemodinâmica, risco de infecção e de sangramento pós-operatório, insuficiência renal, risco de acúmulo de secreção gástrica e/ou líquido de estase, risco de edema cardíaco após a cirurgia e variações da frequência e do ritmo cardíaco. Outro tema abordado nos artigos analisados se referem a maneira como o diagnóstico de cardiopatia congênita na criança repercute na mãe e na família, como também nas situações de intervenção cirúrgica. A doença gera ansiedades e tem repercussão na vida da criança e de seus familiares, isso se reflete na superproteção e cuidados exagerados, tentando compensar de uma forma seu sofrimento. Constatou-se que os sentimentos vivenciados pela mãe, se iniciam no momento em que toma conhecimento do diagnóstico do filho e sente sua gravidade. Passado o primeiro impacto do diagnóstico, é preciso conviver com o filho na situação de doença, sendo que os sintomas que a criança apresenta lhes causam medo e indecisão, mas é na fé que as mães buscam a força e a coragem para lutar no dia a dia e superar a dor que sentem por vivenciar a cardiopatia do filho. Um dos artigos analisados abordou os sentimentos vivenciados pela família com a iminência do filho sofrer uma cirurgia cardíaca, sentimentos estes relacionados ao mesmo tempo em conviver com a esperança de cura e a possibilidade de morte da criança. Outra experiência marcante neste momento é a internação desta criança na UTI pediátrica, esta marca de duas maneiras a família envolvida, primeiramente, temos a ruptura com o convívio da família com a criança e em segundo, a vivência de ter a possibilidade de perda desta. Há ainda, o significado vivido pela família da criança que sofre uma cirurgia cardíaca. De acordo com um autor, este momento é caracterizado por um movimento de sentimentos, pensamentos e ações da família, especialmente da mãe, que é quem geralmente acompanha a criança durante o processo da doença, incluindo o momento da cirurgia. Decidir pela cirurgia implica toda uma movimentação e envolvimento familiar no sentido de oferecer o melhor tratamento para salvar a vida da criança. De acordo com o mesmo autor é a mãe quem permanece tomando conta para ver se o filho está sendo bem cuidado. Observa como é recebido e acompanha os procedimentos, mesmo sendo difícil vê-lo sofrendo. Praticamente fica morando no hospital, não dispondo do conforto de sua casa. Diante do exposto, os artigos analisados permitiram inferir que algumas publicações na área de enfermagem sobre cardiopatias congênitas referem-se a diagnósticos no pós-operatório de crianças submetidas à cirurgia cardíaca quanto àquelas que se encontram internadas em unidades pediátricas, sendo que estes orientam as intervenções de enfermagem na escolha de ações mais adequadas possibilitando um melhor prognóstico. Evidenciou-se que essas intervenções são baseadas na descompensação do quadro fisiológico da criança cardiopata o que leva os profissionais a uma maior aplicação de procedimentos técnicos em detrimento das necessidades psicológicas da criança e de sua família. Outras publicações fizeram alusão aos cuidados de enfermagem que também remetem à técnica e as condições clínicas da criança, ou seja, as ações são direcionadas a patologia em questão. Tão importante quanto tratar desses aspectos, é também indispensável destinar atenção ao quadro emocional da criança e da família e direcionar os cuidados para essa questão associando-os aos procedimentos técnicos e curativos, visto que o familiar e a criança encontram-se nesse momento da vida abalados, necessitando de suporte afetivo. A enfermagem pode e deve se apoderar desse aspecto, pois isso pode tornar a terapêutica mais efetiva e suas ações voltadas para a integralidade e humanização. Acredita-se que o primeiro passo para se

obter o cuidado integral e humanizado já foi dado, algumas pesquisas analisaram qual o significado de ser mãe de um filho portador de cardiopatia e também os sentimentos vivenciados pela família no prognóstico da doença. O próximo passo é fazer uso destas informações para que proporcionem mudanças do fazer e agir em enfermagem.

Descritores: enfermagem, cardiopatias congênitas, criança.

Referências:

1. BATISTA, J. F. C.; SILVA, A. C. S. S da; AZEREDO, A. N de; Moura, S. M.; Mattos, V. Z de. A enfermagem no cuidado integrado ao recém-nascido com cardiopatia congênita cianótica - relato de caso. *Online braz. j. nurs. (Online)*, 2005.
2. GENTIL, R. C.; REIS, M. C. F. dos.; SAIKI, J.; SMAZIMA, C. M. H. Perfil de crianças com cardiopatia congênita que utilizaram o serviço de remoção aeromédica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2003.
3. JACOBI, Y.; BOUSSOLL R. S. Validação de um modelo teórico usado no cuidado da família que tem um filho com cardiopatia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006.
4. MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7 ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 2000.
5. RIBEIRO, C.; MADEIRA, A. M. F. O significado de ser mãe de um filho portador de cardiopatia: um estudo fenomenológico. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 2006.
6. SILVA, V.M. da. ARAÚJO, T.L. de. LOPES, M.V.O. A evolução dos diagnósticos de enfermagem de crianças com cardiopatias congênitas. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2006.
7. SILVA, V. M. da.; LOPES, M. V. de O., ARAÚJO, T. L. de. Razão de chance para diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatia congênita. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*. 2007.

CONCEITO DE VULNERABILIDADE NO CUIDADO A SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA: REFLETINDO ACERCA DA LITERATURA

Grassele Denardini Facin Diefenbach, Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso, Maria da Graça Corso da Motta, Rafaela Bramatti S. R. Oliveira

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

grassele@hotmail.com

Introdução: Vários são os fatores de vulnerabilidade que afetam o ambiente onde a criança e sua família estão inseridas. As vulnerabilidades das crianças transcendem a sua etapa evolutiva, entretanto estão vinculadas as práticas sociais (SIERRA; MESQUITA, 2006). O conceito de vulnerabilidade é operacionalizado por meio da divisão em vulnerabilidade social, individual e programática, proposto por Ayres (1996). Portanto, para compreender o conceito de vulnerabilidade e suas implicações no processo de cuidar à saúde da criança e família requer o levantamento de sua história de vida, por meio de uma observação direta nos diferentes cenários tais como serviços de saúde e no ambiente familiar (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007). **Objetivo:** Este estudo tem por objetivo refletir acerca do conceito de vulnerabilidade e suas implicações no cuidado a saúde da criança e família, tendo por base a literatura sobre esta temática. **Metodologia:** Reflexão Teórica embasada em literatura científica de periódicos, bases de dados e livros. **Resultados:** O conceito de vulnerabilidade pode ser entendido como um convite para inovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, segundo Sánchez e Bertolozzi (2006). Desta forma propõe-se um cuidado a saúde da criança e sua família, a partir de alguns princípios que devem ser

considerados como: ampliando o olhar sobre a família no seu movimento, sua vulnerabilidade, fragilidade, valorizando a escuta e reconhecendo sua heterogeneidade (FIGUEIREDO; MELLO, 2007). **Conclusão:** A partir da compreensão do conceito de vulnerabilidade em suas múltiplas dimensões, é possível avaliar, organizar e implementar o cuidado a saúde da criança e família, levando em consideração os níveis de prevenção. Para tanto é relevante que os profissionais de saúde visualizem a família como uma unidade de cuidado e saúde.

Descritores: Enfermagem pediátrica, Vulnerabilidade, Família, Criança.

Referências:

1. AYRES, J. R. C. M. Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas. HIV/AIDS e abuso de drogas entre adolescentes. São Paulo: Fac. de Medicina da USP, 1996.
2. FIGUEIREDO. G.L.A; MELLO, D.F. Atenção á saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto.v.15.nº6.nov/dez 2007.
3. MARIA-MENGEL, M.R.S; LINHARES, M.B.M. Fatores de Risco para problemas de desenvolvimento infantil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto,v.15.set/out. 2007
4. SÁNCHEZ, A.I.M, BERTOLOZZI, M.R. Pode o Conceito de Vulnerabilidade Apoiar a Construção do Conhecimento em Saúde Coletiva?n.2. Rio de Janeiro,. 2007. p.319-324
5. SIERRA.V.M; MESQUITA. W.A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. São Paulo em Perspectiva, São Paulo, Fundação Seade, v.20, n.1,p.148-155, jan/mar 2006.

ESTUDO DE CASO SOBRE GASTROSKUISE

Luciele Pereira da Silva

Sociedade Educacional Três de Maio

lu.luciele@gmail.com

O estudo tem como objetivo a aplicação do processo de enfermagem, caracterizado como um instrumento teórico-prático utilizado na melhoria das ações de enfermagem, visando identificar e evidenciar o atendimento a um recém-nascido portador de gastrosquise, sua capacidade funcional, bem como sistematizar a assistência de enfermagem. A gastrosquise é caracterizada por defeito de fechamento da parede abdominal anterior fetal, para-umbilical, com evisceração dos órgãos abdominais. A prevalência relatada na literatura é de um a cada 4.000 nascidos vivos. É um evento esporádico, com etiologia multifatorial. Nenhum agente exógeno é referido como fator causal. O tratamento desses casos é cirúrgico. Quando não é possível fazer a redução total dos intestinos com o fechamento da parede, é necessário construir um silo sintético, que funciona como uma extensão da cavidade abdominal. Depois, é preciso reduzir periodicamente e gradativamente este silo, até a retirada da tela e o fechamento da cavidade abdominal. O método utilizado para a composição desta pesquisa foi de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, por meio de uma revisão da literatura sobre a patologia, quando, pesquisou-se as manifestações clínicas, fatores de risco e possíveis tratamentos, visto que, a partir dos dados empíricos e teóricos, foi possível realizar a prescrição de enfermagem baseada no processo de enfermagem, contribuindo para maior conhecimento as vivências acadêmicas e na qualidade do atendimento prestado aos pacientes acometidos por esta patologia. Em todo esse processo, o enfermeiro possui um papel fundamental dentro da equipe multiprofissional, sendo

responsável por grande parte do preparo dos pais, além de atuar diretamente na assistência ao recém-nascido. Portanto, é imprescindível que adquira conhecimentos e habilidades específicas que o embasem para prestar tal assistência. Desse modo, estudos e propostas devem prosseguir com o intuito de qualificar e subsidiar a prática de enfermagem.

Descritores: Processos de enfermagem; Assistência de enfermagem; Gastroquise.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM FRENTE À CRIANÇA HOSPITALIZADA COM AIDS

Helissa Scheineider Castro, Tauana Figueiredo, Dulcilene Ramos, Thalise Sayago, Hilda Maria Freitas de Medeiros, Claudia Maria Garlet Diaz, Claudia Zamberlan
Centro Universitário Franciscano
helissa_s@yahoo.com.br

Introdução: De 1980 a junho de 2008, foram identificados um total de 506.499 casos de AIDS no Brasil. Considerando as regiões do país, entre 1980 e junho de 2008, houve 18.155 casos identificados na Região Norte (4%), 58.348 na Nordeste (12%), 305.725 na Região Sudeste (60%), 95.552 na Região Sul (19%) e 28.719 na Centro-Oeste (6%). De 1980 até junho de 2008 foram identificados 333.485 casos de AIDS no sexo masculino e 172.995 no sexo feminino (BRASIL, 2008). Nesta realidade epidemiológica está inserida a criança com AIDS. A infância constitui-se uma etapa na formação do ser humano, representa o momento em que a criança descobre a si mesma e o mundo no qual está inserida, vivenciando possibilidades e limitações, até então desconhecidas. Além disso, criança é um ser no mundo em processo de crescimento e desenvolvimento tanto nos aspectos físico, cognitivo, emocional, psicológico e afetivo. Com o surgimento da doença na vida desta e de sua família, conseqüentemente a desestruturação e o desequilíbrio, aparecem aflorando sentimentos jamais vivenciados. Com a necessidade de internação a criança sofre varias alterações, que advém do ingresso em outro mundo, o hospitalar, com rotinas e normas próprias, procedimentos e técnicas que causam dor e desconforto. O cenário do hospital representa à criança um afastamento de seu cotidiano, dos familiares, da escola, dos indivíduos e objetos de seu conhecimento, despertando experiências como a dor, o sofrimento e o estranhamento. A doença revela-se, na vida da criança que experiencia, como um momento de modificações no seu existir, relaciona-se com as perdas, as limitações, as impossibilidades. Neste contexto, Motta (1998, p. 57) enfatiza que o estar doente representa um “episódio na vida do ser que provoca a ruptura de seus referenciais, desequilibra seu mundo, o mundo da família, seu cotidiano, forçando-a a adaptar-se à nova realidade ao ingressar em outro mundo, o mundo do hospital, constituído de elementos diferentes da vida cotidiana”. Dentre as doenças crônicas recorrentes na infância, a AIDS Pediátrica vem ocupando um lugar significativo e preocupante a esta clientela (DELLA NEGRA et al., 1997). A epidemia da infecção pelo HIV, surgida no início da década de 80 nos homossexuais masculinos especialmente, disseminou rapidamente no contingente feminino da população atingindo as crianças. A AIDS como doença crônica que acomete o mundo da vida da criança representa

uma ameaça a sua existencialidade, assim como as demais patologias, pois desorganiza e desestrutura o cotidiano, e as relações como ser saudável. A doença crônica desvela-se como uma maneira de ser e de existir, é uma condição existencial que o ser passa a revelar em seu modo de viver, de relacionar-se consigo e de mostrar-se no face-a-face com o outro (SCHAURICH; PADOIN, 2008). Desta forma, por se entender os muitos desafios e implicações que esta epidemia revela à sociedade, percebe-se, a necessidade de um cuidado fundamentado em pressupostos éticos, solidários e humanísticos possibilitando à criança um crescimento e desenvolvimento saudável, com oportunidade de estar melhor no mundo da vida ao experienciar a cronicidade desta doença. Neste cenário, a equipe de enfermagem precisa tornar o mais agradável possível a estadia da criança no hospital. Para que o tratamento tenha êxito, num período menor de internação, é importante o estabelecimento de vínculo e confiança da criança com o profissional. Atitudes sinceras e verdadeiras, vendo a criança como um indivíduo que têm direitos e deveres, com certeza são fundamentais para o sucesso. **Objetivo:** Refletir sobre a importância do cuidado da equipe de enfermagem durante a hospitalização da criança com AIDS. **Metodologia:** Este estudo reflexivo faz parte das atividades teórico-práticas da disciplina de Enfermagem Pediátrica do curso de enfermagem do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA, desenvolvidas no primeiro semestre de 2008. **Resultados:** A infecção por HIV em crianças, hoje revela um problema de saúde pública. A transmissão perinatal mesmo com as campanhas para a realização do pré-natal, onde as mães soropositivas são orientadas para o tratamento profilático com o AZT antes e durante o parto e para o recém nascido após o parto, ainda continua alarmante o crescimento nesta clientela. A AIDS por ser uma doença crônica e grave, necessita de manejo clínico precoce e permanente. Medeiros e Motta (2007) relatam que a doença crônica é caracterizada como aquela que possui curso longo, podendo ser incurável, causar seqüelas, impõe limitações e requer adaptação. Na maioria das vezes, exige de ambas, família e criança, adaptações e mudanças de comportamento. Della Negra (1997) revela a importância de um hospital-dia para o tratamento profilático, manutenção de medicamentos para reduzir o tempo de internação e tratamento de algumas infecções de menor gravidade que não exijam hospitalização, além da coleta de alguns exames como sangue, fezes, urina e escarro. As vantagens que o hospital-dia pode trazer são inúmeras como a diminuição do período e o número de internações, atenuando possíveis transtornos psicológicos e auxiliando no tratamento, aproximando cada vez mais a equipe de cuidadores com a criança. Medeiros e Motta (2007) destacam que a criança com AIDS precisa de acompanhamento médico constante, visto que convivem com uma doença crônica, sendo que algumas necessitam usar medicamentos diariamente. Para elas a hospitalização e a separação constituem uma crise na vida da criança, representa uma mudança no estado habitual de saúde e da sua rotina ambiental, considerando que seus mecanismos para enfrentar e superar experiências estressantes ainda são limitados. Na evolução da doença conforme Della Negra et al. (1997) o grau de imunodeficiência das crianças com AIDS apresenta intercorrências sucessivas, necessitando a internação hospitalar na maioria dos casos. A internação da criança deve ser baseada na gravidade do quadro, nas condições socioeconômicas e da compreensão familiar, além da investigação clínica. A internação deve acontecer quando a criança precisa realizar exames para o diagnóstico de estadiamento da doença, ou tratamento de doenças oportunistas que não pode ser realizado em domicílio. É importante enfatizar que a internação deve ser breve, para evitar traumas à criança, por isso, a necessidade de

suporte psicológico e lúdico, aliados à equipe médica e de enfermagem. Medeiros e Motta (2007) explicitam que a criança que vive com AIDS difere-se das outras crianças no sentido de que a doença faz parte do seu existir, de seu mundo. Que a criança quando doente tem seu viver alterado, seus hábitos e cuidados modificados, torna-se triste, sem vontade de ver e participar do mundo e tem por isso a necessidade de atenção e carinho para conseguir sanar as dúvidas e anseios que está vivenciando. Desta forma, compete a equipe de enfermagem interagir com a criança hospitalizada e conquistá-la, para que se sinta segura e integrada ao ambiente hospitalar, confiando na equipe que está prestando-lhe os cuidados e consequentemente possa desenvolver uma melhora significativa em um menor espaço de tempo. **Conclusão:** As reflexões apresentadas neste estudo têm sua gênese na prática vivida e experienciada pelos cuidadores em Enfermagem à criança com AIDS hospitalizada. As percepções reveladas apresentam o olhar da equipe de enfermagem, a qual percebe as possibilidades de vir-a-ser e as limitações desse ser em formação. A atenção que deve ser dispensada à criança no seu período de internação é fundamental, para que esta se sinta segura e com coragem de enfrentar o processo de doença nos seus primeiros anos de vida. Para que haja sucesso nas intervenções, é preciso que saibamos conquistar a confiança da criança, auxiliando a família no cuidado durante a permanência no hospital. Para tal, destacam-se a relevância da equipe de enfermagem ser comprometida e todos os cuidadores realizarem um cuidado voltado as necessidades de cada criança, para que possa ser oferecido à criança e sua família o máximo de conforto e segurança durante o período de internação.

Descritores: Enfermagem; Criança; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. AIDS Boletim Epidemiológico. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: abril 2009.
2. DELLA NEGRA, Marinella et. al. Manejo clínico de Aids pediátrica. São Paulo. Editora Atheneu, 1997.
3. MEDEIROS, Hilda Maria Freitas; MOTTA, Maria da Graça C. Repercussões de viver em casa de apoio para a criança com Aids. As crianças e adolescentes com HIB/Aids: Cuidadores e Cuidados. Cap. 14. In: PAULA, Cristiane; PADOIN, Stela Maris; SHAURICH, Diego. AIDS: O que ainda há para ser dito? Editora UFSM. Santa Maria. 2007, p. 255-268.
4. MOTTA, Maria Graça Corso da. O Ser Doente no Tríplex Mundo da Criança, Família e Hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais. Florianópolis: UFSC/Centro de Ciências da Saúde; 1998.
5. SCHAURICH, Diego; PADOIN, Stela Maris de Mello. Ser mulher cuidadora de criança com AIDS: compreensões existenciais à luz da filosofia de Buber. Texto contexto-enferm. vol.17 no.3 Florianópolis July/Sept. 2008. Disponível em: www.scielo.org. Acesso em: abril 2009.

O TRABALHO COM FAMÍLIAS: UMA ESTRATÉGIA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Elizabete Clemente de Lima, Josiane Dalle Mulle, Mirna Guites Hillig, Simone Schramm Schenkel, Vânia Teresinha Viegas Latuada, Vivian Raquel Krauspenhar Hoffmann
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
sschenkel@hcpa.ufrgs.br

Introdução: a internação hospitalar é um momento crítico na vida da criança e sua família, gerando uma série de sentimentos contraditórios. A situação de doença, afastamento do cotidiano familiar, escolar, social, a dor física e emocional, exames desconhecidos, terminologias e diagnósticos incompreensíveis, internações prolongadas, necessidade de reinternações são alguns dos fatores que somados tendem a elevar o estresse e o sofrimento da criança e sua família. Para Ribeiro (2001, p. 177), “a hospitalização de uma criança é percebida, como ameaça. Para a família, a representação simbólica da hospitalização é de perigo e risco de vida para o filho [...]. Os sentimentos e os comportamentos da família estão baseados na idéia prévia de hospital [...], com símbolos e significados construídos ao longo de sua historia na vivencia social e familiar”. Delaney citado por Nitschke (1999, p. 41) conceitua família como: “[...] um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se considerem uma família, as quais dividem uma historia, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos e um alto grau de intimidade. E mais, a família seria dois ou mais indivíduos, cada um com suas qualidades singulares que, interagindo, forma um todo que é diferente e maior que a soma de seus membros [...]”. A criança depende dos cuidados da família no que se refere ao atendimento de suas necessidades humanas básicas onde laços afetivos, são fundamentais para que possa crescer e desenvolver-se adequadamente. A família age como mediadora e facilitadora da adaptação da criança ao hospital, desvelando o contexto ao qual estão inseridos, seus hábitos, costumes e funcionamento frente à doença. Portanto, torna-se fundamental a permanência dos familiares junto à criança e ao adolescente em tempo integral, durante a hospitalização, possibilitando desta forma o acompanhamento e o envolvimento destes no projeto terapêutico (COLLET, 2002). As famílias que vivenciam junto a seus filhos o impacto das doenças crônicas, especialmente as de prognóstico reservado ou quando problemas psicossociais compõem este contexto, sentem-se frequentemente enfraquecidas em seus esforços de enfrentar a doença ou de conviver com ela. Isto remete para importância de valorizar as famílias em suas competências e potencializar desta forma as suas forças, o que lhes propicia uma nova dimensão de si mesmas (WRIGHT; LEAHEY, 2002). Frente a estas demandas de necessidades geradas no cuidado à família da criança hospitalizada torna-se fundamental o trabalho em equipe interdisciplinar e o desenvolvimento de atividades que auxiliem nestes desafios. O enfrentamento da situação da doença é facilitado pela permanência da família na internação pediátrica, o que permite um acompanhamento e suporte da equipe, que, na troca de experiência e vivências, auxilia na manutenção de um ambiente calmo e humanizado para o tratamento e cuidado da criança. Esta convivência com a equipe multidisciplinar gera um aprendizado durante a internação, que também poderá servir de auxílio a família após a alta, no domicílio (JACOBI *et al.*, 2003). O Programa de Apoio a Família (PAF) tem a intenção de contribuir no acompanhamento e capacitação da família no cuidado a seus filhos, no processo de enfrentamento das situações de dor e dificuldade representadas pela doença e hospitalização

(ISSI *et al.*, 2007). Fundamenta-se na filosofia de atenção integral a família da criança hospitalizada, procurando zelar pelos princípios emanados da Declaração dos Direitos da Criança e Adolescentes Hospitalizados, do Sistema de Permanência Conjunta Pais/Filhos e nas diretrizes da atual Política Nacional de Humanização. **Objetivo:** relatar a experiência do cuidado de enfermagem às famílias de crianças hospitalizadas, através do Programa de Apoio a Família (PAF). Desenvolvimento das atividades: o PAF é desenvolvido por enfermeiras do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do HCPA, as quais realizam atendimento individual ou em grupos para os familiares das crianças internadas, trabalhando de forma interdisciplinar com diversas equipes de saúde. Este Serviço é composto por duas unidades abertas que atendem crianças de 29 dias de vida a 14 anos incompletos e suas famílias. Internam pacientes com disfunções agudas e crônicas necessitando de cuidados integrais abrangendo especialidades clínicas, cirúrgicas e outras como genética, neurologia, pneumologia, gastroenterologia e psiquiatria. O serviço conta com uma unidade de cuidados semi-intensivos para atendimento a crianças de dois meses a 18 anos de idade em situação de doença hemato-oncológica e pacientes pediátricos com indicação de Transplante de Medula Óssea Autogênico, incluindo suas famílias. A unidade de terapia intensiva presta atendimento a crianças de 28 dias de vida a 18 anos de idade. Tem por objetivo assistir pacientes que apresentam risco iminente de morte, mas que tem possibilidade de recuperação e que requerem observação contínua e integral nas 24 horas do dia. As ações das enfermeiras priorizam o atendimento singular as famílias conforme avaliação fundamentada em níveis de risco mediante a identificação de fatores que envolvam a integridade física, moral e emocional da criança/família. O PAF é um sistema integrado por vários subprogramas: Programa de Atendimento às Famílias das Crianças com Doenças Hemato-oncológicas, com os seguintes enfoques: Atendimento às Famílias de Crianças com Diagnóstico Recente de Doença Hemato-oncológica; Atendimento às Famílias de Crianças Vivenciando a Terminalidade e Cuidados Paliativos; Programa de Orientação às Famílias de Crianças submetidas ao Transplante de Medula Óssea; Programa de Atenção às Famílias de Crianças Dependentes de Tecnologia; Programa de Atenção às Famílias de Crianças com Internação Recente na Unidade de Terapia Intensiva. Programa de Alta Hospitalar para o Domicílio das Crianças Dependentes de Ventilação Mecânica. Programa de Atendimento Individual às Famílias e Crianças em Situação de Risco. Apresenta interface com outros programas e atividades desenvolvidas por equipe interdisciplinar: Programa de Proteção à Criança que presta assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência doméstica e a seus familiares; Programa para Defesa dos direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados que se caracteriza como um fórum permanente de discussão e reflexão sobre o processo do cuidado na pediatria, buscando defender o paciente e sua família de maus tratos institucionais; Grupo de Familiares que constitui um importante recurso na medida em que possibilita espaços e momentos específicos para que a família possa compartilhar vivências, sentimentos e experiências de aprendizado. **Resultados:** no ano de 2008, tivemos um total de 946 famílias de crianças internadas assistidas pelo PAF, apresentando uma média de 79 atendimentos ao mês. Neste mesmo período, o número de atendimentos a familiares totalizou 1097, resultando em uma média de 91 atendimentos mensais, considerando as especificidades das famílias incluídas nos graus de vulnerabilidade e momentos existenciais peculiares e que são priorizados para atendimento nas modalidades indicadas. Em virtude da grande demanda, gerada pela

complexidade do cuidado à família da criança hospitalizada, o grupo de enfermeiros que compõe o PAF constatou a necessidade de instrumentalização científica para suas ações. Para tanto, no decorrer de 2008 ocorreu à primeira capacitação das enfermeiras do PAF para o trabalho com famílias através do estudo sistemático do Modelo Calgary de avaliação da família, de acordo com Wright e Leahey (2002).

Considerações finais: O PAF vem ao longo dos anos aprimorando-se e adequando-se às necessidades das famílias assistidas, assim como da equipe de enfermagem. Ações desenvolvidas como a capacitação dos enfermeiros do PAF e da equipe de enfermagem colabora para o crescimento e fortalecimento da equipe que em sua prática peculiar constrói e gera junto às famílias assistidas, novos saberes. Buscando qualificar o cuidado prestado a essas famílias, almeja-se em 2009 estender a área de conhecimento capacitando a equipe de enfermeiras do SEPED para as orientações prestadas pelo PAF, bem como informar a equipe de auxiliares e técnicos quanto ao trabalho desenvolvido a fim de uniformizar a linguagem utilizada. É de total importância sensibilizar a equipe para o ensino e apoio a essa criança/familiar que vive situações de crises e incertezas. O apoio e a atenção integral à criança e sua família realizado pelo PAF e seu sistema integrado por subprogramas conquistou seu espaço e hoje faz parte da essência do cuidado nas unidades pediátricas onde é realizado. Firmou-se como programa e demonstra que além de necessário é possível e enriquecedor trabalhar com famílias. Não poderíamos encerrar sem ressaltar o quão gratificante é realizar este trabalho, construindo nas ações do dia a dia o verdadeiro comprometimento do cuidado, respeitando as singularidades de cada família, qualificando o atendimento, bem como fundamentando o trabalho do enfermeiro.

Descritores: Pediatria. Cuidados de enfermagem. Família.

Referências:

1. JACOBY, A. M. et al. A Enfermagem Pediátrica e o Programa de Apoio à Família: ressignificando a prática do cuidado à família da criança hospitalizada. In: Revista do Departamento de Enfermagem – UEM, V. 2: Ciência, cuidado e saúde. P. 138-139. Maringá: UEM/DEN, 2003.
2. RIBEIRO, Nair Regina Ritter. Famílias vivenciando o risco de vida do filho. Florianópolis: UFSC, 2001.
3. NITSCHKE, R. G. Mundo Imaginal do Ser Família Saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Gráfica Universitária – UFPel. Série Teses em Enfermagem, n. 22, 1999, p.41, 189 p.
4. COLLET, N. Manual de Enfermagem em Pediatria. Goiânia: Ed. AB, 2002.
5. WRIGHT, L. M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e Famílias: um guia para avaliação e intervenção na família. 3 ed. São Paulo: Roca Editora, 2002.
6. ISSI, H. B. et al. Em Foco à Família: a construção de uma trajetória da enfermagem pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. In: Revista HCPA, 2007, 27(2):39-42.

OBSERVAÇÃO E PERCEÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO MANEJO DA DOR DO RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Denise Fátima Schmitt, Grassele Diefenbach, Jéssica Adriane da Silva Zielinski, Maria da Graça Corso da Motta, Rafaela Bramatti Silva Razini Oliveira

FAG

grassele@hotmail.com

O recém-nascido (RN) na UTI neonatal (UTI neo) passa por diversos procedimentos e intervenções que causam dor. A dor no recém-nascido pode ocasionar repercussões orgânicas e emocionais manifestadas por alterações comportamentais e fisiológicas. Este estudo teve por objetivo descrever a percepção da equipe de enfermagem quanto ao manuseio com o recém-nascido (RN) e avaliar quantas vezes este é manipulado num período de 24 horas. Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem quantitativa. Participaram 15 profissionais de enfermagem (enfermeiros, auxiliares, técnicos) que atuam em UTI neonatal de um Hospital Público da cidade de Cascavel – PR, no mês de outubro de 2008. Para a coleta dos dados utilizou-se como instrumento entrevista onde foi avaliadas questões referentes à dor do neonato e observação de três Rns em um período de 24 horas. Esta pesquisa foi realizada após aprovação do Comitê de Ética da Faculdade Assis Guracz-FAG e do Hospital em questão. Verificou-se que 53,33% dos entrevistados acreditam que o RN seja manipulado até 24 vezes em 24 horas; 100% acreditam que o neonato sinta dor, dentre eles, 53,33% acham que o mesmo seja capaz de senti-la com a mesma intensidade que um adulto; 100% disseram ser possível minimizar a dor, dentre eles 73,33% acreditam que uma forma de minimizá-la é através da analgesia conforme prescrição médica; 93,33% relatam conhecer algum método de avaliação da dor, mas somente 33,33% dizem já ter visto alguma escala de dor. Foi verificado que o RN-01 foi manipulado por 28 vezes, o RN-02 por 30 vezes e o RN-03 por 17 vezes. Pode-se analisar que a equipe de enfermagem não tem real conhecimento sobre as manipulações diárias realizadas nos Rns, sendo necessário racionalizar a manipulação destes, de tal modo que os cuidados apropriados sejam realizados, mas que se preservem períodos livres para o descanso e recuperação.

Descritores: Manipulação, Dor, Enfermagem.

PRONTO SOCORRO: ATENDIMENTO DE URGÊNCIA OU CONSULTA PEDIÁTRICA?

Sibele Schaun, Aline da Cruz Strasburg

Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande

sibele_schaun@yahoo.com.br

Os acidentes na infância representam cada vez mais uma importante causa de morbi-mortalidade no mundo atual, constituindo um grande problema de saúde pública, ao lado de doenças gastrointestinais, infecções respiratórias e desnutrição proteico calórica. O serviço de pronto socorro pediátrico tem por missão prestar cuidados de saúde hospitalares de urgência/emergência em pediatria no respeito pela dignidade da criança e adolescente, utilizando de forma eficiente os recursos disponíveis. O objetivo deste estudo foi investigar o

número de atendimentos pediátricos e suas causas no pronto socorro da Associação de Caridade Santa Casa do Rio Grande-RS no período de 1º a 31 de julho de 2008. Como metodologia para a coleta dos dados foi utilizado a base de dados da instituição e os prontuários dos pacientes. Foram atendidas neste período um total de 1431 crianças de 0 a 14 anos. Destas, 18 residiam em outros municípios como: São José do Norte (14), Canguçu (1), Pelotas (1), Mostardas (1) e Porto Alegre (1). Os bairros da cidade que mais procuraram este serviço foram respectivamente: Getúlio Vargas (122), São Miguel (119), Cidade de Águeda (103), Centro (79), Hidráulica (59), Quinta (53) e Parque Marinha (42). Destes, o único bairro que não usufruiu de unidade básica de saúde é o Hidráulica. Entre as causas da procura pelo pronto atendimento se destacam: desidratação (8%), doenças respiratórias (43%), doenças gastrointestinais (30%), acidentes domésticos (13%) e convulsões (6%). Podemos concluir que devido ao clima típico da nossa região neste período do ano predomina a procura pelo serviço devido às doenças respiratórias. A maioria das crianças que procuraram o serviço residiam em bairros que possuem unidade básica de saúde, porém não aderiram ao sistema de referência e contra-referência. Pode-se observar que o número de acidentes domésticos vem crescendo, onde poderiam ser prevenidos mantendo produtos perigosos fora do alcance das crianças, evitando intoxicações exógenas, queimaduras, reações alérgicas entre outros.

Descritores: Saúde da criança; Enfermagem pediátrica; Serviço hospitalar de emergência.

SEGURANÇA E PROTEÇÃO DA CRIANÇA E FAMÍLIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

Mariana Arrieche, Wiliam Wegner

Centro Universitário Metodista IPA

marianaarrieche@hotmail.com

Introdução: A segurança e proteção da criança e família são temáticas que vem sendo discutidas sob diferentes abordagens e significados, entre elas, as questões que caracterizam a violência institucional. Para Marck (2005), a segurança dos usuários relaciona iniciativas direcionadas a prevenção e redução de eventos adversos ocorridos nas práticas de cuidado em saúde. A segurança é um princípio fundamental no cuidado do usuário sendo um componente crítico no gerenciamento da qualidade da atenção. Podemos associar saúde, segurança, proteção da criança e da família com a questão da violência ser percebida ou não em momentos do cotidiano familiar e nas relações interpessoais (NUNES; SARTI; OHARA, 2008). Para Pedreira e Harada (2006), aprender que erros e violações são situações presentes no atendimento à saúde e que podem acarretar iatrogenias aos usuários constitui um importante passo na busca da segurança. A segurança e proteção da criança é uma temática prevista na atenção básica em saúde? **Objetivos:** O objetivo geral é compreender a segurança e proteção sob a ótica da família/cuidadores da criança na atenção básica em saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo exploratório-descritivo, a qual será realizada com dez famílias de crianças que estejam em atendimento pediátrico em um serviço de saúde da atenção básica na cidade de Porto Alegre/RS. Para coleta de dados será utilizada uma entrevista semi-estruturada direcionada para os cuidadores/familiares da criança em acompanhamento. Na análise das informações utilizar-se-á a análise

temática proposta por Minayo (1999). As questões éticas obedecem a Resolução 196/96. **Resultados Esperados:** O estudo almeja discutir a segurança da criança no contexto da atenção básica como um espaço de proteção e promoção da saúde dos usuários. A segurança da criança e família deveria ser uma estratégia de cuidado direcionada à proteção destes usuários na atenção básica.

Descritores: segurança, criança, atenção básica à saúde.

Referências:

1. MARCK, P.; CASSIANI, S.H. de B. Teorizando sobre sistemas: uma tarefa ecológica para as pesquisas na área de segurança do paciente. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n.5, p.750–753, 2006.
2. MINAYO, M.C. O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 6ª Edição, São Paulo: Rio de Janeiro: Ed. Hucitec-Abrasco, 1999.
3. NUNES; C.B; SARTI, C.A; OHARA, C.V.S. Concepções de profissionais de saúde sobre a violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente. Revista Latino Americana de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.136-141, 2008.
4. PEDREIRA, M.da.L.G.; HARADA, M.J.C.S. Aprendendo com os erros. In: HARADA, M.J.C.S et al. O Erro Humano e a Segurança do Paciente. São Paulo: Atheneu, 2006.

VULNERABILIDADES SÓCIO-ECONÔMICAS DE CRIANÇAS E FAMÍLIAS EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICAS: VISÃO DE ENFERMEIRAS

Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso, Maria da Graça Corso da Motta.

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

e Hospital de Clínicas de Porto Alegre

malupedroso@gmail.com

Introdução: A equipe de saúde, quando considera as vulnerabilidades em que a criança e sua família estão inseridas, pode planejar e executar um cuidado integral ao grupo familiar. Para tanto é fundamental o conhecimento de elementos que constroem esta temática para qualificação da assistência de enfermagem.

Objetivo: Compreender as percepções dos enfermeiros sobre as influências das vulnerabilidades sócio-econômicas, no cuidado a criança e família, no ambiente de Unidades de Internação Pediátricas.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa na perspectiva de um estudo exploratório descritivo, realizado em Unidades de Internação Pediátricas de um Hospital Universitário no Município de Porto Alegre, RS. Os participantes foram constituídos por nove enfermeiras. A coleta de informações ocorreu por meio de entrevistas individuais semi-estruturadas, analisadas conforme referencial da Análise de Conteúdo proposta por Minayo (2007). O referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob o protocolo 08-411, da Instituição cenário do estudo. **Resultados:** Emergiram três categorias de análise: Vulnerabilidades sócio-econômicas e o cotidiano da assistência de enfermagem pediátrica; Propostas e alternativas para o manejo das situações de vulnerabilidades sócio-econômicas e Propostas e alternativas para o manejo das situações de vulnerabilidades sócio-econômicas. Os entrevistados demonstraram em suas falas conhecimentos para detectar situações de vulnerabilidades e quais os símbolos a exemplificam no dia-dia de convivência com as crianças e suas famílias. **Conclusões:** Os resultados forneceram subsídios para a prática do cuidado e apontaram estratégias que podem minimizar as vulnerabilidades sócio-econômicas

identificadas no mundo da criança e família possibilitando um cuidado à saúde integral. Os enfermeiros, com seus relatos, possibilitaram que esta pesquisa se transformasse em momento de aquisição de conhecimentos e reflexão acerca da temática.

Descritores: vulnerabilidade em saúde, enfermagem pediátrica, família.

Referências:

- MINAYO, M.C.S. et al. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 26^aed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MÉTODO MAMÃE CANGURU: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE O INÍCIO DO VÍNCULO FAMILIAR DE BEBÊS DE ALTO RISCO

Cássia Eliane da Rosa, Patrícia Silva da Silva, Nildete Vargas Pozebom

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cassiaer@gmail.com

O trabalho que segue trata-se de uma revisão bibliográfica sobre os trabalhos já escritos sobre o Método Mamãe Canguru. Estudos recentes têm fortalecido bastante as evidências científicas sobre os vários benefícios da interação da mãe com o seu bebê em casos de recém-nascidos prematuros no que se refere à morbimortalidade, ao desenvolvimento psicoafetivo e neurossensorial. Estima-se que pode haver efeitos negativos importantes quando acontece a separação do bebê de sua mãe quando o mesmo é encaminhado a uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal em termos de desenvolvimento de laços afetivos. O ponto crucial nos estudos é o toque, no que se destaca o Método Mãe Canguru, prática de contato direto da pele da mãe com a do seu neonato, idealizada na Colômbia em 1979 partindo da crença de que poderia haver uma maior estabilidade térmica para o bebê pré-termo se a mãe o segurasse contra o seu seio.

Descritores: Recém-nascido, Prematuro, Neonatologia.

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE ENFERMEIROS FRENTE À DOR DO RECÉM-NASCIDO EM UNIDADE NEONATAL

Táís Fernanda Silva, Vânia Schneider

UNISINOS

taisfs@ibest.com.br

O estudo da dor em neonatologia avançou nas últimas décadas, tornando a avaliação e a intervenção uma preocupação crescente entre os enfermeiros. A sensação de dor e estresse implica em sofrimento e desconforto para o recém-nascido, e é um evento de difícil avaliação e mensuração. A avaliação da dor no recém-nascido é necessariamente indireta, já que o auto-relato é inaplicável a esses pacientes, e deve ser inferida a partir de alterações de parâmetros fisiológicos e comportamentais. Este estudo busca identificar os métodos utilizados pelos enfermeiros para avaliação da dor do recém-nascido e descrever as intervenções de enfermagem farmacológicas e não-farmacológicas para o alívio da dor. Trata-se de uma pesquisa de caráter

descritivo com enfoque quantitativo, realizada em unidades destinadas ao tratamento de neonatos de três hospitais de referência de Porto Alegre (RS). Os participantes foram vinte e cinco enfermeiros, que responderam a um questionário com perguntas fechadas, no período de julho a agosto de 2008. Os dados foram analisados com o recurso da estatística descritiva e representados pela frequência absoluta e relativa e a média simples. Os resultados apontaram que a maioria dos enfermeiros não utiliza escalas de avaliação da dor e que não há implementação das mesmas nas unidades em que trabalham, embora existam escalas aceitas e validadas para este fim. Verificou-se também que os enfermeiros realizam várias intervenções não-farmacológicas para o controle da dor, no entanto, 52,0 % dos participantes nem sempre as utilizam quando empregado o manejo farmacológico, sendo que a associação de ambos proporciona melhor resultado. O estudo permitiu conhecer melhor a dor neonatal, evento inerente à hospitalização dos pequenos pacientes; evidenciar a importância de uma avaliação criteriosa para o adequado tratamento da dor; e demonstrar o valor das intervenções de enfermagem não farmacológicas no controle da dor neonatal.

Descritores: Dor, recém-nascido, cuidados de enfermagem.

PERFIL EPIDEMIOLOGICO DAS CRIANÇAS ACOMETIDAS POR DOENÇAS RESPIRATORIAS EM UMA EMERGENCIA PEDIATRICA

Flavia Righi Xavier, Sandra Eugenia Coutinho

Centro Universitário Feevale

O presente estudo buscou identificar o perfil epidemiológico das crianças de zero a 24 meses de idade acometidas por doenças respiratórias em uma emergência pediátrica de um hospital público no município de Porto Alegre. Utilizou-se uma abordagem quantitativa e a coleta dos dados foi realizada através da aplicação de um questionário com perguntas fechadas aos pais e/ou cuidadores das crianças que buscavam atendimento por sintomas de doenças respiratórias nesta emergência. Como resultados, foram encontrados os seguintes dados: dos 60 sujeitos que responderam ao questionário, 40% das mães afirmaram que não são fumantes e 26,7% confirmaram esta condição; para 40% dos respondentes, as doenças respiratórias não podem ser prevenidas, o que parece expor as crianças a condições que contribuem para o adoecimento e hospitalização por essas doenças; em relação ao sexo, houve um predomínio do sexo masculino, sem relação significativa com as doenças respiratórias; 51,6%, afirmaram que o calendário vacinal incompleto não se estabelece como fator de risco para o acometimento das doenças respiratórias; quanto à hospitalização foi evidenciado que 51,7% das crianças entre quatro a oito meses de idade já foram hospitalizadas por doença respiratórias; em relação a amamentação, 86,7% das crianças tiveram aleitamento materno exclusivo por período inferior a seis meses; entre os pais e/ou cuidadores, 48,6% afirmaram que a informação sobre as doenças respiratórias auxilia na sua prevenção. O conhecimento dessas características poderá promover estratégias para redução dos índices de hospitalização infantil por doença respiratória, bem como, a diminuição da procura dos atendimentos de saúde nas emergências.

Descritores: Pediatria, criança, perfil de saúde.

SEGURANÇA E PROTEÇÃO EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO.

Thiago Silva, Luciana Galo, Wiliam Wegner

Centro Universitário Metodista IPA.

thipoa51@hotmail.com

A hospitalização da criança e família representa um evento de exposição à vulnerabilidade que contradiz o discurso da humanização da assistência que está inserida na maioria das instituições hospitalares, principalmente quando o usuário do serviço é frágil, dependente e sensível. Visualiza-se na prática cotidiana, diversas situações que caracterizam e disseminam as relações de poder entre a equipe de saúde e os usuários dos serviços, entre elas destacam-se a omissão de informação à família/cuidador, iatrogenias decorrentes da assistência em saúde, agressividade e desrespeito ao usuário e família/cuidador no cotidiano da atenção. Segundo Padilha (2006), no contexto da doença e hospitalização em uma Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP), a condição clínica da criança oscila entre limites estreitos de normalidades/anormalidades, isso gera diversos sentimentos como medo, desconforto, insegurança, entre outros e vulnerabiliza a criança e família em um ambiente que lhes é hostil. Diante do exposto, questiona-se: Será que a família/cuidador identifica momentos em que a assistência de saúde representa risco e/ou violência ao filho/criança em uma UTIP, potencializando a identificação das principais iatrogenias no cotidiano desse setor. A presente pesquisa abordará a temática: segurança e proteção da criança hospitalizada em uma UTIP. Os objetivos deste estudo serão: identificar as iatrogenias no contexto da UTIP sob a ótica do cuidador; identificar como a família/cuidador reage frente às intercorrências/erros na assistência de saúde, a fim de comparar e discutir as intercorrências verbalizadas pelo familiar/cuidador, frente ao exposto na literatura e propor mecanismos de proteção e segurança a criança e família na UTIP. Este estudo terá uma abordagem, qualitativa do tipo exploratório-descritivo, em uma UTIP de um hospital pediátrico de grande porte na cidade de Porto Alegre/RS. Os participantes serão 13 familiares/cuidadores selecionados aleatoriamente (sete leitos ímpar e oito leitos pares), a partir dos critérios inclusão: estar acompanhando a criança hospitalizada em UTIP, o familiar/cuidador ter vínculo direto com a criança e ser maior de 18 anos. Como técnica de coleta de dados utilizar-se-á uma entrevista semi-estruturada construída a partir dos objetivos do estudo. Para análise das informações será operacionalizada a análise de conteúdo do tipo temática (MINAYO, 2007). Os preceitos bioéticos serão respeitados de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadas de Pesquisas em Seres Humanos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Portanto, a finalidade desse estudo culmina no desenvolvimento de estratégias que promovam a segurança da criança hospitalizada a partir da reflexão sobre a práxis do profissional de saúde que poderia configurar-se como humanizada e segura no contexto de cuidado.

Descritores: Segurança, Proteção, Unidade de Tratamento Intensivo, Hospitalização.



Enfermagem no Cuidado à Mulher

CLIMATÉRIO E SEXUALIDADE: UMA VISÃO FEMININA

Márcia Gabriela Rodrigues de Lima, Mariane Rossato, Leila Regina Wolff

Universidade Federal de Santa Maria

grlmarcia@yahoo.com.br

O climatério encerra a fase reprodutiva feminina e é cercado por inseguranças, alterações corporais e hormonais, psíquicas e sociais que influenciam ou determinam na maneira como a mulher percebe sua sexualidade. Elencar os fatores que mais influenciam na redução do desejo sexual das mulheres que estão no período do climatério. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica em artigos disponíveis no LILACS on-line, sendo encontrado dezenove artigos, que apresentavam os descritores: climatério, mulher e sexualidade. Deste modo encaixaram-se quatro nos critérios de inclusão: publicado entre 2005-2008, na língua portuguesa e dentro dos objetivos. A análise dos dados partiu de comparação entre os quatro artigos encontrados, onde emergiram as categorias: Alterações fisiológicas, Corporeidade e Relacionamentos afetivos. No climatério ocorrem alterações fisiológicas como a queda na taxa de estrogênio e progesterona, que mantiveram a mulher ao longo de sua vida reprodutiva como um ser feminilizado e sexuado. Sendo que essa ausência hormonal pode desencadear modificações na percepção de sua sexualidade e conflitos de identidade. O modo como a mulher percebe seu corpo vai influenciar em seu estado de autoestima como indivíduo e na manutenção de relações sexuais com outros parceiros. Pois a sociedade atual costuma adotar como referência de beleza certos padrões que definem um ser ideal fisicamente. A interação da mulher com seu parceiro pode ser influenciada pelo tipo e intensidade de relacionamento que ambos mantiveram até então. Uma vez que, outros sentimentos podem vir à alterar-se ou acentuam-se no climatério, trazendo consigo outras percepções a cerca do mundo. A assistência de enfermagem deve estar voltada também para atender as necessidades e esclarecer dúvidas das mulheres que estão no climatério, uma vez que a compreensão deste evento garantirá a segurança da boa autoestima e auto-imagem deste indivíduo acerca também de sua própria sexualidade.

Descritores: Educação em Saúde, Climatério, Sexualidade.

FATORES QUE INTERFEREM NA AMAMENTAÇÃO E NO DESMAME PRECOCE:

SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO HUMANIZADO

Ângela Denise Fritzen Luft, Rita de Cássia Henz, Waleska Luiza Brune

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

lekabrune@yahoo.com.br

A amamentação não deve ser considerada apenas como um evento ou uma resposta a estímulos fisiológicos, pois ela apresenta uma completa interação da mulher tanto com seu corpo, quanto com o ambiente e contexto social e, com o próprio recém nascido que será amamentado. O significado da amamentação pode variar de acordo com a cultura e sociedade que cercam a nutriz, logo a mulher interpreta e atribui ao ato de amamentar os riscos e benefícios, para ela e para o bebê, que influenciarão no rumo a ser tomado. O objetivo deste

trabalho é identificar os fatores que interferem na amamentação e que levam ao desmame precoce. Trata-se de um estudo de caráter bibliográfico realizado através da consulta de artigos nacionais, publicados entre os anos de 1996 e 2006 das bases de dados Lilacs, Scielo, Bireme. Conforme a análise dos artigos foram selecionados alguns aspectos importantes que podem interferir na amamentação e influenciar o desmame precoce, como por exemplo, fatores ambientais (situação socioeconômica, idade materna, escolaridade, trabalho materno e rotinas hospitalares), fatores psicológicos (situação conjugal, o papel do pai e presença de pessoas significativas para a mãe) e fatores físicos (doenças tanto maternas quanto infantis, introdução de bicos e chupetas). Conclui-se ao final deste estudo que o profissional de saúde, principalmente o enfermeiro, é um importante meio de estímulo ao aleitamento, explicando seus principais riscos e benefícios. No entanto, muitos profissionais devem ser mais bem qualificados para terem a sensibilidade de compreender o que as mães falam ou representam através de olhares e gestos. Muitas vezes, a nutriz precisa apenas de uma palavra para que se sinta capaz de alimentar seu filho, é neste momento que o enfermeiro deve estar ao seu lado para orientar e estimular que a criança receba o leite materno.

Descritores: amamentação, desmame precoce, fatores desencadeantes.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO: PREVENÇÃO E MANEJO

Natália Madalosso Chieli, Eveline Franco da Silva

Faculdade Nossa Senhora de Fátima

evelinefranco@yahoo.com.br

Introdução: Sabe-se que o esvaziamento inadequado das mamas, bem como mamadas infreqüentes, em horários pré-determinados, o uso de chupetas e complementos alimentares levam ao aparecimento de complicações na lactação. O ingurgitamento mamário é uma intercorrência comum no puerpério, caracterizado como uma mescla de fator social e fenômeno biológico, torna-se fonte de sofrimento para a puérpera, podendo implicar no desmame precoce. **Objetivo:** Reconhecer o ingurgitamento mamário, seu manejo e prevenção. **Métodos:** Trata-se de um estudo de caso desenvolvido durante estágio da disciplina de Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido, realizado durante o mês de agosto de 2008 em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Caxias do Sul. Para coleta de dados foi utilizada anamnese e exame físico de uma puérpera de 23 anos que procurou atendimento na UBS por ingurgitamento mamário. Para embasamento científico utilizou-se revisão de literatura através de livros técnico-científicos e artigos publicados a partir de 2004 encontrados na base de dados BIREME. **Resultados:** A conduta realizada no acolhimento da paciente foi esvaziamento manual das mamas, seguido de orientações sobre a amamentação. **Conclusões:** Durante o ciclo gravídico-puerperal deve-se trabalhar constantemente com a mulher o tema amamentação, seja através de grupos ou de consultas de enfermagem. A atuação da enfermeira é de extrema importância neste contexto, permitindo à mulher o esclarecimento de dúvidas, fornecendo informações suficientes para que os problemas comuns do aleitamento materno sejam prevenidos e, sobretudo, reconhecendo e orientando o manejo adequado dos problemas da lactação já instalados.

Descritores: Aleitamento Materno. Transtornos da lactação. Enfermagem.

A PARTICIPAÇÃO DO FAMILIAR NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO OBSTÉTRICA DO HCPA

Márcia Machado, Carlice Costa, Elisabeth Cunha

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A Internação Obstétrica do Hospital de Clínicas iniciou em maio de 1980. Nesta unidade, internam gestantes de alto-risco, puérperas e recém-nascidos saudáveis. No Alojamento Conjunto o bebê permanece com a mãe 24 horas por dia. Mãe e familiares recebem cuidados assistenciais e orientação sobre cuidados puerperais e cuidados com o bebê. A família participa do Grupo de Puérperas, que tem como objetivo o esclarecimento de dúvidas. Cuidados como troca de fraldas, higiene do coto umbilical, banho, são demonstrados à família; esta é estimulada a realizar tais tarefas e esclarecer dúvidas junto à equipe. Na alta hospitalar as enfermeiras reforçam a importância do aleitamento exclusivo nos primeiros seis meses de vida, revisão ginecológica, primeira consulta com pediatra; administração de anti-retrovirais e preparo de mameadeiras quando indicados. Quanto às gestantes, seu estado físico, psicológico e alterações que podem apresentar referente ao motivo de internação são avaliados diariamente. Às mesmas é oportunizada a troca de experiências ao participarem do Grupo de Gestantes. Pretendemos aumentar os índices de amamentação, estabelecer vínculo entre mãe e filho, reduzir o índice de infecção hospitalar cruzada, estimular a participação do pai ou familiares, orientar e incentivar a família na observação da criança, melhorar a utilização das unidades cuidados especiais para RN, reduzir a ansiedade da família, adesão ao pré-natal.

Descritores: Alojamento Conjunto; Enfermagem; Gestação

Referências:

1. BRASIL, MS, "Normas Básicas para Alojamento Conjunto", Portaria MS/GM no 1.016, 26 de agosto de 1993.
2. OLIVEIRA, D. L. Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: RISCO DE RUPTURAS DE MEMBRANAS BARREIRAS NATURAIS

Márcia Pozza Pinto, Carlice Franciane Lima da Costa, Márcia Simone Machado

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Introdução: O diagnóstico de enfermagem: risco de infecção fator relacionado rupturas de barreiras naturais, foi elaborado através de estudos do grupo de diagnósticos de enfermagem do HCPA, e implementado no sistema AGH de setembro de 2008. Este diagnóstico foi discutido a partir do estudo de caso de uma gestante rupreme (bolsa rota) internada na Unidade de Internação Obstétrica do HCPA. A ruptura prematura de membranas é o rompimento do saco amniótico antes início de trabalho de parto, independente da duração da gestação. Os riscos maternos são de infecções podendo chegar a morte e os

riscos fetais e neonatais são sepse, parto prematuro, anoxia, síndrome da angústia respiratória, prolapso do cordão e parto traumático. (Barden, 2000). **Objetivo:** elaborar planos de cuidados para gestantes rupreme **Metodologia:** estudo de caso. Resultados: Visamos, através deste, o cuidado individualizado da gestante bolsa rota e prevenir as infecções maternas e neonatais.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem – Gestação

Referências:

1. CARPENITO, M.; JUAL, L. Manual de Diagnóstico de Enfermagem. POA: Artmed. 2006.
2. OLIVEIRA, D.L. Enfermagem na Gravidez, Parto e Puerpério – Notas de Aula. POA: Editora da UFRGS, 2005.
3. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2005/2006. POA: Artmed 2006.

GRUPO DE GESTANTES DIABÉTICAS

Aline do Amaral Zils, Paula Araújo Cardoso, Regina Weissheimer, Virgínia Leissmman Moretto

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

aline.zils@gmail.com

Introdução: A gravidez é uma experiência intensa e singular que produz um grande impacto na vida da mulher e de todo o seu sistema familiar. Trata-se de um evento capaz de gerar muita felicidade e emoção. Porém, algumas gestações podem causar apreensão, incerteza e medo. Entre elas, destacam-se aquelas consideradas de alto risco, devido aos danos aos quais mãe e bebê podem estar expostos. Um dos tipos de gestação denominada de risco é aquela onde a gestante apresenta diabetes mellitus, sendo que duas situações envolvendo a patologia podem ocorrer. Na primeira a mulher pode ser portadora de diabetes antes de ficar grávida. Na segunda hipótese a doença desenvolve-se durante o período gestacional. O diabetes mellitus gestacional (DMG) é caracterizado pela alteração das taxas de açúcar circulante no sangue que aparece ou é detectada pela primeira vez na gravidez. Isso ocorre devido à produção, em grande quantidade, de certos hormônios pela placenta. Embora imprescindíveis para o desenvolvimento do bebê, esses hormônios criam resistência à ação da insulina no organismo materno, causando o diabetes. O DMG é um fator de risco importante para complicações perinatais. Portanto, o reconhecimento, o diagnóstico e o tratamento dessa condição são muito importantes para a redução desses agravos ao bebê. O tratamento é iniciado na mãe com planejamento alimentar e exercícios físicos orientados. Caso essas medidas não surtam os efeitos esperados é indicado o tratamento com insulina. Há várias evidências na literatura que mostram que a hiperglicemia materna expõe o feto a maiores riscos na gestação e maior chance de complicações neonatais. Logo, o diagnóstico precoce, é imprescindível para reforçar os cuidados maternos quanto à alimentação e hábitos do dia-a-dia, além da monitorização glicêmica, minimizando os riscos e aumentando os esforços para um início de vida pleno de saúde para o bebê. O censo brasileiro de diabetes de 1989 mostrou que a prevalência de diabetes e intolerância a glicose gestacionais é de 7,6% na população brasileira. Já em Porto Alegre evidencia-se uma prevalência maior que a nacional, sendo de 8,9%. Apesar do diabetes gestacional ser considerado uma situação de gravidez de alto risco, os cuidados prestados pela equipe de saúde e o autocuidado possibilitam que a gestação se desenvolva normalmente e que os bebês nasçam em boas condições

de saúde. Daí a importância de promover ações de saúde que atentem para os cuidados específicos a gestantes portadores de diabetes, bem como atender as demandas desse grupo. **Objetivo:** Apresentar o Grupo de Gestantes Diabéticas realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e relatar as atividades desenvolvidas pelas acadêmicas de enfermagem responsáveis pelo funcionamento do Grupo. **Método:** Estudo descritivo de análise situacional através do relato das atividades desenvolvidas e das percepções das acadêmicas em relação ao funcionamento do grupo e do acompanhamento dessas gestantes de alto risco. **Resultados:** O Grupo de Gestantes Diabéticas é uma proposta educativo-assistencial que vem sendo desenvolvida no HCPA há mais de quinze anos. Durante tal período o grupo assumiu formatos diversos, até que em primeiro de abril de dois mil e oito este se consolidou em sua metodologia atual. O grupo é realizado todas as segundas-feiras, na sala 1132 – 11º Sul, das sete às vinte horas. Tem como objetivo promover ações educacionais junto a gestantes portadoras de diabetes, as repercussões dessa patologia para a saúde do binômio mãe/bebê e os cuidados na gestação de risco, além da realização dos perfis glicêmicos através da verificação dos valores de glicemia capilar ao longo do dia. Nesse ínterim a alimentação das gestantes é fornecida pelo hospital, sendo que esta é composta do número adequado de calorias orientadas para a dieta domiciliar. No Grupo as atividades desenvolvidas pelas acadêmicas de enfermagem responsáveis pelo seu funcionamento perpassam pelas quatro esferas de atuação da enfermagem: assistencial, administrativa, educacional e pesquisa. As atividades assistenciais englobam a verificação da glicemia capilar antes das refeições e duas horas pós-prandiais e a avaliação do bem-estar fetal e do estado geral da gestante. As tarefas administrativas contemplam o registro das informações no prontuário eletrônico por meio do sistema informatizado do HCPA e a promoção de pontos de ligação entre equipes de cuidado (medicina e enfermagem) e os serviços de apoio (psicologia, nutrição, laboratório e radiologia). As atividades de caráter educacional, que possuem maior enfoque, referem-se ao fornecimento de orientações quanto ao s gestacional, ao controle dos níveis glicêmicos (dieta, atividade física e utilização de insulina), à auto-aplicação e cuidados domiciliares com a insulina e informações obstétricas em geral. Além disso, promove-se ações de incentivo ao auto-cuidado da gestação de risco. Para fomentar tal processo é realizado um ‘momento de conversa’ com a presença da equipe de enfermagem, psicologia e nutrição. Nesse momento, as gestantes são incentivadas a expor suas dúvidas, seus medos e seus conflitos referentes a essa complexa etapa da vida pela qual estão passando. Dessa forma, são cogitadas alternativas para sanar ou minimizar essas questões mais perturbadoras. Ainda no grupo, as acadêmicas são responsáveis pela coleta de dados para a realização de uma pesquisa, a qual objetiva a avaliação do cuidado prestado (dieta adequada; terapia insulínica). Através dos dados obtidos a conduta frente as paciente permanece ou modifica-se, visando fornecer um atendimento de qualidade às gestantes. **Considerações finais:** Apesar do diabetes gestacional ser considerado uma situação de gravidez de alto risco, os cuidados prestados pela equipe de saúde e o auto-cuidado possibilitam que a gestação se desenvolva sem maiores agravos e de maneira tranquila e satisfatória e que os bebês nasçam no momento adequado e em boas condições de saúde. Vivenciando a rotina do Grupo de Gestantes Diabéticas, as acadêmicas verificam a importância de sua permanência no grupo como figura de referência para o seu desenvolvimento semanal. Além disso, percebe-se a influência do vínculo profissional para uma melhor adesão ao tratamento e para o cumprimento das

recomendações, o que favorece a diminuição da necessidade do número de internações ou do tempo de permanência hospitalar para controle metabólico. Observa-se claramente que o desenvolvimento das atividades no grupo e a relação inter-pessoal com as gestantes promove o crescimento profissional das acadêmicas, sendo um amplo campo de aprendizagem.

Descritores: gestacional, assistência de enfermagem, gravidez de alto risco.

PERFIL E CONHECIMENTO DAS MULHERES, QUE PROCURAM A REDE FEMENINA DE COMBATE AO CÂNCER DE SÃO MIGUEL DO OESTE PARA FAZER O EXAME PAPANICOLAU, SOBRE A RELAÇÃO ENTRE O HPV E O CANCER DE COLO DE ÚTERO

Gardi Regina Weinhil, Alísia Helena Weis

Universidade do Estado de Santa Catarina

alisiahelenaw@yahoo.com.br

Introdução: Sabe-se o HPV (papiloma vírus humano) é considerado um co-fator na gênese do câncer de colo de útero, além de ser a doença sexualmente transmitida mais freqüente na população sexualmente ativa. Entretanto, apenas a infecção pelo HPV não é capaz de provocar este tipo câncer. Quando há infecção o tratamento das lesões é simples e efetivo, fato que impede a evolução para o câncer. A possibilidade de a mulher desenvolver o câncer de colo uterino depende do tipo de HPV, resistência do organismo e genética. Informações sobre autocuidado e realização de exame ginecológico regularmente são práticas que previnem as mulheres. No entanto, a falta de conhecimento das mulheres sobre a relação entre o HPV e surgimento do câncer de colo de útero, bem como sobre prevenção, na maioria das vezes é a responsável pela evolução da doença. **Objetivos:** Identificar o perfil das mulheres que procuram a Rede Feminina de Combate para realizarem o exame papanicolau. Verificar o conhecimento das mulheres sobre a relação entre o HPV e o Câncer de Colo de Útero. **Método:** Pesquisa exploratória, de natureza descritiva. Os sujeitos da pesquisa foram as mulheres que procuraram a Rede Feminina de Combate ao Câncer de Colo de Útero de São Miguel do Oeste/SC para fazer o exame papanicolau, durante o mês de abril de 2008, excepcionalmente nas quintas-feiras e sextas-feiras. Foram entrevistadas 18 mulheres escolhidas aleatoriamente e que aceitaram participar do estudo. O instrumento utilizado neste estudo foi uma entrevista aberta. Após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC a coleta de dados foi realizada. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo. As etapas da análise foram: ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final. **Resultados:** Foram depreendidas seis categoriais: 1- Perfil: as mulheres que participaram do estudo, na sua maioria, estava na faixa etária de 25 a 34 anos de idade e encontravam-se casadas. Quanto à escolaridade, todas revelaram serem alfabetizadas, variando de primeiro grau incompleto a terceiro grau completo. A baixa escolaridade interfere de forma considerável na detecção precoce de HPV (DSTs) e câncer de colo de útero. A falta de informação sobre as implicações destas doenças na vida das pessoas e sobre prevenção, diagnóstico e tratamento, está associados diretamente com o grau de instrução. A atividade desempenhada pelas entrevistadas variou bastante, mas destacaram-se algumas como: domésticas,

agricultoras e secretárias. 2- Realização do exame papanicolau: maior parte das mulheres realiza o exame papanicolau anualmente, o que é satisfatório. Poucas são as que não o fazem regularmente, mesmo assim isso demanda ação educativa, buscando adequar essa periodicidade, para detecção precoce de alterações cervicais sem custos desnecessários. Uma vez que, ele tem papel de extrema importância para mudar os números de incidência e mortalidade do câncer de colo de útero. Entretanto, o medo em relação ao câncer e ao próprio exame, propiciam sentimentos de embaraço, vergonha ou desconforto físico que se tornam motivos para as mulheres não realizarem o exame preventivo. Tais sentimentos ameaçam a aceitação do teste por adquirir um caráter invasivo à privacidade e à integridade corporal. O exame ginecológico é visto por muitas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável, e grande parte destes sentimentos são originários de experiências prévias negativas sofridas pelas mulheres durante um procedimento anterior, realizado sem explicação do seu significado, de forma fria e descuidada. 3- Conhecimento sobre o câncer de colo de útero: a maioria das mulheres possuía algum tipo de informação, no entanto, as demais pouco ou quase nada sabiam sobre essa patologia. 4- Conhecimento sobre o HPV, a maioria das entrevistadas revelaram que nunca tinha ouvido falar sobre o assunto, apenas uma pequena parcela das mulheres referiu alguma informação sobre o vírus, como modo de transmissão. Uma das principais formas de conter o avanço do HPV e das demais DSTs é através da conscientização da população. Porém, dados de estudos epidemiológicos realizados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, mostram que apesar das inúmeras campanhas preventivas e dos diversos métodos de obtenção de informação sobre prevenção das DST, dentre elas a AIDS, como Internet, jornais, revistas, rádios, TV, não é suficiente para sensibilizar a população. 5- Informações recebidas sobre o HPV e o câncer de colo de útero, a maioria delas referiu não ter recebido qualquer informação sobre eles. Entretanto, o grupo daquelas que afirmou ter recebido informações, destacaram que elas foram recebidas na escola, no hospital, na televisão, no posto de saúde e na própria Rede Feminina. É fundamental que se invista em educação, para as mulheres e em especial para adolescentes, estimulando o uso do preservativo para prevenção da transmissão do vírus do HPV (e outras DSTs) e conseqüentemente o câncer de colo de útero. A promoção do diagnóstico precoce da infecção pelo HPV é uma importante ação para o controle da transmissão, esta pode ser conseguida por meio de um trabalho eficaz por parte da enfermagem, no que diz respeito à constante informação para a população em geral. Para tanto, são necessárias atividades de educação em saúde e/ou aconselhamento, capazes de proporcionar a percepção dos fatores de riscos associados, especialmente os relacionados ao comportamento sexual, que influenciam diretamente na adesão ao tratamento. 6- Relação entre o HPV e o câncer de colo de útero, a maioria das mulheres consegue identificar relação entre eles. A percepção desta relação pelas mulheres em geral é indispensável para a sua participação em práticas preventivas. Uma vez que a partir do conhecimento adquirido sobre a o HPV e o câncer de colo de útero elas se tornam co-responsáveis por sua saúde. **Conclusões:** Considerando estes aspectos, as mulheres através de suas falas identificam a relação entre o HPV e o câncer de colo de útero de uma forma pouco expressiva. Ademais, mesmo que durante todo o processo há controvérsias entre o que elas realmente compreendem sobre o HPV e o câncer uterino isoladamente, em todos os questionamentos visualizados chama a atenção à necessidade do processo educativo para a apreensão destes conhecimentos e de realização de práticas mais

próximas do contexto das mulheres. Essa prática deve ser realizada em diferentes espaços de inserção da mulher na sociedade e em distintas as faixas de idade, reforçando o papel do homem nesse processo e considerando crenças, valores e atitudes destes sujeitos como estratégia de sensibilização. Inserida neste processo destaca-se o papel da enfermeira na construção participativa do cuidado e nas estratégias educativas de saúde da mulher numa abordagem coletiva de promoção da saúde.

Descritores: Mulher, HPV, câncer de colo de útero

ALEITAMENTO MATERNO: CAPACITAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Joice Moreira Schmalfluss, Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, Jussara Mendes Lipinski, Virgínia Leismann Moretto

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
joicemschmalfluss@gmail.com

Introdução: o compromisso com a promoção e a propagação do aleitamento materno (AM) justificou a realização desse estudo por meio da capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na atenção pré-natal (PN). **Objetivos:** identificar as temáticas que surgiram sobre AM e relatar as ações e/ou estratégias propostas durante cada encontro para a capacitação dos profissionais. **Metodologia:** estudo qualitativo, de caráter exploratório acerca de registros que fazem parte do banco de dados da pesquisa “A adoção de tecnologias leves para a qualificação da atenção pré-natal”. A capacitação foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Panorama, localizada no bairro Lomba do Pinheiro-Porto Alegre-RS. Os encontros aconteceram entre outubro de 2007 e outubro de 2008, com a participação de sete profissionais. A coleta de dados foi realizada durante os encontros com registro em diários de campo, e a análise através de categorizações. **Análise e discussão dos dados:** existe falta de atualização por parte dos profissionais que atuam no PN, bem como falta de uniformização nas suas condutas. Os profissionais são referência de atendimento às mulheres, servindo de suporte para a promoção, proteção e apoio ao AM. As ações e estratégias contemplaram a discussão de assuntos relacionados aos conhecimentos teórico e prático relativos à amamentação; palestras para a revisão e atualização das informações sobre AM; realização de visitas ao hospital de referência da UBS e a decisão de implantar a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação na mesma. **Considerações finais:** espera-se que os profissionais transformem as suas práticas diárias de atendimento, buscando estimular e favorecer o AM desde o PN.

Descritores: pré-natal; aleitamento materno; capacitação.

ANSIEDADE NA GESTAÇÃO RELACIONADA A PREMATURIDADE: FATORES DE RISCO E MÉTODOS ALTERNATIVOS DE TRATAMENTO COMPLEMENTAR

Bruna Vasconcelos, Cleide Pereira, Aline Carneiro, Daniela Victoria, Daniele Borges, Isabela Bandeira,
Tânia Grolli

Centro Universitário IPA Metodista

lulajen@terra.com.br

Introdução: O contexto exerce uma grande influência nas reações emocionais da mulher e sua família, pois ocorrem modificações fisiológicas e emocionais. Observar fatores de risco a ansiedade gestacional, é muito importante, proporcionando a mulher relaxamento e prazer na gravidez, preparando e adquirindo confiança na adesão ao tratamento de pré-natal. A mulher necessita superar ameaças representadas pela concepção, sendo entrevistada e receber educação em saúde através do enfermeiro e sua equipe. Com o diagnóstico e intervenções, através de métodos alternativos complementares, se possibilita a diminuição da ansiedade, melhorando as condições da gestante para chegar ao trabalho de parto a termo. **Objetivo:** Identificar os fatores de risco para ansiedade gestacional relacionada a prematuridade e às possíveis intervenções, com métodos alternativos complementares ao tratamento, diminuindo a redução de partos prematuros. **Metodologia:** Revisão bibliográfica de literatura, artigos científicos. **Resultados:** Grande número de fatores atua antes e durante a gestação, influenciando no peso e idade gestacional do neonato. O conhecimento dos fatores é muito importante para que a equipe multidisciplinar possa intervir de forma precoce e adequada no tratamento da ansiedade na gestante. A utilização de métodos alternativos complementares, ajuda a gestante a minimizar sua ansiedade, alcançando melhor qualidade de vida. **Conclusão:** Aplicando instrumentos validados para mensurar a ansiedade na gestação, é possível realizar estudos para avaliar o sentimento da mãe com relação à saúde do bebê, parto, nascimento e confiança na equipe de saúde, contribuindo para produção de novas evidências com relação à ansiedade e prematuridade, subsidiando o profissional de saúde, na aplicação preventiva de uma abordagem adequada ao contexto da gestante.

Descritores: Ansiedade, Gestação, Prematuridade.

GRUPOS DE GESTANTES: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniele das Neves Jardim, Eveline Franco da Silva

Faculdade Nossa Senhora de Fátima

jardimdaniele@ig.com.br

Introdução: A gestação é um período de mudanças onde a mulher vivencia uma experiência irreversível composta por medos, angústias, felicidade, entre outros sentimentos. O grupo de gestantes, espaço onde a enfermeira realiza trabalho educativo, torna-se um momento oportuno para que estes sentimentos sejam trabalhados, pois a gravidez é considerada uma fase de aprendizado, uma vez que a mulher e a família recebem assistência pré-natal e preparam-se para assumir novos papéis. **Objetivos:** Relatar a experiência no

desenvolvimento de grupo de gestantes, visando a atuação do enfermeiro como educador para a saúde. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da participação em grupos de gestantes em uma Unidade Básica de Saúde de Caxias do Sul. Resultados: Observou-se que as mulheres envolveram-se com o grupo, principalmente as multíparas, demonstrando interesse e possibilitando a troca de vivências e aquisição de novos conhecimentos. Entretanto, a partir da percepção de conhecimentos prévios e incertezas ressaltadas, evidenciou-se a existência de muitas dúvidas e crenças em relação à amamentação e cuidados com o recém-nascido. As discussões sobre puerpério, benefícios do aleitamento materno, encenações do banho do bebê, da troca de fraldas, orientações sobre os direitos da gestante, da maternidade e paternidade, proporcionaram conhecimentos e educação para sua saúde e da criança. **Conclusões:** Muitas vezes a atenção pré-natal é restrita ao atendimento clínico devido ao escasso suporte às atividades educativas e de grupos. Entretanto, percebeu-se que este tipo de assistência permite a vivência mais saudável da gravidez, parto e puerpério; com maior segurança e esclarecimentos. Acredita-se na importância e responsabilidade da Enfermagem em educar para a saúde da gestante e da família neste período, portanto deseja-se aprimorar este trabalho e, no futuro, desenvolver atividades promovendo saúde às gestantes e suas famílias.

Descritores: Gestantes; Educação em saúde; Enfermagem.

A HUMANIZAÇÃO DO NASCIMENTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Mariana Bello Porciuncula, Virgínia Leismann Moretto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

maribellino@gmail.com

A humanização do nascimento tem sido um tema fomentador de constantes discussões dentro das práticas em saúde e, surgindo como perspectiva de mudança para antigos paradigmas, é de suma importância que o aluno da área da saúde, em meio ao Sistema Único de Saúde (SUS) no qual está inserido, posicione-se criticamente a respeito dessa temática. Neste contexto, esse trabalho trata-se de um relato de experiência sobre estágio extracurricular realizado na Unidade de Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, o qual possibilitou a acadêmica de enfermagem vivenciar o processo de humanização do nascimento e suas diversas faces envolvendo as práticas profissionais e o empoderamento das usuárias do SUS. Através do conhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH) e do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), considera-se que o direito da mulher a um atendimento humanizado e de qualidade é imprescindível, ainda que as mesmas não tenham total conhecimento sobre seus direitos enquanto cidadãs. Assim sendo, para que se formem profissionais qualificados, comprometidos com uma postura crítica e corresponsável em relação à temática da humanização do nascimento, é fundamental que se criem espaços para problematização desse assunto em meio ao contexto em que se insere, no caso, dentro dos locais da prática profissional e das universidades.

Descritores: Enfermagem; Enfermagem obstétrica; Parto humanizado.

A APLICAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER NO PROCESSO DE TRABALHO DE ENFERMEIRAS (OS) ATUANTES NA ATENÇÃO BÁSICA

Marlise Capa Verde de Almeida, Marta Regina Cezar-Vaz, Clarice Alves Bonow, Cynthia Fontella Sant'Anna, Leticia Silveira Cardoso, Valdecir Zavareze da Costa, Jorgana Fernanda de Souza Soares
Universidade Federal do Rio Grande
marlisealmeida@msn.com

Introdução: A Atenção Básica, desenvolvida pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta, entre suas ações, a implementação de políticas públicas, como as de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Estas visam prover acesso à cidadania e qualidade de vida às mulheres em seus diferentes ciclos vitais. **Objetivo:** o presente estudo tem por objetivo visualizar a aplicabilidade dessas políticas por enfermeiras (os) atuantes na Estratégia de Saúde da Família (ESF). **Métodos:** trata-se de um estudo transversal, exploratório, descritivo, que emprega a abordagem qualitativa. Realizado com 65 enfermeiras da ESF dos municípios pertencentes à Terceira Coordenadoria Regional de Saúde. A coleta de dados foi realizada no ano de 2006 através de entrevista semi-estruturada; utilizou-se a análise temática. **Resultados Prévios:** a realização da rotina de Pré-Natal e a realização do exame Preventivo de Câncer do Colo Uterino são as ações em saúde mais identificadas no processo de trabalho das enfermeiras na ESF. **Conclusões/Contribuições para a Enfermagem:** este estudo possibilita enfatizar a importância das políticas públicas já aplicadas durante o desenvolvimento do processo de trabalho desses (as) profissionais e ressaltar as políticas ainda não abordadas, cotidianamente, colaborando com a formação e atualização dos profissionais nesta área específica, possibilitando ainda maior visualização dos demais campos de atuação da enfermagem na saúde da mulher.

Descritores: Saúde da mulher, Enfermagem, Saúde da Família.

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NA ORIENTAÇÃO SEXUAL DA MULHER (D)EFICIENTE

Aline Strasburg, Larissa Zepka Baumgarten, Sibele Schaun
Universidade Federal do Rio Grande
sibele_schaun@yahoo.com.br

Introdução: Deficiência é o nome dado a toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica. Segundo o Censo Demográfico do IBGE de 2000, existem 61,5 milhões de mulheres no Brasil, sendo que 11.300.000 possuem algum tipo de deficiência. No total, há 25 milhões de brasileiros com deficiência, dos quais 46% são mulheres. Sendo a enfermagem uma profissão responsável pela educação em saúde da população, é essencial que os profissionais estejam preparados para responder e orientar as mulheres com algum tipo de deficiência em relação a sua sexualidade. **Objetivo:** esta pesquisa foi desenvolvida com o intuito de estimular a percepção da enfermagem sobre a necessidade de

buscar medidas para melhoria da qualidade de vida de mulheres com algum tipo de deficiência, destacando assim a valorização do trabalho da enfermagem neste contexto. **Metodologia:** Estudo qualitativo, realizado num período de três meses; a partir de informações retiradas da literatura, buscou-se dados sobre o índice de mulheres portadoras de algum tipo de deficiência, suas necessidades em relação à educação sexual e a real importância da enfermagem neste contexto. **Resultados e conclusões:** O desenvolvimento da sexualidade ocorre na adolescência, independente do grau e tipo de deficiência. É importante levar esta informação às pessoas, sendo fundamental que a própria mulher com deficiência possa reconhecer e exercer sua sexualidade. É justamente em decorrência deste auto reconhecimento que o outro passará a enxergá-la com este atributo e como uma possibilidade amorosa. É necessário e urgente que propostas de orientação sexual sejam implementadas nos currículos educacionais junto à população especial. Serviços de orientação e apoio psicológico são fundamentais para que essas mulheres exerçam seu direito ao prazer, na medida de suas possibilidades, tornando sua vida mais rica em relacionamentos e experiências, mas, ao mesmo tempo, aprendendo a se proteger das situações de risco.

Descritores: saúde da mulher, enfermagem, educação em enfermagem.

A OPINIÃO DAS PUÉRPERAS EM RELAÇÃO AOS TIPOS DE PARTO QUE VIVENCIARAM

Rafael Haeffner, Caroline Vasconcellos Lopes, Sonia Maria Könzgen Meincke, Telma Elisa Carraro, Marilu Correa Soares, Rita Maria Heck, Teila Ceolin, Marcos Klering Mesquita, Marisa Vanini, Andriele Daiane Zdanski de Souza, Anelise Miritz Borges

Introdução: O parto é um fenômeno de grande significado social, cultural e instintivo, no qual a parturiente vivencia os mais intensos sentimentos, independente de sua paridade. A satisfação das mulheres em relação ao parto e nascimento de seu filho, está intimamente ligada a diversos fatores, entre eles: cultura, expectativas, experiências, conhecimentos sobre este processo e, principalmente, a atenção e cuidados recebidos neste momento ímpar de sua vida. Ressaltamos que o profissional enfermeiro possui um papel relevante no momento do parto e nascimento. **Objetivo:** Identificar o tipo de parto que a mulher gostaria de ter antes de vivenciar o nascimento do filho e após esta experiência. **Metodologia:** Foi utilizado um recorte dos dados de uma pesquisa de caráter multicêntrica¹, numa abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva, a partir de uma entrevista semi-estruturada. O estudo foi realizado no alojamento conjunto da Unidade Obstétrica de um Hospital Escola no sul do Rio Grande do Sul. A população da pesquisa constituiu-se de 31 mulheres no mês de agosto de 2006. A partir desta foi realizado um sorteio aleatório, de um terço das participantes, perfazendo dez puérperas, que foram identificadas com nomes de flores, escolhidos pelas autoras do estudo, para manter o sigilo e anonimato das participantes. Os dados foram

¹ O estudo multicêntrico envolveu quatro instituições, em três estados da Região Sul do Brasil: a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Departamento de Enfermagem (NFR), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando (C&C) e o Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago (HU) – em Florianópolis, Santa Catarina; a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia e Hospital Escola (HE) – em Pelotas, Rio Grande do Sul; e a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Colegiado do Curso de Enfermagem e Hospital Universitário (HU) – em Cascavel, Paraná.

coletados e, posteriormente descritos e analisados com base em Bardin, através da ordenação dos dados, e análise final com a utilização do suporte teórico e reflexões das autoras¹. **Resultados:** A idade das participantes variou de 18 à 36 anos, a escolaridade ficou entre o ensino fundamental incompleto até o ensino médio completo, a grande maioria das puérperas, ou seja, oito delas, viviam maritalmente com parceiro e eram do lar. Em relação as características obstétricas observamos nove realizaram o pré-natal pelo Sistema Único de Saúde, tendo consultado durante a gestação entre 6 a 12 vezes; eram primíparas, e tiveram parto vaginal. Utilizamos a classificação de partos², para facilitar a compreensão e a análise das preferências das participantes. Nas respostas encontramos basicamente a escolha de duas variáveis de parto, o parto vaginal horizontal e o parto cesáreo. As justificativas para essas opções evidenciaram os tipos de parto realizados na instituição. **Azaléia** queria ter “parto vaginal”, mas foi cesáreo, porque teve hipertensão arterial durante o trabalho de parto. Quando indagada sobre o tipo de parto que escolheria, se tivesse outro filho, referiu “nenhum”, pois “não pretendo ter outro filho”. A opção de **Azaléia** em não ter outro filho poderia estar relacionada ao fato de ser solteira e não ter o apoio do pai de seu filho. O apoio emocional do parceiro durante o parto e o puerpério é fundamental para a mulher². Porém, na atualidade, percebemos que a mulher moderna acaba assumindo uma sobrecarga de trabalho, arcando com o sustento, manutenção das tarefas do lar e ainda tomando para si a responsabilidade na educação de seus filhos, fazendo o papel de pai e mãe. **Flor do Campo**, antes de ter seu filho, desejava ter “parto vaginal”, e seu parto foi desse tipo. Mas quando questionada sobre o tipo de parto que gostaria de ter, se tivesse outro filho, relatou “nenhum”, por não almejar ter outro filho. Interpretamos que a escolha de **Flor do Campo** teria sido influenciada em decorrência do planejamento familiar, pois aquele era o seu quarto filho. **Rosa** desejava ter “parto normal”, no entanto seu parto foi cesáreo, devido a uma parada de progressão da dilatação do colo uterino. Ao investigarmos, após o nascimento de seu filho, que tipo de parto gostaria de ter, referiu que se tivesse outro filho iria querer “parto cesáreo”. A mudança de opinião de **Rosa**, à preferência de parto cesáreo, ocorreu após uma intercorrência durante o trabalho de parto, que acabou evoluindo para cesárea. Percebemos que o parto cesáreo que passou a ser considerado por ela mais seguro do que o parto vaginal. Infelizmente muitas mulheres, após passarem por uma experiência parecida com a de **Rosa**, ou por ouvirem falar delas, se assustam e se impressionam. Dessa maneira, sem buscar maiores esclarecimentos, optam pelo parto cesáreo, por supostamente parecer mais seguro e cômodo, principalmente por não necessitarem sentir as dores do parto. O parto cesáreo é um procedimento cirúrgico originalmente desenvolvido para salvar a vida da mãe e/ou da criança, quando ocorrem complicações durante a gravidez ou o parto³. É, portanto, um recurso que, quando plenamente justificável, diminui consideravelmente os índices de morbi-mortalidade materna e neonatal. Mas, quando esse recurso é utilizado apenas por comodidade, esse índice inverte-se, aumentando significativamente os riscos para mãe e filho, se comparado com o parto vaginal^{4,5}. Muitas mulheres que optam pelo parto cesáreo não tomam conhecimento de que, como em qualquer outra cirurgia, esse procedimento oferece riscos. E ainda de que a recuperação, geralmente, torna-se bem mais lenta e dolorosa do que a do parto vaginal. **Girassol**, durante toda a gestação, se preparou para ter “parto vaginal”, e seu parto foi conforme desejou. Quando questionada quanto ao tipo de parto que gostaria de ter, se tivesse outro filho, ela relatou: “vou querer cesariana”. Podemos constatar que **Girassol**, após a experiência de um parto vaginal,

mudou sua posição em relação a um suposto próximo parto. Quando buscamos compreender a justificativa para essa mudança, acreditamos estar relacionada com a dor sentida durante todo o processo de parturição. **Girassol** também relatou que, em certo momento, havia acreditado que não conseguiria ter seu filho de parto vaginal. Outro ponto importante que verificamos contribuir para uma alteração de valores em relação ao tipo de parto, como na opção de **Girassol**, deriva de nossa sociedade. Existe uma “cultura da cesárea” entre as mulheres brasileiras, pois o parto cirúrgico é considerado superior e menos doloroso do que o parto vaginal³. Em nosso meio social, é comum a divulgação de que o parto cesáreo é indolor e preserva a anatomia da vagina para as relações sexuais. No entanto, a falta de acesso da população às informações sobre os riscos das cirurgias obstétricas é evidente^{2, 6}. Mesmo com os relatos demonstrando o parto vaginal como horrível, e as dores sentidas nesse momento sendo referidas como insuportáveis, destacamos que, na opinião das demais participantes deste estudo (**Lírio, Orquídea, Violeta, Tulipa, Margarida e Jasmim**), essa visão não era efetiva. A grande maioria de nossas entrevistadas experienciou o parto vaginal. E, após essa vivência, quando questionadas sobre que tipo de parto prefeririam, se tivessem outro filho, revelaram que gostariam de tê-lo da mesma forma. As mulheres que vivenciaram o parto normal relatam uma percepção mais satisfatória em relação ao parto, assim como o estabelecimento de um contato mais afetuoso e adequado com seu filho⁷. O estudo traz um dado relevante, que é a preferência da maioria das participantes pelo parto vaginal, sendo esta igualmente constatada em outros estudos^{2, 3, 8}. **Considerações finais:** A grande maioria das participantes preferia que seu o parto fosse vaginal e, após a experiência desse tipo de parto, continuaram com a mesma opção. Percebemos que elas escolheram esse tipo por não terem acesso às outras variações de partos vaginais. Após o término das entrevistas, aproveitamos o momento para realizar esclarecimentos sobre outras formas de parto. Mencionamos, por exemplo, a possibilidade do parto de cócoras. Notamos que as mulheres se surpreendiam, pois, na realidade onde estavam inseridas, só estavam disponíveis três espécies de parto: o cesáreo, o vaginal e o com fórceps. Mesmo sem muita opção, as participantes sempre preferiam o parto mais próximo do natural, que neste estudo foi apontado como sendo o parto vaginal horizontal. Dessa maneira evidenciamos a importância de uma atenção integral e individualizada, contemplando esclarecimentos a respeito dos direitos além dos aspectos emocional, cultural, social e psicológico da parturiente e de sua família.

Descritores: Parto; Enfermagem; Saúde da mulher.

Referências:

1. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa (PT):Ed.70;1977.
2. Maldonado MT. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Petrópolis: Vozes, 1997.
3. Barbosa GP, Giffin K, Angulo-Tuesta A, Gama AS, Chor D, DOrsi E et al . Cesarean sections: who wants them and under what circumstances? Cad. Saúde Pública. 2003; 19(6): 1611-1620.
4. Kac G, Silveira E A, Oliveira LC, Araújo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2007 ; 7(3): 271-280.
5. Faúndes A, Cecatti JG. A operação cesárea no Brasil: incidência, tendências, causas, conseqüências e propostas de ação. Cad Saúde Pública 1991; 7:150-173.
6. Mello-E-Souza, C., C-sections as ideal births: The cultural construction of beneficence and patents rights in Brazil. Cambridge Quartely Health Care Ethics, 1994; 3:358-366.
7. Fiigueiredo B, Costa R, Pacheco, A. Experiência de parto: alguns factores e conseqüências associadas. Aná. Psicológica, abr. 2002; 20(2): 203-217.

8. Hotimsky SN, Rattner D, Venancio SI, Bógus CM, Miranda MM. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo?: expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, 2002; 18(5): 1303-1311.

A URGÊNCIA DO ENFOQUE DE GÊNERO NA PRÁXIS DA ENFERMAGEM: ALGUMAS CONSIDERAÇÕES ORIUNDAS DE REFLEXÕES DE UM GRUPO DE PESQUISA

Maria Celeste Landerdahl, Leticia Becker Vieira, Cleusa Maria Braga, Fernanda B. Cabral, Laura F.Cortez,
Cheila Sanfelice, Elenir Rizzetti Anversa, Nasser Nuh
Universidade Federal de Santa Maria
nassernuhl@bol.com.br

Introdução: O termo gênero foi mencionado e conceituado pela primeira vez por Robert Stoller no final da década de 60 do século passado. No Brasil, no entanto, estudos sobre a temática tiveram início na década de 80, sendo que, a partir da década de 90 a concepção sobre gênero alastrou-se pelo país, como também a necessidade de discussão e compreensão do tema nos diversos âmbitos sociais, sendo, de forma crescente introduzido como objeto de pesquisa no meio acadêmico (SAFFIOTI, 2004). Para Meyer (2004, p.15) gênero pode ser compreendido como “[...] todas as formas de construção social, cultural e lingüística implicadas com processos que diferenciam homens e mulheres, incluindo aqueles processos que produzem seus corpos, distinguindo-os e nomeando-os como corpos dotados de sexo, gênero e sexualidade”. Nesta ótica, a relevância das questões de gênero como pontuais determinantes das condições de vida e de saúde das mulheres, vem orientando inúmeras políticas públicas no Brasil como forma de reverter o padrão de desigualdade entre homens e mulheres em nosso país (SEPM, 2008), e, neste contexto, a enfermagem como prática que se envolve com questões políticas e sociais tem como papel fundamental reconhecer e compreender o processo saúde-doença das mulheres como construção social, sendo condicionada à qualidade das relações que se dão entre homens e mulheres em diversos cenários. Assim, entendemos como compromisso da enfermagem a tentativa de compreensão dessas desigualdades sociais, visando a superação de um paradigma que historicamente definiu papéis masculinos e femininos envoltos de poder e submissão. Nessa perspectiva, a atual Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (Brasil, 2004) têm sua filosofia fundamentada no desenvolvimento de ações que possibilite a superação da visão biologicista da mulher, a qual é, ainda, centrada no ciclo gravídico-puerperal. Destaca-se nesta esteira, o pioneirismo do Programa Atenção a Saúde Materno Infantil (PAISM) de 1984 pela iniciativa na incorporação sutil das questões de gênero nas políticas públicas de saúde dirigidas às mulheres, abrindo caminhos para a construção da atual Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher a qual está ancorada em princípios e valores sintonizados com o respeito aos direitos humanos das mulheres e na vertente de gênero na busca de integralidade e promoção da saúde. Entendemos a importância da enfermagem engajar-se na busca pela consolidação de tais premissas como forma de contribuir na conquista de melhor qualidade de vida e saúde para as mulheres. Isso representa um grande desafio, uma vez que implica em perceber que as relações de poder a que as mulheres estão sujeitas em seu cotidiano são,

agregadas a outros fatores, determinantes de doenças, implicando na busca de novos referenciais que deverão embasar novas posturas com relação à prática dirigida às mulheres que procuram os serviços públicos de saúde. O reconhecimento da questão gênero como transversal às políticas públicas são expressas com o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres – PNPM (2008), no qual exprime o comprometimento e vontade política do Governo Federal para eliminar a discriminação contra as mulheres em todas as esferas da sociedade, Apreende-se então que, ser mulher não é apenas diferente de ser homem, como também implica em desigualdade de direitos, inferioridade e opressão. Frente a isto, aponta-se como imprescindível os enfermeiros perceberem que tais aspectos permeiam as desigualdades de gênero e influenciam significativamente no perfil de adoecimento das mulheres. Reflexões dessa natureza, realizadas na disciplina Saúde da Mulher, do adolescente e da Criança do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, vêm conduzindo acadêmicos e docentes dessa universidade, bem como enfermeiros/as de outras instituições do município na busca por discussões que possibilitem compreensão sobre as questões de gênero imbricadas na sociedade. **Objetivo:** Fomentar discussões acadêmicas, tendo como pressupostos fundamentais as políticas públicas dirigidas às mulheres (Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher de 2004 e II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres de 2008), com intuito de refletir sobre a urgência em considerar as questões de gênero na práxis da enfermagem. **Metodologia:** A estratégia metodológica utilizada foi um exercício de pesquisa desenvolvido em 2008 no Grupo de Pesquisa Cuidado, Educação e Saúde, do Curso de Enfermagem da universidade em questão, quando foi possível fazer a leitura de 247 resumos de artigos de periódicos de enfermagem disponíveis em base de dados BDENF que tinham gênero como um de seus descritores. Os encontros do grupo eram semanais e serviam para tirar dúvidas e esclarecer sobre o conteúdo dos resumos como forma de incluí-los ou não na amostra do estudo. **Resultados e Considerações:** O aprendizado que se deu durante o processo de leitura foi muito rico, uma vez que conduzia sistematicamente os integrantes do grupo a se reunir e esclarecer dúvidas a respeito da temática em questão. Desta forma, foi possível balizar o conhecimento do grupo e prepará-lo para uma pesquisa de campo, a qual será realizada com docentes de enfermagem, tendo como objetivo conhecer a concepção de gênero destes profissionais. Bem como, desencadeou inquietações em uma acadêmica do grupo, a qual está desenvolvendo seu trabalho de conclusão de curso nesta perspectiva, que tem como objetivo conhecer as concepções sobre gênero de profissionais que atuam em uma unidade de um hospital universitário. O estudo serviu para compreender a importância e a urgência em considerar as questões de gênero na assistência à saúde das mulheres, e vislumbrar o papel fundamental que a enfermagem tem na construção de um compromisso com a justiça e equidade para com a sociedade. Acreditamos que oportunizar espaços para discussão e reflexão acerca de temática nas instâncias da docência, serviço e pesquisa contribua no empoderamento das mulheres, configurando-se como instrumento de conscientização na busca pela igualdade de direitos, autonomia, respeito às diversidades e oportunidades entre mulheres e homens, condição indispensável para a justiça, a paz e o progresso no mundo. Esperamos que, nossas tentativas de compreensão e visibilidade de temática gênero por meio deste grupo instiguem ainda a acadêmica para uma construção social pautada na igualdade de gênero e condizentes com as diretrizes propostas pelas políticas públicas na superação de novos desafios na busca de mais cidadania as mulheres brasileiras.

Descritores: enfermagem, saúde das mulheres, Gênero.

Referências:

1. SAFFIOTTI, H. I. B. *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.
2. 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: Editora do Ministério da Saúde, 2004.
3. SCOTT, J. *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. Educação e Realidade. Vol. 20. n. 2. jul- dez; 1995.
4. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres*. Brasília; Editora do Ministério da Saúde, 2008.

**APRESENTANDO O PAIGA: PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À GESTANTE
ADOLESCENTE**

Fernanda Berny, Aldo Beck, Cláudia Becker, Cosme Joviano, Fernanda Berny, Lidiane Bitencourt
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
nandaberny@gmail.com

Introdução: Gravidez na adolescência é considerada um importante problema na saúde pública no Brasil, e pode ser considerada de risco. O PAIGA tem como objetivo acompanhar as etapas de gestação, em uma fase em que as mulheres se encontram em pleno desenvolvimento físico e mental - a adolescência. **Objetivos:** descrever a importância do cuidado especial às gestantes adolescentes e apresentar o PAIGA, programa realizado pelo hospital Materno Infantil Presidente Vargas. **Metodologia:** revisão de literatura e relato de experiência, visita ao hospital Materno Infantil Presidente Vargas e entrevista com a equipe do PAIGA. **Resultados:** mães adolescentes estão mais sujeitas à hipertensão, anemia, baixo ganho de peso, infecções urinárias, parto prematuro, aborto, morte e suicídio. O PAIGA é um programa de pré-natal especial multidisciplinar que atende gestantes até 17 anos. As gestantes podem chegar diretamente ao serviço ou através de encaminhamento. Lá elas têm consultas com obstetra e psicóloga, e participam de grupos que estimulam as consultas, a participação do pai, cuidados gerais e a gestação. A equipe que realiza o parto é a mesma que acompanha o bebê até os três anos e a mãe até os 18 anos. **Conclusões:** é evidente a diminuição dos riscos gestacionais e perinatais quando a jovem é bem acompanhada durante a gestação. Contando com uma equipe multiprofissional, através do programa a gestante é atendida de forma integral, tendo as suas necessidades atendidas neste período especial. A família também participa dos grupos, onde são esclarecidas dúvidas e são dadas orientações sobre a gestação e educação para saúde. A continuidade do acompanhamento mesmo após o parto garante-lhes uma completa assistência à saúde.

Descritores: gravidez, adolescente, cuidado pré-natal.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRA PACIENTE SUBMETIDA A HISTERECTOMIA

Delvira Coelho Teixeira, Juliana da Silva Dias, Maria Saete de Godoy Jorge da C. Franco, Rejane Padilha Fortis

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ju_tche@hotmail.com

O trabalho trata de um estudo clínico na modalidade de cuidado ao adulto em situação de pré-operatório, pós-operatório e alta de Histerectomia realizado pela enfermeira, técnicas e acadêmica de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e que tem por objetivo a educação em trabalho de maneira contínua através do levantamento de questões pontuais e fundamentais da realização do cuidado ao paciente, da discussão em equipe da importância do assunto, da revisão de conceitos, da retirada de dúvidas e da construção de conhecimentos junto aos membros da equipe de enfermagem. A metodologia utilizada foi uma palestra expositiva visual e dialogada. Os resultados obtidos foram as intervenções de enfermagem para o pré-operatório, pós-operatório e alta, além das dúvidas comuns das pacientes em caso de histerectomia. Em suma, através do estudo clínico e discussão em grupo tivemos a oportunidade de rever alguns conceitos sobre histerectomia, aperfeiçoar o atendimento oferecido aos nossos pacientes, promovendo recuperação e promoção em saúde, aumentando assim a qualidade de vida das pacientes.

Descritores: histerectomia vaginal, procedimento cirúrgico em ginecologia, enfermagem.

DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E DE MAMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Luana de Oliveira Severo, Daione Simon, Josi Barreto Nunes, Paula Pereira de Figueiredo
Universidade Federal do Pampa
lumorena_1602@hotmail.com

Introdução: A detecção precoce do câncer de mama e colo de útero é de suma importância para a manutenção da saúde da mulher, já que eles assumem posição de destaque entre as causas de morbimortalidade por neoplasias malignas no território brasileiro e no estado do Rio Grande do Sul. **Objetivo:** Apresentar um relato de experiência acerca das dificuldades identificadas por acadêmicas de enfermagem nas práticas dirigidas à saúde da mulher na temática de detecção precoce do câncer de colo uterino e de mama. **Metodologia:** Trata-se de um relato construído a partir da vivência de três acadêmicas do sexto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa, em estágio curricular em saúde da mulher no âmbito da atenção básica, realizado no período de janeiro e fevereiro de 2009. **Resultados:** Na experiência vivenciada foi verificado que, apesar de as mulheres atendidas apresentarem acesso à informação sobre a temática em questão, ainda não sabem quando começar a fazer o exame de mamas, realizando o auto-exame em período incorreto. Além disso, a vergonha em expor o corpo à outra pessoa que não seja o seu cônjuge também se constitui numa barreira à realização do exame. Quanto ao exame citopatológico, as

mulheres demonstraram medo em conhecer o resultado e relataram não retornar à Unidade de Saúde para obtê-lo. Sob uma perspectiva mais ampliada, a dificuldade de acesso ao atendimento também contribui para que as ações de detecção precoce do câncer de colo de útero e de mama não sejam realizadas adequadamente. **Considerações Finais:** A partir dos resultados apresentados, acredita-se que a Enfermagem possa empreender em novas tecnologias de abordagem à mulher para que consiga corrigir as fragilidades encontradas e seguir contribuindo para a promoção da saúde e a prevenção secundária e terciária do câncer de colo uterino e de mama.

Descritores: educação em saúde, saúde da mulher e prevenção de câncer de mama

ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER E VIOLÊNCIA DE GÊNERO: UMA EXPERIÊNCIA ACADÊMICA

Juliana da Silva Dias, Patrícia Silva da Silva, Gabriela Viera Soares, Karina Kalsing, Fernanda Berny,
Cristiani Caroline Knöpker, Alngela Luft, Dora Lúcia de Oliveira
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
ju_tche@hotmail.com

O trabalho trata de uma experiência acadêmica vivenciada na disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher relacionada ao tema ‘violência de gênero’. O objetivo da experiência era abordar ‘saúde da mulher’ de uma forma ampliada, para além do foco em tópicos obstétricos, com base na literatura e em visitas a serviços que atendem mulheres vítimas de violência. Com esta experiência esperava-se que os futuros enfermeiros desenvolvessem um senso crítico sobre as questões envolvidas no fenômeno da violência de gênero e colhessem subsídios para encaminhar e orientar mulheres vítimas de violência de gênero, com as quais tivessem contato nas suas carreiras profissionais. A literatura revisada e os principais pontos do debate atual sobre violência de gênero, assim como relatos das visitas foram incluídos num trabalho escrito que foi apresentado para toda a turma de acadêmicos do sexto semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que cursavam a disciplina. Além do trabalho escrito os alunos também elaboravam *folders* contendo as principais informações sobre os serviços visitados. Os resultados obtidos foram o conhecimento da dimensão desse problema de saúde pública e das dificuldades encontradas nos atendimentos prestados desde a delegacia até o serviço de saúde. Concluindo, a realização do trabalho nos proporcionou uma visão mais ampla do tema ‘saúde da mulher’, sobre a realidade de atendimento oferecido às vítimas de violência e de que maneiras podemos ajudar enquanto futuros profissionais de saúde.

Descritores: violência, coerção, mulher.

MASTECTOMIA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA PESQUISA BIBLIOGRÁFICA

Cheila Sanfêlice, Laura Ferreira Cortes, Lenise Dias da Silva, Thaísa Siqueira Marques

Universidade Federal de Santa Maria

cheilinha_sanf@yahoo.com.br

A mastectomia traz uma diversidade de sentimentos para a mulher, os quais resultam em mudanças psicossociais e espirituais, além da alteração física conseqüente da cirurgia. A perda da mama é considerada uma mutilação do corpo, a qual modifica significativamente a imagem corporal e a auto-estima das mulheres. Neste estudo, buscou-se conhecer a produção científica da enfermagem brasileira sobre a assistência dispensada às mulheres mastectomizadas e os sentimentos vivenciados por elas. Para tanto, realizou-se uma pesquisa bibliográfica em bases de dados eletrônicas, a partir do ano de 1995. Dentre as publicações encontradas, verificou-se que alguns sentimentos experimentados pelas mulheres mastectomizadas são: medo, vergonha, tristeza, impotência, dor e limitação. Quanto à assistência prestada a essas pacientes, a atuação da enfermagem é mais percebida nos grupos de auto-ajuda e nas consultas de enfermagem. O significado das mamas para as mulheres passa pelo nobre símbolo do seio que amamenta até a sensualidade de sua forma, portanto, ao se ver sem ele, a mulher precisa sofrer um processo de readaptação. Assim, observa-se que a enfermagem deve exercer ações de educação e estímulo a construção de novos papéis, resgatando a auto-estima dessas mulheres, fazendo com que elas desenvolvam o cuidado de si. Entendemos que este estudo contribui para instrumentalização dos profissionais de enfermagem no cuidado às mulheres mastectomizadas, trazendo informações sobre os sentimentos e dificuldades vivenciadas por elas e as formas de atendê-las de maneira integral.

Descritores: câncer de mama, mastectomia, assistência de enfermagem.

O SIGNIFICADO DO ALEITAMENTO MATERNO PARA AS MULHERES QUE AMAMENTAM: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO

Cheila Sanfêlice, Graciela Dutra Sehnem, Laura Ferreira Cortes, Lenise Dias da Silva

Universidade Federal de Santa Maria

cheilinha_sanf@yahoo.com.br

O aleitamento materno, segundo Carvalho et al. (2000, p. 15) “traz vantagens para a criança para a mulher e para o Estado”. Conforme esse autor, o leite humano contém a quantidade e qualidade de nutrientes necessárias ao desenvolvimento da criança, favorece a recuperação da mulher no pós-parto, tendo, também, efeito contraceptivo. Ainda, reduz custos com a saúde, mantendo uma população mais saudável fisicamente e com maior capacidade intelectual e diminuindo importações de leites industrializados (CARVALHO et al., 2000). Apesar dos benefícios da amamentação, a prática do desmame precoce ainda é significativa na nossa sociedade, influenciada por uma cultura de “não amamentação” que vem desde a pré-história, perpassando

pela prática das amas-de-leite importada da colonização portuguesa e pela constante busca de um leite artificial satisfatório (ARANTES, 1995). Entende-se que o ato de amamentar é um processo que transcende a questão biológica feminina, pois envolve aspectos emocionais, culturais, econômicos e sociais. Portanto, no atendimento à puérpera, devem ser consideradas não apenas as vantagens do aleitamento para o desenvolvimento da criança, mas também as questões do querer e decidir da mulher em amamentar. Dessa forma, após a realização de ações com gestantes e puérperas, propiciadas a partir de vivências no Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, sentiu-se a necessidade de entender o que permeia o processo do “querer amamentar”. O aleitamento materno é comprovadamente muito importante para a saúde da criança, mas pouco se vê essa prática na perspectiva da mãe. Acredita-se que a compreensão do que isso significa para as mulheres que amamentam é de extrema relevância, na busca de melhor fundamentar o cuidado e o apoio ao aleitamento materno. Assim, objetivou-se conhecer a produção científica brasileira sobre o significado da amamentação para as mulheres que a experienciaram. Nesta perspectiva, o estudo caracteriza-se por uma pesquisa bibliográfica, desenvolvida a partir do método descritivo-exploratório. Para tanto, foi realizado o levantamento da bibliografia nacional existente, acerca de tal enfoque, por meio de uma busca às publicações nas bases de dados eletrônicas Literatura Latino-americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados em Enfermagem (BDENF). Foram selecionados somente artigos publicados em periódicos nacionais disponíveis em meio eletrônico, a partir do ano de 1995. A busca pelos textos foi realizada a partir do cruzamento dos descritores oficiais aleitamento materno/amamentação com os descritores significado/sentimentos/compreensão/vivências/percepções. Logo após realizou-se uma leitura exploratória, sendo selecionados 14 artigos condizentes com os objetivos do estudo, os quais foram utilizados para a análise. A partir dessa análise, percebe-se que a amamentação é vista pelas puérperas como um processo que envolve a nutrição da criança, o dever como mãe, a afetividade do binômio mãe-filho, a rede de apoio, o conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno e as significações socioculturais pré-existentes respectivas a esse tema. Conforme Braga, Machado e Bosi (2008) a escolha pela amamentação é determinada pelo fenômeno existencial, que relaciona os contextos biológico, psicológico e social. Os estudos analisados trazem o conceito de ambigüidade na representação que a mulher traz em relação à amamentação. Ao mesmo tempo em que o ato de amamentar proporciona prazer, sensação de dever cumprido e afetividade, acarreta em dor, desconforto, prejuízo da estética e afastamento dos outros papéis sociais. Dentre as representações positivas, observa-se que “as mulheres consideram importante amamentar por proporcionar uma boa condição de saúde e de desenvolvimento para a criança” (NAKANO, 2003, p. 358). Encontra-se citado inúmeras vezes pelas participantes dos estudos, o fato de que a amamentação também promove o contato físico entre mãe e filho, contribuindo para o vínculo e o desenvolvimento do lado emocional da criança. Além disso, é prático e não tem ônus financeiro para a família. O aleitamento materno tem uma significação social como ato natural, que revela o amor da mãe pelo seu filho, gerando um sentimento de obrigação para a mulher. Esse ato visando suprir as necessidades da criança é muito valorizado, entretanto, quando a mulher encontra dificuldades e não consegue fazê-lo de forma satisfatória, experimenta angústias e conflitos, principalmente pelo medo de ser mal vista pela sociedade. Quanto às representações negativas da amamentação, as nutrízes referem dor, cansaço físico, planos de retornar ao

trabalho e perda da beleza das mamas. Somando-se a isso, encontram dificuldades diversas, como falta de apoio de familiares e de profissionais da saúde, comprometimento do lazer e da liberdade, problemas na técnica de amamentação e intercorrências como fissuras dos mamilos. No entanto, apesar das dificuldades de amamentar, observa-se que a importância que a nutriz dá à amamentação como responsável pelo bem estar do filho, muitas vezes, sobrepõe suas próprias necessidades, fazendo-a persistir na tarefa. Essa afirmativa corrobora com Carvalho et al. (2000, p. 18) ao dizerem que “a dor [...] pode revelar também a compreensão social da condição feminina. Sofrer a dor do parto e a dor do aleitamento materno é ser mulher, é ser feminina é enfim, assumir a condição que a natureza impõe”. Os autores também apontam para modificações dos profissionais de saúde na atenção a essas mulheres. É preciso repensar as práticas, pois “mesmo sendo a amamentação um ato 'natural', 'instintivo', é necessário considerar que existe, além das mamas e do bebê, uma mulher com os próprios anseios, sua história, suas inseguranças, medos e frustrações, suas crenças e valores” (RAFAEL, SILVA, RODRIGUES, 2005, p. 222). Para Silva (1996, p. 61), a atuação do profissional de saúde será mais efetiva quando este, “ao colocar-se na situação de assistir a mulher e seu filho no processo da amamentação, propiciar uma interação que permita uma comunicação real com a nutriz e combinar sua habilidade técnica com a sensibilidade de perceber as necessidades reais dessas mães”. Diante da análise dos artigos, considera-se a importância de percebermos o aleitamento materno não apenas como um processo biológico, mas como um fenômeno existencial, que envolve o contexto biológico, social, cultural, político e individual de cada mulher. Assim, “fica evidenciado que a mulher age no que concerne à amamentação, baseada no significado que essa tem para ela” (RAFAEL, SILVA, RODRIGUES, 2005, p. 226). Portanto, cabe aos profissionais de saúde buscarem conhecer o que as mulheres sentem frente à amamentação, a fim de pautarem suas ações na integralidade do atendimento. Desse modo, eles estarão preparados para auxiliá-las, tanto na decisão de amamentar, quanto na de não amamentar.

Descritores: amamentação, saúde da mulher, cultura.

Referências:

1. ALMEIDA, J. A. G. de; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. *Jornal de Pediatria*, v. 80, n. 5, p. 119-25. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>
2. AMORIM, S. T. S. P. de; MOREIRA, H.; CARRARO, T. E. Amamentação em crianças com Síndrome de Down: a percepção das mães sobre a atuação dos profissionais de saúde. *Revista de Nutrição*, v. 12, n. 1, p. 91-101. Campinas, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v12n1/v12n1a08.pdf>> Acesso em: 20/10/08.
3. ARANTES, C. I. S. Amamentação – visão das mulheres que amamentam. *Jornal de Pediatria*, v. 71, n. 4, p. 195-202. Rio de Janeiro, 1995. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-04-195/port.pdf>> Acesso em: 20/10/08.
4. ARAÚJO, O. D. de et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 61, n. 4, p. 488-92. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000400015&script=sci_arttext> Acesso em: 20/10/08.
5. BRAGA, D. F.; MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. *Revista de Nutrição*, v. 21, n. 3, p. 293-302. Campinas, 2008. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732008000300004&script=sci_arttextAcesso em: 20/10/08.
6. BUCHALA, L. M.; MORAES, M. S. Amamentação vivenciada com sucesso por um grupo de mulheres. *Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 12, n. 4, p. 177-82. São Paulo, 2005. Disponível em: http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-12-4/03_ID131.pdf> Acesso em: 20/10/08.

7. CARVALHO, M. D. de B. et al. O significado do ato de amamentar: visão das puérperas primigestas. Arquivos de Ciências da Saúde Unipar, v. 4, n. 1, p. 15-8. Paraná, 2000. Disponível em :<<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/1004/867>> Acesso em: 20/10/08.
8. LOURENÇO, M. A.; DESLANDES, S. F. Experiência do cuidado materno e amamentação sob a ótica de mulheres vítimas de violência conjugal. Revista de Saúde Pública, v. 42, n. 4, p. 615-21. São Paulo, 2008. Disponível em : <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/2008nahead/6914.pdf>> Acesso em: 20/10/08.
9. MACHADO, L. V.; LAROCCA, L. M. Intercorrências mamárias e desmame precoce: uma abordagem comunicacional. Cogitare Enfermagem, v. 9, n. 2, p. 89-98. Paraná, 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/1720/1428>> Acesso em: 20/10/08.
10. MACHADO, M. M. T.; BOSI, M. L. M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo unto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 8, n. 2, p. 187-96. Recife, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8>.
11. NAKANO, A. M. S. et al. O significado do aleitamento materno para um grupo de profissionais enfermeiros e da clientela por eles assistida. Acta Paulista de Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 27-34. São Paulo, 1998. Disponível em: <http://www.unifesp.br/denf/acta/1998/11_2/pdf/art3.pdf> Acesso em: 20/10/08.
12. NAKANO, A. M. S.; MAMEDE, M. V. A prática do aleitamento materno em um grupo de mulheres brasileiras: movimento de acomodação e resistência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 7, n. 3, p. 69-76. Ribeirão Preto, 1999. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13478.pdf>> Acesso em: 20/10/08.
13. NAKANO, A. M. S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites do ser “o corpo para o filho” e de ser “o corpo para si”. Caderno de Saúde Pública, v. 19, sup. 2, p. 355-63. Rio de Janeiro, 2003. Disponível em : <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19s2/a17v19s2.pdf>> Acesso em: 20/10/08.
14. RAFAEL, E. V.; SILVA, R. M. da; RODRIGUES, M. S. P. O significado da amamentação para a mulher primípara. Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery, v. 9, n. 2, p. 221-8. Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2005_vol09/2005_vol09n02AGOSTO.pdf> Acesso em: 20/10/08.
15. SILVA, I. A. Atuação da enfermeira no projeto de incentivo ao aleitamento materno. Acta Paulista de Enfermagem, v. 9, n. especial, p. 57-61. São Paulo, 1996. Disponível em: <<http://www.unifesp.br/denf>.

RODAS DE CONVERSA: ESPAÇOS DE PARTICIPAÇÃO SOCIAL PARA MULHERES

Adriana Krum, Cheila Sanfelice, Elenir Terezinha Rizzetti Anversa, Fernanda Beheregaray Cabral, Laura Ferreira Cortes, Maria Celeste Landerdahl, Lizandra Flores Pimenta
Universidade Federal de Santa Maria
laurafcortez@hotmail.com

A construção de uma sociedade igualitária, justa e alicerçada em princípios de solidariedade, implica na abordagem de questões como cidadania e direitos humanos de forma que homens e mulheres tenham possibilidade de atuar em harmonia no meio em que vivem, trabalham e se relacionam. No entanto, a luta para romper estigmas históricos excludentes é, ainda, um grande desafio em muitas sociedades, especialmente para as mulheres que, de forma crescente, vem se destacando, por meio de movimentos nacionais e internacionais na luta por igualdade de direitos, condição fundamental para o estabelecimento de uma sociedade justa e democrática (LANDERDAHL, 2009 a). Para que esta construção seja possível deve-se dispor de espaços nos quais as pessoas possam aprender, discutir e refletir sobre a cultura vigente; espaços de compreensão onde as mulheres participem como cidadãs na busca pela igualdade de gênero, uma vez que, suas características biológicas, são, ainda, relegadas a uma situação de inferioridade em relação aos homens.

Neste sentido, este trabalho tem como objetivo relatar, a fim de socializar com a comunidade, a participação de enfermeiras, docentes da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e de outras instituições, e acadêmicas de enfermagem da UFSM, nas rodas de conversa do Evento “I Semana Municipal da Mulher”, realizado pelo Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres (CMDM) de Santa Maria – RS em parceria com a Prefeitura Municipal e com a Câmara de Vereadores deste município. O evento, respaldado pela Lei Municipal número 5151 de 25/08/2008, ocorreu de 11 a 29 de março em Santa Maria e teve como principal objetivo oportunizar espaços para debates e reflexões acerca de temas que contribuíssem no empoderamento das mulheres possibilitando avanços na conquista da cidadania das mesmas. Além disso, serviu como instrumento de conscientização na busca pela igualdade de direitos e oportunidades entre mulheres e homens, condição indispensável para a justiça, a paz e o progresso no mundo. As questões de gênero, portanto, imbricadas na temática dos direitos humanos e sintonizadas com a busca pelo empoderamento feminino, alimentaram as discussões propostas pelo Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres de Santa Maria (CMDM) neste evento. Com isto, a programação científica deste foi construída por um grupo de enfermeiras que se reuniu a partir da tentativa de resgatar o real sentido do Dia Internacional da Mulher (08 de março). Tal construção foi embasada na ótica do II Plano Nacional de Políticas para as mulheres, elaborado pela Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (2008), referência máxima para efetivação dos direitos das mulheres brasileiras. Este documento tem como princípios: a igualdade, o respeito à diversidade, a equidade, a autonomia das mulheres, a universalidade das políticas, a transparência dos atos públicos, a participação e o controle social, dentre outros; todos eles comprometidos com a garantia da implementação de “políticas integradas para a construção e a promoção da igualdade de gênero, raça e etnia”. Esse documento retrata o compromisso do Estado Brasileiro na busca pela igualdade de direitos e oportunidades entre homens e mulheres. Coloca, desta forma, o pressuposto formulado em 1993, na Conferência Mundial de Direitos Humanos, em Viena, de que “os direitos das mulheres são direitos humanos”; prerrogativa que convida o mundo a “olhar” as mulheres (e conseqüentemente o planeta) em outra perspectiva. Isso implica, no entanto, na transformação da cultura carregada de preconceitos e discriminação que desvaloriza e desautoriza as mulheres. Tal cultura, impregnada e naturalizada no contexto social só será superada com o cultivo de princípios éticos e solidários que coloquem, de fato, homens e mulheres lado a lado, conforme Brasil (2008 apud LANDERDAHL, 2009 b). Com esta ótica, na programação do evento foram realizadas mesas redondas que ocorreram na Câmara Municipal de Vereadores e rodas de conversas ocorridas nas Unidades de Saúde das Regiões Sanitárias do município em questão. Salienta-se a participação nas rodas de conversa, pois foram momentos de diálogo destinados à participação das pessoas da comunidade de cada região sanitária. Os encontros visaram discutir assuntos como: o significado do Dia Internacional da Mulher, o que é e como funciona o CMDM, controle social, políticas públicas para as mulheres, questões de gênero, violência de gênero, Lei “Maria da Penha”, dentre outros. Nestes espaços, a comunidade foi participativa questionando e relatando suas vivências. Por meio desta interação emergiram vários depoimentos de situações vivenciadas por estas mulheres, bem como reflexões acerca das temáticas desenvolvidas. Percebeu-se que eventos e espaços como estes servem para sensibilizar a população de modo a vislumbrar transformações culturais que possibilitem relações sintonizadas com o

respeito, a ética e a solidariedade visando à luta pelos direitos humanos e de igualdade social. Além disso, as rodas de conversas possibilitaram compreender o real significado do “08 de março”, qual seja: promover e estimular a apreensão de conhecimentos que permitam reflexões da comunidade e das mulheres, em especial, na busca pela superação da desigualdade de gênero, condição fundamental para garantia de justiça e progresso mundial (LANDERDAHL, 2009 b); e ainda que o contexto social envolvido nas relações de opressão entre homens e mulheres atua como determinante para a vida e saúde dos seres. Nesta perspectiva, estes espaços configuram-se em oportunidades para profissionais de saúde, em especial enfermeiros, desenvolverem atividades no sentido de estimular a participação, autonomização e cidadania de tais sujeitos. Acredita-se que, as rodas de conversas desenvolvidas e acompanhadas neste evento, contribuam na qualificação da participação da comunidade, como também; que a socialização deste relato coopere para solidificar a sensibilização de profissionais de saúde acerca da importância de desenvolver rodas de conversas e propiciar momentos de debate para os indivíduos, uma vez que, estas servem como espaços de luta por uma assistência integral e igualitária à saúde das mulheres. Ainda, neste sentido, as rodas de conversa configuraram-se como oportunidades para que mulheres e profissionais enfermeiros sejam capazes de atuar transformando a realidade social na qual estão inseridos. Isto atenta para a importância do desenvolvimento do papel social do enfermeiro pautado em ética, compromisso social e em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde. Para finalizar, é válido mencionar que a mudança de postura dos indivíduos transita na esteira da transformação de cultura no país; ou seja, é preciso que os brasileiros, em especial as mulheres, se percebam como sujeitos na construção de sua história como possibilidade de mudanças, também, na saúde.

Descritores: saúde da mulher, enfermagem, participação social.

Referências:

1. CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DAS MULHERES. Março: mês de conscientização feminina. Santa Maria, fev. 2009.
2. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; Editora do Ministério da Saúde, 2008.
3. LANDERDAHL, M.C. A propósito do Dia Internacional da Mulher. Diário de Santa Maria, Santa Maria, março 2009 (a).
4. LANDERDAHL, M.C. Avanços do mês de março. Diário de Santa Maria, Santa Maria, março 2009 (b).



***Enfermagem no
Cuidado ao Adulto***

AVALIAÇÃO DA DOR PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Zilmara Vieira Martins, Ane Isabel Linden

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

zilmrav@zipmail.com.br

Cada dor é única. “Cada dor é uma dor de uma pessoa, com todas as suas peculiaridades – sua história, sua criação, sua etnia, sua personalidade, seu contexto, seu momento.” (Carvalho 1999, p. 10). Entender a dor é um desafio que afronta a humanidade. Razão e coração unem-se neste desafio. Aprender a pensar nas pessoas em suas relações, seu contexto e seus modos de vida requer a convergência de diversos conhecimentos. No entender de Pedroso e Celich (2006), ter a capacidade de compreender a experiência do outro, como ele vivencia; é estar atento para manter vivo o seu papel de cuidador, centrando a ação no ser humano, respeitando sua singularidade e seu modo de existir. A avaliação da dor, segundo Pimenta (1999), é fundamental para se compreender a origem e a magnitude da dor, para implementação de medidas analgésicas e verificação da eficácia do tratamento instituído. Para Silva e Pimenta (2003), a avaliação deve incluir: características da localização, da intensidade, da frequência, da duração e da qualidade da dor, salientando o registro dessas informações. A avaliação da dor caracteriza a experiência e possibilita um cuidado personalizado de acordo com as necessidades do indivíduo. “O cuidado, por sua vez, implica numa relação interpessoal irrepetível, constituída de atitudes humanas, nem sempre previsíveis e que não devem ser preestabelecidas, tendo em vista a peculiaridade do ser humano de ser único e potencialmente criativo”. (Waldow 1999, p. 111). O cuidado exige comunicação e parcerias para ver, ouvir, ensinar e imaginar formas possíveis de aliviar o sofrimento. Compreender o indivíduo doente nas suas ações, na sua dor e nas suas limitações. Na avaliação da dor devem ser considerados aspectos ligados ao adoecer, aos medos, as crenças e as fragilidades dos indivíduos doentes. Os instrumentos de avaliação da dor devem ser adequados à capacidade de compreensão dos indivíduos, para que possam atingir o objetivo proposto. Vários instrumentos são utilizados para tentar enquadrar o sofrimento humano em padrões objetivos e documentar a necessidade de intervenções. Entretanto, a avaliação da dor é mais ampla e abrangente do que a mensuração do sintoma. A avaliação da dor não se resume simplesmente em intensidade. Para entender a totalidade da dor, todas as suas interfaces devem ser avaliadas. Conforme Rigotti e Ferreira (2005), a inexistência de instrumentos de avaliação da dor não impede que o fenômeno doloroso seja avaliado e registrado. Por outro lado, os autores defendem a importância do uso de protocolos padronizados, para que todos os profissionais avaliem a dor de forma sistemática. O estudo investigou a adequação e a sistemática na avaliação da dor, na unidade de internação adulto II do Hospital de Pronto Socorro de Canoas e com base nos resultados propôs melhorias. O delineamento do estudo foi do tipo descritivo com enfoque quantitativo. A coleta de dados foi realizada no primeiro semestre de 2008, através de um formulário semi-estruturado. Os formulários foram submetidos inicialmente a um teste piloto para verificar adequação da linguagem e operacionalidade, sendo que estes resultados não foram considerados na pesquisa final. O teste piloto foi realizado em outra instituição, com profissionais da enfermagem, que se propuseram em colaborar com a pesquisa. A amostra foi composta por 27 profissionais da equipe de enfermagem atuantes na unidade de internação adulto II do

Hospital de Pronto Socorro de Canoas. Os dados foram analisados por estatística descritiva, com distribuição de frequência absoluta e relativa. Os informantes da pesquisa demonstraram-se atentos a vários sinais característicos da presença de dor. A queixa verbal (29%) foi o item predominante entre os indicadores da presença de dor reconhecidos pela equipe, seguido de escala de dor (25%), postura corporal (19%) e sinais vitais (14%). O sintoma é reconhecido, ainda, através da observação dos comportamentos de dor e indicadores fisiológicos tais como: expressão facial; sudorese; sons; gemidos e agitação. A dor, na ótica de Turk e Okifuji apud Silva e Ribeiro-Filho (2006), causa alterações biológicas na frequência cardíaca; na respiração; na transpiração; na tensão muscular; na pressão arterial e outras mudanças associadas ao estresse, agonia e aflição da resposta. As respostas sugerem que os sinais indicadores da presença de dor são consensualmente reconhecidos entre os profissionais da equipe. No entanto, os pacientes que não conseguem verbalizar suas queixas de dor constituem um desafio aos profissionais. Para Silva e Ribeiro-Filho (2006) a melhor forma de avaliação e mensuração da dor ocorre através do auto-registro. Entretanto, em muitas circunstâncias o uso de auto-registros de dor é inviável, e indicadores comportamentais e fisiológicos devem ser considerados. Na visão de Pimenta e Portnoi (1999), a dor pode ser comunicada por comportamentos motores, verbais, sociais e inclusive pela ausência de comportamento manifesto. Conforme Pedroso e Celich (2006), a melhor maneira de avaliar a dor é confiar nas palavras e no comportamento do indivíduo sofredor, acreditando que a dor existe. Os profissionais precisam treinar seus olhares, para reconhecer a subjetividade e a totalidade da dor. A valorização das queixas algícas e a investigação das situações de dor são posturas essenciais aos profissionais da saúde. Compreender o sofredor e respeitar a totalidade do seu sofrimento, para que a dor possa ser tratada adequadamente. Todavia, a valorização das queixas de dor não deve limitar-se a alguns indivíduos. A maioria dos colaboradores (74%) sempre acredita na dor dos pacientes. Em contrapartida, algumas justificativas contradizem as afirmações dos profissionais. Os informantes relataram que alguns indivíduos simulam ou aumentam a intensidade da dor. Outras dificuldades evidenciadas envolvem a avaliação da dor dos pacientes dependentes de álcool, drogas e fármacos. As crenças pessoais e as experiências prévias dos trabalhadores induzem a julgamentos errôneos e ao tratamento inadequado da dor. Os trabalhadores apresentam comprometimento com o cuidado, disposição para avaliar a dor, e reconhecem a importância da avaliação do sintoma. Nenhum indivíduo conclui o seu turno de trabalho sem avaliar a dor dos pacientes sob sua assistência. Contudo, as características da dor são investigadas de modo aleatório. A avaliação da dor apresenta grande variação entre os profissionais, seja por conhecimento teórico, experiências prévias ou características individuais. Esta variação é algo comum na enfermagem, pois a dor é subjetiva e reveste-se de questões pessoais do profissional, que podem influir na sua forma de agir. Existe a necessidade de aprimorar o cuidado aos indivíduos com dor. Acredita-se que a adoção de diretrizes para a sistematização do processo de avaliação da dor e a capacitação da equipe de enfermagem, são metas a serem perseguidas. Deve-se aproveitar o enorme potencial humano da instituição, para desenvolver projetos de capacitação relacionados à avaliação da dor. No entendimento de Pedroso e Celich (2006), a prática educativa é fundamental para o aperfeiçoamento dos profissionais, é mola propulsora do conhecimento e do desenvolvimento das potencialidades e possibilidades dos seres humanos. Por fim, a pesquisa é uma forma

de mergulhar nas oportunidades de transformar os saberes construídos em solidariedade, bem como aprimorar o cuidado aos que sentem dor.

Descritores: Dor; Avaliação; Enfermagem.

CUIDADO DE ENFERMAGEM A PACIENTES PORTADORES DE PERDAS FUNCIONAIS NA ESF

Márcia Gabriela Rodrigues de Lima, Gabriela Zenatti Ely, Katiele Hundertmarck, Mariangela Uhlmann
Soares, Maria de Lurdes Denardin Budó

Universidade Federal de Santa Maria

grlmarcia@yahoo.com.br

A incidência de doenças que ocasionam dependência física de um cuidador desperta interesse em assistir-las. Na pesquisa realizada numa Unidade de Saúde da Família (USF), em Santa Maria-RS foi encontrado um número significativo de pessoas com perdas funcionais como: seqüelas de acidentes, doenças crônico-degenerativas, doenças congênitas e outras dependências (BUDÓ & MATTIONI, 2007). Neste cenário, traçamos como objetivo, descrever o projeto de extensão para cuidar/assistir pessoas portadoras de perdas funcionais, fomentados pela educação em saúde e olhar integral, embasados pela Clínica Ampliada. O projeto de extensão intitulado “Cuidado a pessoas portadoras de perdas funcionais e dependência no ambiente domiciliar” é desenvolvido no município de Santa Maria-RS definindo por território uma USF. Por meio de visitas domiciliares visa uma ação educativa/assistencial, no contexto da rede familiar e social potencializar o estado de saúde, seja de reabilitação ou adaptação. As visitas são realizadas semanalmente pelo curso de Enfermagem. A escolha dos casos é feita pela Equipe de Saúde e membros do projeto. As visitas proporcionaram aproximação da comunidade com academia e “o pressuposto da complementaridade entre o saber popular e profissional” (BUDÓ, 2002, p.178). A criação de vínculo e (re) conhecimento da realidade do individuo possibilitaram planejar as ações educativas, subsidiada pela criatividade e referencial teórico aliado a prática. As atividades propuseram esclarecimentos que visam integralidade, autocuidado e empoderamento do individuo diante de sua saúde. Algumas dificuldades para desenvolver este projeto incumbem a Equipe local de Saúde, seja pela rotatividade de profissionais, não adeptos as filosofias do projeto ou questões que implicam na burocracia e política. Este projeto possibilitou assistir/cuidar pautado na ação educativa e integral de pacientes no contexto familiar e social, e na rede de prestação dos serviços de saúde.

Descritores: doenças crônicas; Enfermagem; Educação em saúde.

EDUCAR PARA O CUIDAR - NOVOS DESAFIOS AOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM E FAMILIARES DOS PACIENTES PORTADORES DE IRC

A insuficiência Renal Crônica (IRC) caracteriza-se por uma patologia progressiva e silenciosa com perda irreversível da função renal culminando na terapia substitutiva: hemodiálise, diálise peritoneal ou transplante renal. Algumas literaturas pesquisadas (QUEIROZ et. al., 2008; SESSO, GORDAN, 2007; PACHECO, SANTOS, BREGMAN, 2006) revela-se como problema de saúde pública em ascensão, oneroso do ponto de vista social e econômico; de elevada morbi-mortalidade, com potencial para a intencionalidade do cuidado por meio do educar para cuidar. A Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) aponta que o número de pacientes tem aumentado 9,9% ao ano. A prevalência de pacientes em tratamento renal substitutivo (adicionando-as os transplantados) é de 518 por milhão da população. O trabalho em apreço é direcionado a acadêmicos e profissionais da área de saúde, com a finalidade de sensibilizar e instigar para uma assistência de promoção a saúde e autocuidado. Os profissionais de saúde e o enfermeiro, em particular, têm um papel importante no que se refere às práticas educativas em saúde, que são atividades essenciais, presentes em seu trabalho cotidiano. (DURAN e COCCO, 2003). No âmbito da academia, esta pesquisa foi desenvolvida com a perspectiva de alunas que não tiveram contato com esta área específica durante o processo de formação e por este motivo procuram ampliar os horizontes do seu conhecimento. O paciente acometido por uma IRC vivencia conflituosas mudanças em sua rotina. Nesta perspectiva, a educação em saúde pode ser uma importante estratégia no enfrentamento pessoal, familiar e rede social. Defende-se a idéia que educação é um meio de possibilitar o homem a compreender-se como autor de sua vida, podendo alterar suas atitudes, ou não. (BRASIL, 2007). O objetivo é orientar, guiar, numa co-responsabilização do paciente/profissional. Diante do que foi exposto, surge uma inquietação que permeia o enfoque educativo-terapêutico a partir das necessidades do sujeito. Observa-se uma conduta assistencial de causa-efeito-conduta em detrimento da educação em saúde, apesar de serem complementares e imprescindíveis na clínica. A finalidade deste estudo é fomentar uma reflexão crítica na conduta educativa terapêutica da equipe de enfermagem, por meio de uma pesquisa bibliográfica, para identificar situações de aprendizado a portadores de IRC submetidos à diálise peritoneal. O grupo vislumbra a possibilidade de colaborar numa revisão filosófica, na perspectiva de instigar uma assistência realmente educativa, na construção e reconstrução de saberes e fazeres. A fim de atender aos objetivos propostos, elaborou-se uma pesquisa bibliográfica junto ao portal da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS) no banco de dados do LILASC, com os seguintes descritores: *educação em saúde* e *diálise renal*. Foram encontrados um total de oito referências. Os critérios para inclusão convergem para: ano; sujeitos; instituições públicas ou de caráter filantrópico e literaturas nacionais disponíveis on-line na forma de artigo. Foram consideradas publicações a partir do ano de 2000, tendo em vista que paciente em diálise peritoneal necessitam de um acompanhamento multiprofissional. Para justificar tal escolha optou-se como marco teórico a mais recente portaria do Ministério da Saúde, de 3 de janeiro de 2000, que discorre sobre o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. O sujeito da pesquisa trata-se de pacientes adultos com IRC submetidos à

diálise peritoneal ou pré- diálise, tendo em vista que a educação em saúde é uma das ferramentas na escolha da terapia substitutiva renal, caso possível. Considerou-se as instituições de caráter público ou filantrópico. Tal fato explica-se por dados disponíveis sobre a doença renal crônica no Brasil pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Cerca de 89,4% fazem diálise subsidiados pelo Ministério da Saúde. Foram avaliadas literaturas nacionais, pois o Brasil dispõe de uma ampla política de assistência ao portador de IRC. Depois de identificados e após submetidos aos critérios de inclusão restaram quatro artigos. A pesquisa bibliográfica possibilitou constatar o pequeno número de publicações sobre a temática que atenderia ao objetivo deste artigo. Em algumas literaturas (QUEIROZ, 2008; PACHECO, SANTOS, BREGMAN, 2006) há afirmação da carência de uma assistência educativo-terapêutica, o que abre questionamentos sobre a realização desta prática no SUS. O repasse de informações denuncia problemas relacionados com a falta de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais à realização adequada dessa atividade. Assim, para que se possa efetivar educação em saúde é preciso apresentar oportunidades e possibilidades no nível pessoal/profissional e a decisão no nível político/institucional, como por exemplo, a educação continuada. Ao trabalhador da saúde é atribuído o papel educativo nas diversas áreas de sua atuação. Isso porque, o trabalho que envolve relacionamento interpessoal, por si só, caracteriza-se por uma troca de experiências. Por consequência, mais que a troca de informações, no caso do profissional da saúde, existe a intencionalidade de proporcionar ambientes favoráveis ao diálogo educativo. Busca-se uma educação em saúde na perspectiva onde o “[...] educador em saúde trabalha com o cliente para identificar suas necessidades em direção a uma escolha informada. Frequentemente, essa escolha pode levar a saúde com mudanças de comportamentos [...]” (QUEIROZ et. al., 2008, s.p.). Neste contexto, a participação da família no processo saúde- doença torna-se fundamental. Para isso, “[...] a enfermeira de diálise peritoneal avalia a motivação, habilidades manual e cognição. A seguir, realiza treinamento teórico/prático, que é individualizado para as características de cada paciente [...]” (FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005 p.198). Para Pacheco, Santos e Bregman (2006), a manutenção de ambulatórios para tratamento conservador com enfoque educativo voltada para atendimento integral a fim de minimizar o desconhecimento do paciente/ família. Esse meio possibilita prevenir complicações de uma IRC não tratada, bem como orientações para promover saúde. Elas ressaltam conhecer o público-alvo por meio da investigação do perfil epidemiológico da população torna-se imprescindível para as decisões no que tange integralidade da assistência. Queiroz et. al. (2008) enfatizam a implementação da ação educativa nos moldes da educação libertadora na teoria Freiriana partindo das necessidades expressas pelos sujeitos em um grupo focal. Houve a criação de um instrumento didático para proporcionar orientações sobre as dúvidas recorrentes do próprio grupo. Para Pacheco e Santos (2005), as estratégias lúdicas também são válidas para subsidiar a educação em saúde). Freire (2001) defende que a educação parte das experiências do sujeito. A inspiração neste autor ajuda a desenvolver uma prática educativa da enfermagem mais humana e co-participativa, valorizando o diálogo. Os autores citados anteriormente têm por foco de seu estudo a educação em saúde para o autocuidado a pacientes em diálise peritoneal enfatizando a assistência domiciliar como potencializador para a qualidade de vida. Inicialmente o paciente é avaliado e após encaminhado para treinamento instigando seu autocuidado e cuidado familiar. (FIGUEIREDO, KROTH e LOPES, 2005, p. 199). Pacheco e Santos (2005) ratificam a carência de programas de orientação e prevenção

da IRC os quais poderiam reduzir os custos para o sistema de saúde, amenizariam as terapias inadequadas dificultando a adesão ao tratamento clínico, o enfrentamento do processo saúde-doença, aumentando a ansiedade e angustias gerando doenças, a citar depressão. Apontam que o eixo condutor da proposta educativa é o “[...] educar para a totalidade, partindo da totalidade do ser humano [...]” (PACHECO E SANTOS, 2005, s.p.). Neste contexto, permeia a visão da clínica ampliada embasada na concepção da integralidade do sujeito e nas varias facetas do cuidado. Diante dos dados expostos e discutidos, constata-se o pequeno número de publicações que atenderiam aos objetivos deste trabalho. Tal fato questiona a assistência educativa- terapêutica a pacientes portadores de IRC submetidos à diálise peritoneal, nas práticas do SUS. A revisão das literaturas salienta a importância da parceria entre enfermeiro, usuário, sua família e rede social. As estratégias permeiam a ação educativa individual ou coletiva, a criação de um instrumento didático para proporcionar orientações sobre as dúvidas recorrentes do próprio sujeito e incentivar o autocuidado aos pacientes em diálise peritoneal, enfatizando a assistência domiciliar como potencializadora para a qualidade de vida. A elaboração desse estudo atendeu aos anseios das autoras quando promoveu o estudo crítico-reflexivo sobre a temática. A prática contribuiu para a formação profissional e pessoal. Além disso, atende ao público-alvo, de maneira que presta informações atuais referentes às práticas de enfermagem na educação em saúde ao paciente com IRC em tratamento dialítico peritoneal. Sugere-se uma pesquisa complementar que compreenda a ação educativa na prática coletiva e hospitalar e um paralelo entre ações assistências de entidades públicas e privadas salientando o enfermeiro como educador e a família do sujeito em terapia dialítica como núcleo do processo de educação em saúde. Diante do impacto econômico que gera, tanto do ponto de vista dos gastos com terapia, quanto do fato de que paciente em diálise representa diminuição de mão de obra produtiva e aposentadorias precoces, é urgente uma campanha pública, de esclarecimento geral da população, quanto aos fatores de risco para perda da função renal, incluindo a automedicação, e principalmente o uso indiscriminado de antiinflamatórios vendidos sem controle em todas as farmácias do Brasil.

Descritores: Educação em saúde; Diálise renal; Enfermagem.

IMPLANTAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTES DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Mara RF Gouvêa, Érica Batassini, Lidiane B Santiago, Fabiana B Fehrenbach

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ffehrenbach@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A cirurgia bariátrica é uma das modalidades de escolha para o tratamento da obesidade mórbida, caracterizando-se por um procedimento cirúrgico com necessidade de acompanhamento pré e pós-operatório de uma equipe multidisciplinar. A consulta de Enfermagem é considerada um processo da prática de Enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população e tem papel primordial no ensino do paciente obeso. Esta proposta de

assistência tem como objetivo monitorar, orientar e preparar o paciente, visando como resultado uma mudança no seu estilo de vida. **Objetivo:** Descrever a implementação da consulta de Enfermagem a pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica no Ambulatório de Cirurgia do Aparelho Digestivo do HCPA. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência da implementação da consulta de enfermagem aos pacientes de cirurgia bariátrica. **Resultados:** A consulta visa a orientação em relação a cuidados e o levantamento de dados como: identificação do paciente; controle de sinais vitais; alergias; verificação da glicemia capilar; peso; altura; circunferência abdominal; cálculo de IMC; índice cintura/quadril; comorbidade; padrão de atividade física; uso de medicações; revisão de exames laboratoriais; história dietética; uso de álcool e drogas; uso de medicações; orientação de sinais e sintomas que detectam alteração do estado geral; orientações e revisão da atividade sexual; revisão e orientações da manutenção da dieta; revisão de alterações emocionais; orientação para reintegração escolar, social e profissional e encaminhamento para outros profissionais da equipe multidisciplinar. **Conclusões:** Acredita-se que a consulta proporciona qualidade assistencial, integração da equipe multiprofissional, aumento da produção científica, qualificação do trabalho dos enfermeiros, diminuição de custos e tempo de internação e melhoria da qualidade de vida do paciente. O enfermeiro deve planejar e implementar estratégias para possibilitar a efetiva participação do paciente e família visando o sucesso da cirurgia.

Descritores: cirurgia bariátrica, enfermagem no consultório, obesidade mórbida.

TANATOLOGIA E ENFERMAGEM: UMA REFLEXÃO TEÓRICA

Márcia Gabriela Rodrigues de Lima, Adão Ademir da Silva, Gabriela Zenatti Ely, Katiele Hundertmarck,
Karine Zenatti Ely

Universidade Federal de Santa Maria

grlmarcia@yahoo.com.br

O ciclo vital é uma condição que o organismo vivo é submetido obrigatoriamente em sua existência. Neste sentido o objetivo é fomentar uma reflexão teórica entre tanatologia e enfermagem, no que diz respeito ao enfrentamento dos profissionais sobre o processo de morte e morrer de pacientes submetidos à seus cuidados. Trata-se de uma revisão bibliográfica com os descritores: tanatologia e enfermagem, na base de dados do LILACS da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram encontrados e analisados oito artigos, acrescidos pela discussão dos textos de Bowlby (1984), Kübler-Ross (1989) e Freud (1917). A morte é um processo de difícil enfrentamento, pois sua compreensão conflitua a condição de ser mortal. Para Kübler-Ross (1989) a morte deriva de uma ação medonha de recompensa ou castigo. Na visão de Freud (1917) toda perda significativa pressupõe o luto e tenta retirar a energia fixada no objeto perdido para redirecionar a outro. Brêtas et al (2006) destacam que a morte desafia a onipotência humana, pois os profissionais da saúde são ensinados a cuidar da vida e não da morte. Conforme Bowlby (1984), quando o objeto de apego está ausente ou há ameaça de perdê-lo sofremos forte reação emocional apesar de ser uma morte presumida. Aguiar et al (2006) ressaltam que os profissionais diante da morte buscam equilíbrio entre o cuidar do outro

e viver o luto. É relevante a criação de serviços que ofereçam acolhimento aos profissionais de saúde, oportunizando um ambiente com diálogo para expressar angústias e medos. Visto que esses profissionais acompanham o ciclo de tratamento do paciente e por consequência acompanham os últimos momentos de vida.

Descritores: Tanatologia; Enfermagem; Freud.

CUIDADOS AO PACIENTE SUBMETIDO A ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carem Gorniak Lovatto, Sabrina Curia Johansson Timponi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

clovatto@hcpa.ufrgs.br

Este estudo trata-se no relato de experiência sobre atualização dos cuidados de enfermagem ao paciente submetido a artroplastia total de joelho. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre credenciado com Alta Complexidade em Traumatologia Ortopédica, atende pacientes do SUS nesta especialidade. A cirurgia é definida como a remoção das superfícies articulares afetadas e substituição por uma articulação artificial, é indicada quando existe comprometimento da capacidade funcional dos joelhos, degeneração da articulação, dor intensa ocasionados normalmente por patologias como artrose, artrite reumatóide e osteoartrose. As complicações pós-operatórias são: trombose venosa profunda (TVP), infecção do dispositivo implantado e instabilidade articular. Os cuidados pré-operatórios incluem orientações sobre a cirurgia ao paciente e família, no sentido de encorajá-los para o auto cuidado, avaliação da compreensão das orientações e condições gerais do paciente. Os Cuidados pós-operatórios abrangem repouso no leito e decúbito dorsal nas primeiras 24 horas, verificação da perfusão periférica, pulso pedioso, motricidade e sensibilidade no membro operado, orientação dos exercícios com os artelhos, cuidados com dreno de Porto Vac, meias elásticas, crioterapia e avaliação da ferida operatória. Nos cuidados pós-operatórios mediatos, após a retirada da imobilização, estimula-se exercícios com o membro operado flexionando o joelho, sentar na cadeira encorajando a deambulação com muletas ou andador. O cuidado de enfermagem humanizado ao paciente submetido a este tipo de cirurgia faz com que pacientes e família esclareça suas dúvidas, interagindo com a equipe, estimulando auto cuidado preparando-os para a alta hospitalar. Neste momento a enfermagem possui um importante papel em encorajar o paciente a sair precocemente do leito, estimulando deambulação e por consequência, diminuindo o tempo de internação. Os cuidados ao paciente de cirurgias ortopédicas exigem da equipe de enfermagem atualização constante para acompanhar os avanços das técnicas cirúrgicas, cuidado integral e humanizado preconizado pelo Sistema Único de Saúde.

Descritores: Enfermagem ortopédica, Cuidados de enfermagem, Enfermagem.

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA: UM ESTUDO DE CASO

Daniela Pereira Laureano, Fernanda Mattiello, Graciela Stropper de Oliveira, Margarita Unicovsky

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

danielalaureano@hotmail.com

Introdução: O estudo foi realizado durante o estágio curricular no Hospital Municipal de Pronto Socorro (HPS) de Porto Alegre. O tema escolhido foi o cuidado com ferimento dilacerante por mordedura de cão. Selecionamos este caso pelas características que as lesões apresentam, e pelas possibilidades diferenciadas no atendimento. **Objetivos:** 1) Conhecer os tipos de ferimentos comuns atendidos no HPS; 2) Aplicar o Processo de Enfermagem enfatizando os Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo. **Resultados:** A Raiva é conhecida como hidrofobia e causada por um vírus da família rhabdoviridae. O vírus infecta os centros nervosos do cérebro que controlam os comportamentos agressivos, disseminando-se até o sistema imunitário. Transmite-se através da mordida de animais como cachorro, morcego e outros. Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos segundo a North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008) foram: **dor aguda** relacionada à agente lesivo físico – mordedura de cão – evidenciada por relato verbal do paciente, lesão, gestos protetores, comportamento de defesa, expressão facial, respostas autonômicas (alterações de respiração e pulso) e comportamento expressivo (dor, agitação, gemido). **Integridade tissular prejudicada** relacionada a fator mecânico como mordedura de cão, evidenciada por tecido lesado em punho do membro superior direito (MSD). **Risco para infecção** relacionado à destruição de tecidos e exposição ambiental aumentada evidenciada por ferimento corto-contuso lacerante. **Ansiedade** relacionada a estresse pós-traumático, evidenciada por inquietação, movimentos extrínsecos, receio, ansiedade, nervosismo, tremores das mãos, pulso aumentado. **Conclusão:** O estudo de caso colaborou para que pudéssemos aprimorar nossos conhecimentos em relação aos ferimentos lacerantes, integrando a teoria à prática, bem como prestar um cuidado eficiente e humanizado.

Descritores: Enfermagem em Emergência, Cuidados de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem.

O CUIDADO DE ENFERMAGEM AO CLIENTE COM DANO CRÔNICO NÃO-TRANSMISSÍVEL

Leticia Delfino Oliveira de Freitas

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

00134480@ufrgs.br

Introdução: O aumento da incidência das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) e o envelhecimento da população brasileira exigem que serviços e profissionais de saúde se mobilizem para atender à demanda por assistência qualificada. As DCNT se caracterizam por longa latência e por perpetuarem-se ao longo da vida do indivíduo. Os fatores de risco para as DCNT estão associados a

múltiplas condições determinadas por características do sujeito e do meio ambiente. **Objetivo:** Elaborar um plano de cuidados para uma cliente com dano crônico, utilizando o processo de enfermagem. Esse plano tem como meta mudar o curso da doença evitando sua progressão, manter e recuperar a saúde, promover qualidade de vida e estimular o autocuidado. **Método:** Estudo de caso qualitativo. Foi realizada uma análise interpretativa dos dados coletados baseada no modelo de análise de conteúdo. **Resultados:** Cliente com diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Dislipidemia e Artrite Reumatóide. Diagnósticos de enfermagem selecionados: Conhecimento Deficiente do Dano Crônico HAS relacionado à não compreensão da doença, evidenciado por dificuldade da cliente em conceituar a HAS e seguimento inadequado da prescrição medicamentosa; Dor Crônica relacionada à artrite reumatóide evidenciada por relato verbal de dor e dificuldade para realizar atividades diárias. **Conclusões:** O cuidado que o indivíduo com dano crônico necessita apresenta peculiaridades que devem ser entendidas pela enfermeira. A cronicidade da doença, as mudanças nos hábitos de vida e, muitas vezes, a ausência de sintomas, exigem um trabalho comprometido de educação para a saúde. Deve ser estimulado no cliente o desenvolvimento de uma reflexão crítica sobre o processo saúde/doença, permitindo que ele seja sujeito do seu próprio cuidado. Clientes portadores de DCNT exigem acompanhamento contínuo e regular, com orientação constante. A enfermeira deve ser capaz de compreender o contexto onde o cliente está inserido, sua visão de mundo e a subjetividade nele contida. **Descritores:** processos de enfermagem; diagnósticos de enfermagem; doenças crônicas.

O PAPEL DO FAMILIAR CUIDADOR NA DIÁLISE PERITONEAL

Eliese Denardi Cesar, Margrid Beuter, Cecília Maria Brondani, Ana Lúcia Uberti Pinheiro
Universidade Federal de Santa Maria
eliese_denardi@yahoo.com.br

A diálise peritoneal (DP) é a terapia renal substitutiva utilizada por uma parcela pequena da população com Insuficiência Renal Crônica (IRC), mas que deve ser considerada pela sua relevância, uma vez que, a doença e o tratamento trazem implicações não somente na vida diária do indivíduo como também na dinâmica familiar. O objetivo desta pesquisa é conhecer as vivências dos familiares cuidadores como responsáveis pela diálise peritoneal domiciliar e descrever as facilidades e dificuldades desses familiares em realizar o tratamento dialítico no domicílio. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória com abordagem qualitativa. O estudo está sendo realizado em uma Clínica Renal, no município de Santa Maria, no Rio Grande do Sul. Os participantes da pesquisa são os familiares cuidadores dos indivíduos que realizam tratamento do tipo diálise peritoneal domiciliar vinculados à Clínica Renal. Os dados estão sendo coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada. Os familiares são convidados a participarem da pesquisa no momento em que acompanham os indivíduos em tratamento de diálise peritoneal na consulta médica. Outras entrevistas estão sendo realizadas no domicílio do familiar cuidador. Para análise dos dados será utilizado o método de Análise Temática de Minayo (2000). A pesquisa justifica-se pela importância do papel do familiar na viabilização e seguimento do tratamento da diálise peritoneal. O enfermeiro, ao conhecer as vivências do

familiar cuidador e as facilidades e dificuldades enfrentadas por ele na realização do tratamento dialítico, poderá utilizar estas informações para realizar a capacitação de familiares cuidadores oferecendo reforços positivos e esclarecendo as dificuldades a serem superadas ao realizar esta atividade no domicílio.

Descritores: Enfermagem, Diálise Peritoneal, Família.

Referência:

1. MINAYO, M.C.S. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7 ed., São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, Abrasco, 2000.

CONCEPÇÕES DE TÉCNICOS DE ENFERMAGEM SOBRE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM CENTRO CIRÚRGICO

Débora Andréia Kalata, Taís Maria Nauderer

Centro Universitário Metodista IPA

k.debora@yahoo.com.br

A temática humanização na assistência tem sido um assunto bastante discutido no contexto atual, ganhando destaque tanto nas instituições privadas de saúde como nas políticas públicas. O objetivo deste estudo foi Investigar as concepções sobre humanização da assistência a partir de técnicos de enfermagem atuantes em um centro cirúrgico de um hospital no município de Porto Alegre. A metodologia teve perspectiva qualitativa, na qual foram entrevistados seis técnicos de enfermagem. Os resultados indicam falta de entendimento dos entrevistados em relação ao assunto proposto, de acordo com as políticas. Dentre as ações humanizadas realizadas, os participantes indicaram situações como se apresentar ao paciente, chamá-lo pelo nome, proteger sua privacidade, não expô-lo desnecessariamente. Como sugestão para ampliação do cuidado humanizado no ambiente, foi citada a necessidade de treinamentos institucionais sobre o tema. O conteúdo das falas permite inferir que os entrevistados não tem clareza do conceito de humanização da assistência nem de suas dimensões. Concluiu-se que humanizar a assistência de enfermagem no centro cirúrgico continua sendo um desafio, no entanto possível e fundamental no cotidiano desses profissionais.

Descritores: Enfermagem. Humanização da assistência. Enfermagem perioperatória.

MANEJO DE BACTÉRIAS MULTIRRESISTENTES: VIVÊNCIA NO HOSPITAL ERNESTO DORNELLES

Francyne Sequeira Lopes, Nair Fortuna Cristina Aguilera, Patrícia Cristina Cardoso
Hospital Ernesto Dornelles
nairaguilera@yahoo.com.br

Introdução: Conhecer o manejo das bactérias multirresistentes é a primeira medida a ser adotada para que seja estabelecido controle sobre a disseminação desses microorganismos. **Objetivos:** Descrever o manejo com os germes multirresistentes no Hospital Ernesto Dornelles (HED), em Porto Alegre, identificando os

fatores que contribuem para o surgimento da resistência aos antibióticos e as estratégias de prevenção nos serviços de saúde. **Métodos:** Estudo descritivo de abordagem qualitativa, realizado através de revisão de manuais elaborados pelo Ministério da Saúde e rotinas da Instituição em questão. Resultados: As medidas de bloqueio epidemiológico são a melhor maneira de prevenção da disseminação de germes multirresistentes no ambiente hospitalar, são elas: precaução padrão (realizada em todos pacientes) e precaução de contato (apenas para os portadores de multirresistentes). **Conclusões:** É fundamental que os enfermeiros se responsabilizem pela conscientização de sua equipe a respeito das medidas de precaução para que dessa forma se diminua a emergência da disseminação de novas cepas de bactérias resistentes a antibióticos.

Descritores: Infecção Hospitalar; Controle de Infecções; Isolamento de Pacientes.

PERFIL DOS ACIDENTES COM ANIMAIS VENENOSOS EM CAXIAS DO SUL

Lucimara Luzia Hoffmann, Griselda da Conceição da Silva, Luzia Milão

Universidade Luterana do Brasil

grisenf@yahoo.com.br

Introdução: Um grande número de animais peçonhentos e/ou venenosos é capaz de provocar acidentes em seres humanos. Esses acidentes, na maioria das vezes, ocorrem devido a invasões de ambiente e reações de defesa dos organismos implicados¹. Com o advento de freqüentes incursões em áreas de matas, rios e mares, o habitante de zonas urbanas se expõe a essas agressões, principalmente nos finais de semana e período de férias. Outro segmento exposto, esse de maneira continuada, é a população rural. **Objetivos:** Este estudo objetivou demonstrar a caracterização epidemiológica de vítimas de acidente de animais venenosos em Caxias do Sul no período de 2000 a 2007. **Metodologia:** Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa do tipo pesquisa bibliográfica. **Resultados:** notamos que anualmente o numero de vitimas de picadas de animais peçonhentos vem aumentando, notando-se assim a importância de profissionais bem preparados para atender esta demanda de vitimas que chegam aos serviços de urgência e emergência. No ano de 2008, até o momento foram notificados 71 casos de vitimas de picadas por animais peçonhentos no período de janeiro a julho de 2008 e o maior numero de acidentes acontece com aranhas, seguido por serpentes e lonômia. **Considerações finais:** Através deste estudo podemos perceber uma tendência crescente nas notificações de acidentes com animais venenosos em Caxias do Sul. Pois, com uma topografia melhor desenhada desses acidentes servirá para uma melhoria nos atendimentos e capacitação adequada dos centros de referência.

Descritores: Animais venenosos; Terapia antiveneno; Humanos.

Referências:

- Michelim L., Et al. Infectologia: Manual de rotinas. Caxias do sul/RS. EDUCS, 2007

PROCESSO DE DOR NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO FRENTE À COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL

Griselda da Conceição da Silva, Maria Cristina Sommer Valim,

Anapaula Sommer Vinagre

Hospital Saúde/Universidade Luterana do Brasil

grisenf@yahoo.com.br

Introdução: A Unidade de Terapia Intensiva centraliza recursos materiais e humanos que permitem um atendimento pronto e eficaz, onde a atuação do enfermeiro embasado em uma Sistematização da Assistência em Enfermagem bem estruturada deve estar voltada para a recuperação do paciente com o mínimo de danos e agravos. Controlar ou aliviar a dor e proporcionar o máximo de conforto possível para os pacientes internados em UTI, estando em fase terminal ou com possibilidades reais de alta deve ser prioridade. A dor é o principal fator gerador de estresse apontado pela maioria dos pacientes. Os profissionais devem estar atentos, pois muitos pacientes não referem dor verbalmente, ou por estarem intubados para assistência ventilatória, incapacidade de falar por doenças neurológicas ou quadro confusional. A agitação psicomotora e a expressão facial de dor são parâmetros valiosos nesses casos (1). O tratamento da dor para ser eficaz, necessita de uma avaliação acurada do problema; porém existem dificuldades na forma como cada pessoa avalia, percebe, descreve e reage ao processo doloroso. Devem ser avaliadas as influências étnicas, religiosas e sociais, relacionadas aos comportamentos frente ao estímulo doloroso que diferenciam conforme suas experiências e vivências as pessoas que expressam e demonstram mais ou menos emoção e queixas. A reação ao estímulo e resposta dolorosa não verbal captada pelo profissional de enfermagem difere entre as pessoas demandando o estabelecimento de um cuidado individual para cada paciente, procurando assim, interferir sobre os fatores que influenciam sobre a natureza da dor(8). A dor é um fenômeno expresso por uma sensação somada a uma reação, essa sensação é medida pelos sistemas nervoso periférico e central e a reação representa a experiência subjetiva que o indivíduo apresenta. É necessário examinar ambos os componentes da definição da dor para compreender a percepção do paciente(3). A sensação dolorosa pode ser classificada em aguda e crônica, assim, a dor pode ser percebida de maneiras diferentes pelos indivíduos, uma vez que experiências sensoriais e emocionais desagradáveis podem ser associadas a estímulos resultantes de lesões reais ou potenciais (3). Neste contexto, perceber a dor é uma tarefa árdua e depende diretamente dos mecanismos encontrados para expressá-la. A comunicação é um processo dinâmico que envolve um intercâmbio de mensagens enviadas e recebidas que influenciam no comportamento das pessoas a curto, médio e longo prazo, podendo ser subdividida em dois tipos: verbal, refere-se às palavras expressas por meio da fala ou escrita e não verbal não esta associada às palavras, propriamente ditas, e ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais ou alterações na postura corporal (4). Salienta-se que a comunicação não verbal transmita tanto ou mais que a verbal, sendo essencial que o enfermeiro esteja atento as mensagens verbais e não verbais que o paciente hospitalizado tenta transmitir para que o entendimento seja eficaz(5).

Objetivos: Este estudo objetivou compreender como os enfermeiros da unidade de Terapia Intensiva do Hospital Saúde de Caxias do Sul/RS identificam os sinais e sintomas da dor nos pacientes incapazes de

realizar a comunicação verbal. **Metodologia:** Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Saúde de Caxias do Sul/RS. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semi-estruturada, composta por onze questões abertas e fechadas com as seguintes variáveis: idade, sexo, grau de instrução, tempo de trabalho na UTI, escala de dor, avaliação do processo doloroso, valorização das expressões dolorosas, comunicação verbal e não-verbal. A aplicação da pesquisa foi realizada com enfermeiros que atuam nesta Unidade. As entrevistas foram feitas com cada enfermeiro e transcritas no local da entrevista. Este trabalho passou pela aprovação do comitê de ética do Hospital Saúde sem aprovação pela Gerência Enfermagem da Instituição. Cada participante assinou o termo consentimento livre e esclarecido, para tanto foi utilizada uma linguagem clara, objetiva e de fácil compreensão para garantir aos participantes a liberdade de escolha para participar ou não da pesquisa. Também foram assegurados o sigilo e o anonimato. A população foi constituída por um universo de 10 enfermeiros que trabalham na UTI. A seleção dos sujeitos atendeu aos seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; qualquer sexo; trabalhar na Unidade de Terapia Intensiva; desejar participar do estudo; ter tempo e disponibilidade para participar do estudo. Após a coleta de dados foi realizada a análise comparando os resultados encontrados com o referencial bibliográfico. **Resultados:** Os resultados apresentaram, em sua maioria, pessoas do sexo feminino (90%), com ensino superior completo (50%) e Pós-graduado (50%), a maioria destes enfermeiros trabalha no diurno e tem em média entre 01 a 05 anos de trabalho na UTI (60%). Em relação à comunicação não-verbal a maioria dos enfermeiros (80%) refere utilizar gestos e expressões faciais para identificar o processo doloroso no paciente. **Discussão:** Na população amostrada, percebe-se a preocupação dos enfermeiros em estabelecer comunicação e interação com os pacientes incapazes de verbalizar o processo doloroso durante sua internação nesta unidade. Para tanto, os sujeitos da pesquisa lançam mão de estratégias como observação, comunicação não-verbal entre outros. Pois, podemos citar o uso das escalas que os enfermeiros utilizam na sua prática diária para avaliar a dor nos seus pacientes. A profissão de enfermagem tem o corpo humano como um dos campos de maior atividade na assistência prestada. Conhecer sobre os significados, as preferências, as reações, seu funcionamento físico e psicológico torna-se uma necessidade vital, uma atividade fundamental dentro do cotidiano do enfermeiro. A comunicação não-verbal permite que o assistir em enfermagem amplie seu campo de ação. O enfermeiro, principalmente em Unidades fechadas começa a tomar consciência, de que tem que se aprofundar nesta área se quiser prestar um cuidado humanizado e de qualidade. No que se refere a percepção do processos doloroso os enfermeiros buscam nas expressões faciais um modo de verificar a dor no seu paciente E, para sinais e sintomas dolorosos na vivência diária os enfermeiros apontaram em sua maioria os sinais vitais e agitação. De acordo com Barbosa¹³, existe a necessidade de se estudar novos aspectos da atuação da enfermagem em Terapia Intensiva, voltando-se aos aspectos expressivos a fim de diminuir o distanciamento ocorrido na prática atual, onde tem sido dada maior ênfase a procedimentos do ponto de vista fragmentar e orgânico, ao invés do cuidado individualizado e totalitário. No que se refere à percepção dos processos doloroso os enfermeiros buscam nas expressões faciais um modo de verificar a dor no seu paciente. O cuidado humano está embutido em valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor e para atingir-se o caminho para este cuidado pressupõe o não ao comodismo, o não a estagnação, o não a

alienação. É um processo de intenso desenvolvimento e principalmente de conscientização¹¹. Para se obter um cuidado voltado as necessidades e desejos do paciente é indispensável que a equipe de enfermagem esteja aberta para reconhecer este chamados e que conseqüentemente possa estabelecer uma forma de comunicação adequada a cada paciente o que pode se perceber na fala da maioria dos enfermeiros, pois sempre foram enfáticos em suas observações sobre o processo doloroso e as estratégias utilizadas para estabelecer a comunicação não-verbal. Na vivência diária destes enfermeiros a os sinais vitais e agitação (50%), seguido de expressão facial e gemência (30%); sudorese e palidez (20%) são observados e auxiliam os enfermeiros na assistência diária aos seus pacientes. **Considerações Finais:** Através deste estudo podemos ressaltar que os enfermeiros realizam a comunicação não-verbal sendo que os gestos e a expressão facial são as ferramentas que o enfermeiro utiliza para estabelecer essa comunicação e dimensionar o cuidado frente e o processo doloroso. E, a partir desse momento em que possível fazer essa interface entre o biológico, o emocional e o mental deste paciente o enfermeiro estará apto a desenvolver uma Sistematização da Assistência em enfermagem realmente eficaz, levando em conta o cliente como um todo. Entretanto, se faz necessário rever a relação teoria-prática no que se refere aos sinais vitais. Pois, também ficou evidente que os enfermeiros reconhecem os sinais vitais como um possível indicador de dor, mas na sua prática diária esse saber não é utilizado.

Descritores: Comunicação não-verbal; Enfermagem; Dor; Terapia Intensiva.

Referências:

1. ALMEIDA, F.P.; VELOSO, J.W.N.; BLAYA, R.P. Humanização em UTI In: KNOBEL, E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.
2. DANIEL, R.C.; ARAÚJO, C. M.; PAULA, M. F. C. Cuidados Paliativos In: KNOBEL, E. Terapia intensiva: enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2006.
3. GUCCIONE, A.A. Fisioterapia Geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
4. HENNESSY, D.; JUZWISHIN, K.; YERGENS, D.; NOSEWORTHY, T.; DOIG, C. Outcomes of Elderly Survivors of Intensive Care* A review of the Literature. Chest 2005; 127: 1764 – 1774.
5. IRWIN, S.; TECKLIN, J.S. Fisioterapia cardiopulmonar. São Paulo: Manole, 2003.
6. KAUFFMAN, T.L. Manual de reabilitação geriátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
7. MORELLI, J.G.S., REBELATTO, J.R. Fisioterapia Geriátrica – A prática da assistência ao idoso. São Paulo: Manole, 2003.
8. PICKLES, B. Fisioterapia na terceira idade. São Paulo: Santos, 1998.
9. SITTA e JACOB FILHO. O idoso no Centro de Terapia Intensiva. In FREITAS, E.V.; PY, L.; NERI, A, L.; CANÇADO, F.A.X.; GORZONI, M, L.; ROCHA, S.M. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2002.
10. SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2ª ed. São Paulo: Gente, 1996.
11. WALDOW, Vera Regina; LOPES, Marta Júlia Marques; MEYER, Dagmar Estermann. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
12. LUNARDI, Valéria Lerch. Do poder pastoral ao cuidado de si: a governabilidade na enfermagem. Tese de Doutorado, UFSC. Florianópolis, 1997. p 121.
13. BARBOSA, Sayonara de Fátima Faria. Indo além do assistir-cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva. Dissertação de Mestrado, UFSC. Florianópolis, 1995.

PESQUISA BIBLIOGRAFICA SOBRE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Eunice Ribeiro, Griscelda da Conceição da Silva, Adriana Rollof

Universidade Luterana do Brasil

grisenf@yahoo.com.br

Introdução: As principais causas de mortalidade na população das regiões metropolitanas, na faixa etária entre 15 e 49 anos, são acidentes, envenenamentos e violências. Essas causas, mesmo consideradas em conjunto, superam as doenças cardiovasculares e neoplasias. São também as mais importantes causas de incapacitação física permanente ou temporária nessa população, levando a perdas econômicas, previdenciárias e grandes dispêndios em tratamentos de complicações na saúde dos pacientes¹. Isso pode ser evitado, uma vez que boa parte das complicações ocorre em função de atendimentos realizados de forma inapropriada durante a fase aguda^{1,2}. E, com a crescente demanda e procura dos serviços de urgência e emergência observou-se um enorme fluxo de “circulação desordenada” dos usuários nas portas do Pronto Socorro onde trabalho tornando-se necessário a reorganização do processo de trabalho desta unidade de forma a atender os diferentes graus de especificidade e resolutividade na assistência realizada aos agravos agudos de forma que, a assistência prestada fosse de acordo com diferentes graus de necessidades ou sofrimento e não mais impessoal e por ordem de chegada. **Objetivos:** Analisar as pesquisas publicadas em revistas científicas brasileiras sobre a classificação de risco em Urgência e Emergência. **Metodologia:** Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa do tipo pesquisa bibliográfica. É um trabalho desenvolvido a partir de material já elaborado, principalmente de livros e artigos científicos. Foram selecionados periódicos científicos escritos em português publicados entre os anos de 1998 e 2008 através de pesquisas realizadas em bases de dados eletrônicos no Sistema de Automação da Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (BDENF), no Sistema da Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e no Scientific Electronic Library Online (SciELO). A localização do material foi feita a partir das seguintes palavras-chave: urgência, enfermagem e classificação de risco. A seleção do material foi feita através da leitura seletiva que, como afirma Gil (2002), determina se o material interessa à pesquisa. Para a obtenção do material selecionado, foram utilizadas as Bibliotecas da Escola de Enfermagem e da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e a Biblioteca da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). O material foi fotocopiado e/ou impresso diretamente da Internet. Para a análise foi realizada, inicialmente, uma leitura exploratória, através da qual identifiquei em que medida a obra era interessante à pesquisa. Também foram utilizadas: leitura seletiva (leitura mais profunda que a exploratória) que possibilitou a determinação do material que mais interessava à pesquisa; leitura analítica, onde foram organizadas as informações através da identificação das idéias-chave, possibilitando, dessa forma, a obtenção de respostas ao problema da pesquisa e leitura interpretativa onde procurou-se estabelecer uma relação entre os conteúdos das fontes pesquisadas e outros conhecimentos. Os aspectos éticos foram respeitados na medida em que foram referendados todos os autores e respectivas obras utilizadas na revisão bibliográfica. **Resultados:** Para a pesquisa foram consultados 05

periódicos científicos da área da saúde, quais sejam: Revista Brasileira de Enfermagem, Revista de Saúde Pública, Cadernos de Saúde Pública, Revista Gaúcha de Enfermagem e Revista Latino-Americana de Enfermagem. Nestes foram utilizados 10 artigos que possibilitaram observar aspectos relevantes na construção histórica de nossas práticas diárias. Entre eles merece destaque para a urbanização acelerada decorrente de uma profunda mudança nos modos econômicos de organização social que afetou de forma definitiva os modelos de atenção à saúde. As estruturas de atenção às urgências surgiram fortemente ancoradas em estruturas hospitalares de retaguarda. Na medida em que as pessoas passavam a procurar os serviços de urgência e reduziam a ligação com seu médico de "confiança" os problemas de definição de prioridade apareceram nos sistemas de saúde. Os primeiros protocolos sistematizados de triagem surgiram neste período e foram geralmente ligados a ações de enfermagem. Nos últimos anos a procura pelos serviços de urgência vem aumentando significativamente, tornando-se um dos maiores motivos de insatisfação dos usuários de um sistema de saúde. Com este grande problema nas portas de urgência, ocorreram tentativas no mundo inteiro da sistematização de um ordenamento no fluxo dos pacientes que vão aos serviços de urgência. Os modelos de triagem têm grande variação de acordo com as várias experiências em serviços geralmente isolados (sem concepção sistêmica). Há modelos que utilizam de 02 níveis até 05 níveis de gravidade, sendo os últimos mais aceitos na atualidade. São quatro os modelos de triagem mais avançados e que passaram a ter uma concepção sistêmica, ou seja, são utilizados por uma rede de serviços: Modelo Australiano (ATS) - Foi o pioneiro e sistematiza em tempos de espera de acordo com gravidade; Modelo Canadense (CTAS) - Muito semelhante ao modelo australiano, está sistematizado em grande parte do sistema canadense; Modelo de Manchester (MTG) - Trabalha com algoritmos e determinantes, associados o tempo de espera simbolizado por uma cor. Está sistematizado em vários países da Europa. Na comparação entre os modelos observa-se que todos utilizam escalas de 05 níveis, mas o único que tem formato eletrônico e se baseia em algoritmos clínicos é o protocolo de Manchester. O MTS, além disso, é baseado em categorias de sintomas e não em escalas de urgência pré-definidas, o que no nosso meio significa mais protocolo de manejo e conseqüentemente pode induzir a diagnóstico, o que não é desejável num protocolo de classificação de risco^{9,10,11}. O Estado de Minas Gerais é pioneiro no país na utilização do Protocolo de Manchester em todos os pontos de atenção de urgência. Foi feito um acordo entre o Manchester Triage Group (MTG) e o British Medical Journal, detentores dos direitos autorais do protocolo, o Grupo Português de Triagem (GPT), licenciado pelo MTG para a tradução do protocolo para a língua portuguesa e o Grupo Brasileiro de Classificação de Risco (GBCR). O GBCR foi autorizado em acordo formal com os dois grupos, MTG e GPT, para ser o representante oficial do protocolo no Brasil e disponibilizar gratuitamente para o sistema público brasileiro a sua utilização o que ocorreu no sistema de saúde público de Minas Gerais^{11, 12, 13,14}. **Considerações finais:** Atualmente podemos afirmar, após a análise dos materiais publicados que alguma forma de triagem sempre foi feita em serviços de urgência e emergência em nosso meio, seguindo, no entanto, a lógica da exclusão. Pois, o termo Triagem significa classificação ou priorização de itens e classificação de risco não pressupõe exclusão e sim estratificação. A expectativa de acesso rápido ao atendimento médico é crescente em nossa população, embora os Prontos Socorros (PS) não disponham de estrutura física, recursos humanos nem de equipamentos adequados para atendimento de tal

demanda. A regulação desse atendimento como resposta à maior demanda de saúde constitui instrumento necessário de ordenação e orientação da assistência. Esta é também potente ferramenta para organização e indução das Redes de Atenção à saúde com qualidade, efetividade, compromisso, responsabilidade, ética e solidariedade. O manejo da classificação de risco num Pronto Socorro requer equipes envolvidas, preparadas, e capazes de identificar necessidades e prioridades do paciente, para avaliação correta das situações estabelecidas no protocolo. Cada Serviço de Saúde deverá adaptar a classificação com base no perfil de sua demanda, dados epidemiológicos, em sua experiência, recursos, diferenças culturais, área física, leitos de retaguarda disponíveis, risco ou existência de superlotação e uso de protocolo.

Descritores: Urgência, Enfermagem; Classificação de risco e Triagem.

Referências:

1. Takemoto MLS. O trabalho de enfermagem em centros de saúde e a mudança do modelo de atenção no Município de Campinas – SP [Dissertação de Mestrado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2005.
2. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec/Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p. 74-111.
3. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: Merhy EE, Magalhães Jr. HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS, organizadores. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Editora Hucitec; 2003. p. 37-54.
4. Schimit MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública 2004; 20:1487-94.
5. Silva Jr. AG, Mascarenhas MTM. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO/São Paulo: Editora Hucitec; 2004. p. 241-57.
6. Teixeira RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2003. p. 49-61.
7. Camelo SHH, Angerami ELS, Silva EM, Mishima SM. Acolhimento à clientela: estudo em unidades básicas de saúde no Município de Ribeirão Preto. Rev Latinoam Enfermagem 2000; 8:30-7.
8. CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E. A Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar.
9. FRANCO, T; BUENO, V; MERHY, E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim, Minas Gerais, Brasil. Cadernos de Saúde Pública vol. 15 n2. Rio de Janeiro abr/jun, 1999.
10. MERHY, E; MALTA, D. ET AL. Acolhimento um relato de experiência de Belo Horizonte. In CAMPOS, C. R.: MALTA, D. REIS, A. et al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã. 1998.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Humaniza SUS. Política Nacional de Humanização. A Humanização como eixo norteador das práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília (DF), 2004.
12. PIRES, P S; GATTO, M A F. Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS): Validação e Aplicação. Revista Emergência. Ano 1, nº 1 out / nov. 2005.
13. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Indicadores Anuais. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/441/661/>. Acesso em 20 de Junho 2007.
14. HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Protocolos Não gerenciados. Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/502/729/>. Acesso em 20 de junho 2007.

SENTIMENTOS DOS FAMILIARES DIANTE DA DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Márcia Gabriela Rodrigues de Lima, Daniele Trindade Vieira; , Carmem Lúcia Colomé Beck

Universidade Federal de Santa Maria

grlmarcia@yahoo.com.br

Este trabalho foi desenvolvido em um atividade da graduação de enfermagem (UFSM) em uma disciplina de metodologia da pesquisa II, tendo uma proposta de desenvolvimento de artigos. Decorreremos sobre o assunto estudado que é sobre os sentimentos de familiares diante da doação de órgãos. Logo, o que se objetivava com este estudo é identificar os sentimentos expressos pelos familiares que autorizam a doação de órgãos de seus entes queridos, mesmo observando que todos os sinais vitais estão sendo mantidos em funcionamento normal, inclusive o “símbolo da vida”, o coração, pois “[...]o coração, muito mais do que mera inspiração para poetas e compositores, é sim, um símbolo de vida”(PIMENTEL,2008). Para tanto, a metodologia utilizada foi uma pesquisa bibliográfica em quatro artigos disponíveis no LILACS e SCIELO on-line, no período de 2005-2008, considerando-se os critérios de inclusão. A análise baseou-se em uma comparação entre os artigos encontrados, sendo construídas duas categorias: medo e insegurança. Com o avanço tecnológico possibilitou o surgimento de inúmeras pesquisas científicas desencadeando, desta forma, descobertas que contribuíram não só para a aceleração do crescimento industrial, mas também trouxeram em seu bojo revoluções significantes à atuação da medicina moderna, dentre elas: o transplante de órgãos e tecidos. Como refere Coelho (2004) as pesquisas na área da saúde sempre buscaram se superar perante as descobertas, encontrar curas e prolongar a vida, surgiram como vitais num mercado exigente. Deste modo, o transplante de órgãos e tecidos tem sido muito utilizado no intuito de proporcionar melhor qualidade de vida a indivíduos acometidos por enfermidades, as quais ocasionam o mau funcionamento de algum de seus órgãos. Os doadores podem ser vivos ou cadáveres, sendo que o primeiro necessita passar por testes de compatibilidade para que seus órgãos possam ser doados, e no segundo caso é necessário que o potencial doador seja submetido a uma bateria de testes diagnósticos que comprovem sua morte encefálica. WIKIPÉDIA (2008) diz que é difícil definir o momento exato da morte, pois em cada momento da história a morte é definida diferentemente. Antigamente, a morte era dada com a parada cardíaca e/ou respiratória, mas com o advento da tecnologia surgiram técnicas para o desenvolvimento da ressuscitação cardiopulmonar e desfibrilação. Atualmente, a definição de morte é conhecida como morte clínica - morte cerebral ou parada cardíaca irreversível. Nos casos de transplantes de órgãos, o conceito de morte é um pouco diferenciado, sendo constada a partir da ausência de atividade cerebral, com registros de pelo menos dois eletroencefalogramas planos, realizados num intervalo mínimo entre eles de 24 horas. Além disso, a abolição total de reflexos cefálicos, hipotonia muscular e pupilas não fotorreagentes (França, 2001). O processo de extração de órgãos em cadáveres para doação só pode ser realizado com a autorização familiar prévia, em decorrência de um pedido do próprio doador ainda em vida. Isso é regido legalmente pela lei nº 10.211, publicada em 23 de março de 2001. Assim sendo, acreditamos que essa situação conflituosa que se gera em torna da perda do ente querido, desperta na família muitos sentimentos negativos, principalmente no que se refere à presença da morte. No entanto, muitas vezes, os sentimentos eminentes que afloram e afligem os

familiares posteriormente a notícia de morte cerebral e da possível autorização ou não em doar os órgãos do ente, geralmente se resumem em: medo e insegurança. Podemos dizer que o medo, sentimento que costuma ser expresso diante de uma determinada situação que cause desconforto ou estranheza por algum motivo que empeça a obtenção de uma plausível compreensão ou simples entendimento. Então, é neste contexto que surge a morte, um acontecimento vital pouco aceitável, porém, com capacidade suficiente para despertar angústias e incertezas por onde passa. Diante disso, constatamos nos artigos estudados que a morte é entendida como uma fase natural da vida, porém pouco aceitável, e que mesmo assim implica em uma difícil compreensão e assimilação, pelos familiares que perderam seu ente querido e que estão na difícil decisão de doação de órgãos, principalmente quando ela se materializa no momento em que o familiar se depara com seu ente querido, sendo mantido por equipamentos que mantêm estáveis os sinais vitais para a manutenção dos órgãos, mesmo quando já existe a morte cerebral. Por conseqüência, isso gera a dificuldade em optar pela escolha de doar órgãos, já que para eles o símbolo da vida, é o funcionamento do coração, e não do cérebro. Isso vai ao encontro da idéia de Miranda e Porto (s.a., p.43) que dizem que “o significado simbólico do coração vêm desde a antiguidade e permanece vivo em nossos dias. O coração representa, na cultura popular a fonte de vida e o centro das emoções”. Este medo é representado em autorizar erroneamente sua execução através do desligamento dos equipamentos que mantêm de modo artificial a “vida” de seu ente querido. Concomitantemente ao sentimento de medo, a terrível presença do sentimento de insegurança no que se refere a dúvidas, desconfianças e, principalmente, a tomada de decisão condizente com a vontade manifesta pelo ente em vida. Além disso, a desinformação por parte dos familiares ou até mesmo de muitos profissionais da saúde que desconhecem o sentido correto da morte encefálica ou são inábeis na abordagem familiar para esclarecimento e solicitação da doação de órgãos, é possível que o clima estabelecido entre familiares e profissional seja de desconfiança e insegurança, já que é posto em dúvida o verdadeiro diagnóstico em questão. Diante do exposto, acredita-se que a falta de preparo dos profissionais pode contribuir na intensificação da apreensão que os familiares se deparam nesse momento de grande tristeza e indecisão, somado a isso, a dúvida de não cumprir e respeitar um desejo do familiar em doar ou não seus órgãos para transplante torna a situação ainda mais agravante. Pois, no Brasil a família é o representante legal da vontade expressa pelo paciente em vida e cabe somente a ela autorizar ou não a liberação para extração dos órgãos e tecidos. A partir disso, pode-se compreender que os diálogos em famílias, com amigos ou até mesmo a busca de informações em meios de comunicação torna-se de fundamental importância na tomada de decisão em doar ou não órgãos para transplante, sendo que a socialização de sua opinião a respeito do assunto para a família é um ato que auxilia não só a fazer valer o desejo expresso mas, sem dúvida, é um ato de amor e valorização da vida do próximo. A partir da elaboração deste trabalho foi possível obter um maior conhecimento acerca de doação de órgãos e tecidos, já que durante o período de graduação a discussão do tema em questão não é fomentada. Com isso, infere-se que o despreparo profissional se reflete na falta de habilidade em abordar os familiares para solicitar a doação de órgãos, porém acreditamos que isso não pode ser um fator determinante, pois a busca pelo conhecimento deve ser constante e não ser bitolado somente pelo que é dado na academia. Além disso, os familiares que também possuem um conhecimento razoável do assunto, se sente bem mais preparado e tranquilo quando se depara

com a situação de morte cerebral e doação de órgãos, ou até mesmo, em uma conversa informal sobre este assunto. A instabilidade emocional se expressa diante de fatores que gerem medo ou estranheza, como é o caso da morte. Essa instabilidade pode apresentar-se também quando os familiares desconhecem a opinião de seu parente, no que se refere à doação de órgãos, já que sua manifestação em vida é determinante para a tomada de decisão, caso ele venha a ser um potencial doador. Portanto, acreditamos que esse assunto deve ser mais discutido e estudado pela sociedade em geral para que com isso o índice de doação possa aumentar consideravelmente, beneficiando deste modo outras pessoas que esperam na fila para transplante de órgãos e tecidos e estas possam restabelecer sua qualidade de vida, pois nos dias atuais sabemos que muitas pessoas morrem devido a longa espera por esse procedimento.

Descritores: Morte, Familiares e Doadores de órgãos.

6º N - UNIDADE-PILOTO DA IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE ÚLCERA DE PRESSÃO: AMOSTRA DE UMA ASSISTÊNCIA QUALIFICADA

Marli Elisabete Machado, Rejane Marilda Ávila

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

memachado@hcpa.ufrgs.br

Introdução: As Úlceras de Pressão -UPs- sempre foram motivo de preocupação na prática da rotina diária do meio hospitalar. Quando um paciente tem a sua mobilidade física prejudicada, as UPs passam a ser um problema. No HCPA, criou-se uma necessidade: estudar as UPs, formas de prevenção e tratamento. Foi criado um grupo de Prevenção e Tratamento de Feridas – PPTF – com objetivo de diminuir a incidência das mesmas e tratá-las adequadamente. Em 2006 o 6ºN tornou-se a “unidade piloto” do PPTF. Para isso a equipe de enfermagem foi treinada, foram adquiridos equipamentos, além de medicamentos novos disponíveis no mercado. **Objetivo:** Mostrar a eficácia de um Projeto implantado no 6º Norte, para prevenção e tratamento de feridas, aliados à qualificação e sucesso de um trabalho em equipe. **Metodologia:** Relato de Experiência de estudo de caso de um paciente portador de UP e incluído no estudo piloto do Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlcera de Pressão (PPTF) implantado na Unidade de Internação Clínica 6º Norte do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 2006. **Resultados:** Evolução favorável do paciente em estudo, a aprovação da equipe sobre o planejamento da assistência pela ocasião da Implantação do Protocolo, e a conscientização sobre a importância da prevenção das úlceras de pressão nas Unidades de Internação. **Conclusão:** O conhecimento dos funcionários embasado nas práticas assistenciais e sua inclusão como membro do trabalho em equipe por ocasião da implementação de ações coordenadas preconizadas no Protocolo contribuiu para prevenção as UPs, melhorou a auto estima e incentivou a valorização da equipe.

Descritores: Enfermagem; Meio hospitalar; Úlcera de pressão.

AVALIANDO O QUADRO CLINICO DE UM PACIENTE INTERNADO EM UTI: CONSEQUÊNCIAS DE UMA PNEUMONIA NOSOCOMIAL

Alzenira Araújo, Bruna Almeida, Claudia Russo, Herta Puhl, Jocelia Teixeira, Lisiane Camargo

Centro Universitário Metodista-IPA

bruna.aps@pop.com.br

Introdução: A pneumonia nosocomial provém do meio hospitalar. No Brasil esta patologia ocorre em 7 a 46/1000 internações, tendo mortalidade de 6 a 58% (DEVID, 1988). **Objetivo:** Acompanhar e avaliar o estado clínico de um paciente internado em uma unidade de tratamento intensivo (UTI). **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado por acadêmicas de enfermagem, do Centro Universitário Metodista-IPA. A coleta de dados ocorreu no estágio da disciplina de Cuidado Intensivo, em um hospital privado de Porto Alegre. **Discussão:** JDG, 77 anos, vítima de acidente automobilístico. Sofreu um trauma abdominal contuso com ruptura do delgado e uma fratura no oitavo arco intercostal com derrame plural, tendo que ser submetido a uma laparotomia exploradora no HPS. JDG foi transferido para a UTI, do hospital onde o acompanhamos, devido a sua instabilidade hemodinâmica. Durante o período de internação, JDG permaneceu em ventilação mecânica (VM). Após certo período, JDG adquiriu uma pneumonia nosocomial. Segundo Schwarz (2003), dentre os principais microorganismos envolvidos nas pneumonias nosocomiais está a Pseudomonas. Através do prontuário, constatamos uma elevação crescente da concentração desse microorganismo nas amostras sanguíneas. Tentamos relacionar a broncopneumonia com o derrame pleural, propondo questionar sua origem nosocomial, o que não foi possível devido ao fato deste ter características de transudado. Por fim, foi constatado o óbito de JDG, o qual resultou de um choque séptico por Pseudomonas. Consideramos que, frente a um caso de pneumonia nosocomial, é dever da enfermagem reavaliar as medidas de controle de contágio, objetivando aprimorá-las. As pneumonias nosocomiais relacionam-se principalmente à VM, sendo o principal cuidado preventivo a utilização de técnica asséptica na aspiração lavagem das mãos (DBTPAHAVM, 2007). **Conclusão:** Concluímos que analisar o quadro clínico deste paciente nos proporcionou uma visão mais abrangente das complicações provindas da internação, bem como do papel da enfermagem na UTI.

Descritores: Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica, traumatismos abdominais, sepse.

Referências:

1. DAVID, Cidi Marcos Nascimento, Infecção em UTI, Simpósio: MEDICINA INTENSIVA: I. INFECÇÃO E CHOQUE, Ribeirão Preto, jul./set. 1998. Disponível em: <http://www.limic.ufc.br/arquivos%20texto/infeccao_em_uti.pdf>. Acesso em: 15 Out. 2008.
2. DBTPAHAVM: Diretrizes brasileiras para tratamento das pneumonias adquiridas no hospital e das associadas à ventilação mecânica - 2007. J. bras. pneumol. , São Paulo, 2008 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132007000700001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Nov. 2008.
3. SCHWARZ, Marvin I: Pneumonia Aguda. In: PARSONS, Polly E; WIENER-KRONISH, Jeanine P. Segredos em terapia intensiva. Porto Alegre: Artmed, 2003. 694p, cap.20, 138-141.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE DIÁLISE PERITONEAL

Eliese Denardi Cesar, Arlete Maria Brentano Timm, Claudia Regina Maldaner, Macilene Regina Pauletto,
Cecília Maria Brondani, Margrid Beuter

Universidade Federal De Santa Maria

eliese_denardi@yahoo.com.br

A diálise peritoneal (DP) é um dos métodos de terapia renal substitutiva que utiliza o peritônio como membrana dialisadora. É realizada pelo doente e/ou familiar cuidador no domicílio. Esta modalidade de tratamento traz implicações para o cotidiano do doente e alterações na dinâmica familiar. O objetivo deste trabalho é descrever a consulta de enfermagem realizada no Ambulatório de DP de um hospital público no Rio Grande do Sul. As consultas são realizadas com doentes vinculados ao programa de diálise do hospital, nas quintas feiras, com agendamento prévio e retorno mensal. Para a realização da consulta, é utilizado um protocolo único, no qual os profissionais fazem as anotações pertinentes à avaliação realizada. O enfermeiro avalia aspectos relativos aos sinais vitais, peso, local de saída e fixação do cateter, funcionamento da diálise, estoque e condições do material necessário para a realização da diálise, bem como revisão da técnica de troca de bolsa. O procedimento de diálise normalmente é realizado pelo cuidadores, sendo incentivada a sua participação nas consultas. As condutas e encaminhamentos são realizados pela equipe multidisciplinar, composta de enfermeiros, médicos e nutricionista. A interação enfermeiro/doente/cuidador durante a consulta de enfermagem é considerada indispensável para conhecer, identificar e satisfazer as necessidades destes indivíduos e alcançar seus propósitos neste tratamento longo e complexo.

Descritores: Enfermagem, Diálise Peritoneal, Consulta de Enfermagem.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA BARIÁTRICA

Mara RF Gouvêa, Michelli CS Assis, Simone Pasin, Érica Batassini, Gislaine MB de Oliveira, Fabiana B Fehrenbach

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ffehrenbach@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A obesidade é uma doença metabólica crônica caracterizada por excesso de peso relativo, ou seja, pela porcentagem de peso que excedeu o ideal ou o desejado em relação à idade, à altura e ao sexo. Dentre os fatores etiológicos estão os distúrbios neuroendócrinos, uso de medicações que causam aumento de peso, cessação do tabagismo, vida sedentária, hábitos alimentares, fatores psicológicos e sociais, doenças genéticas e congênitas. Trata-se de um problema de saúde pública, que pode impor limitações na qualidade de vida do portador, constituindo-se em fator de risco à saúde. Estima-se que anualmente 200 mil brasileiros morrem de doenças decorrentes da obesidade, tais como diabetes, hipertensão arterial sistêmica e infarto agudo do miocárdio. O tratamento da obesidade consiste em uma associação de medidas que geram uma modificação permanente do estilo de vida do paciente e depende da gravidade do caso são indicados dieta,

reeducação alimentar e atividades físicas. Quando não se obtém sucesso, pode-se optar por medicações e pela cirurgia bariátrica. Esta visa promover a redução do volume de ingesta total e da absorção do conteúdo alimentar ingerido pela restrição mecânica gástrica, que provoca sensação de saciedade precoce. Com isto tem-se a redução do reservatório gástrico, o aumento do tempo de esvaziamento e a redução da área de absorção intestinal. Os resultados esperados com a cirurgia bariátrica incluem: perda de peso, melhora das comorbidades relacionadas e da qualidade de vida. Para o sucesso deste tratamento existe a necessidade de acompanhamento pré, trans e pós-operatório de uma equipe multidisciplinar. Dentro desta equipe, a enfermagem que participa do atendimento ao paciente obeso deve conhecer os aspectos técnico-científicos do tratamento proposto, para prestar uma assistência de qualidade e com um resultado satisfatório. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) este tipo de tratamento passou a ser realizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em novembro de 2008. Desde então a equipe de enfermagem junto aos demais profissionais de saúde envolvidos neste projeto necessitou instrumentalizar-se para realizar o atendimento a este paciente. **Objetivo:** Descrever os cuidados de enfermagem à pacientes submetidos à cirurgia bariátrica, com vistas a uma melhor recuperação e prevenção de complicações. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência acerca do cuidado de enfermagem durante o atendimento ambulatorial e a internação hospitalar de pacientes em pré e pós-operatório de cirurgia bariátrica, com base na experiência da prática clínica das autoras e na revisão da literatura. **Resultados:** O acompanhamento destes pacientes no pré e pós operatório demonstrou que os diagnósticos de enfermagem mais freqüentemente utilizados são : 1) Distúrbio da imagem corporal; 2) Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais; 3) Risco de Infecção. 3) Integridade tissular prejudicada. Os cuidados de enfermagem no pré-operatório incluem a verificação dos sinais vitais, do peso, da altura, da circunferência abdominal, o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC), além de orientações acerca da cirurgia e esclarecimento de dúvidas. O pós-operatório visa à recuperação e prevenção das principais complicações da cirurgia bariátrica. Cuidados de enfermagem para prevenir as complicações respiratórias: estimular a manutenção dos exercícios respiratórios, favorecendo a expansibilidade e mobilidade de secreção; tomar medidas para prevenir aspiração, principalmente durante episódios de vômitos, elevando e colocando em posição lateral a cabeceira do paciente; estimular a mudança de decúbito e a deambulação precoce, pois esta ação também ajuda a eliminar secreções pulmonares existentes; cuidados com oxigenioterapia sempre que necessário. Cuidados de enfermagem para prevenir a dor: tornar a dor um fenômeno visível; estabelecer a avaliação sistemática do paciente através da utilização de escalas de intensidade de dor, possibilitando novas intervenções em busca do alívio; avaliar a eficácia do tratamento analgésico seja ele medicamentoso ou não; prover satisfação com o alívio do sintoma doloroso. Cuidados de enfermagem para prevenir a trombose venosa profunda e o tromboembolismo pulmonar: utilizar meias elásticas; estimular a movimentação com os pés para melhorar o retorno venoso e prevenir estase, como a flexão e extensão dos pés; administrar injeção subcutânea de heparina de baixo peso molecular, conforme prescrição médica; monitorizar sinais de tromboflebite, atentando para os aspectos como dor na região de dorso-flexão dos pés, devido à circulação ineficiente; monitorizar sensibilidade, hiperemia, elevação da temperatura na região da panturrilha e hipertermia; estimular o paciente a sair do leito nas primeiras 6 a 12 horas. Cuidados de enfermagem para introdução da dieta: orientar que durante os primeiros

30 dias deve-se ingerir apenas alimentos líquidos gelatinosos (água, chás, sucos, sopas, gelatinas e iogurtes); explicar a importância de seguir a dose e a frequência da dieta, conforme combinado com o serviço de nutrição; verificar aceitação da dieta; observar e comunicar a presença de náuseas, vômitos, diarreia, bem como a presença da Síndrome de Dumping, caracterizada por distensão abdominal, hipotensão, câimbras, diarreia, rubores e taquicardia após a ingestão de açúcar simples. Cuidados de enfermagem para prevenir a hipoglicemia, hiperglicemia e desidratação: monitorar a glicemia capilar, sempre que houver esta indicação; monitorizar a aceitação da dieta prescrita; monitorizar a hidratação do paciente; estimular a aceitação da dieta e a hidratação; observar e anotar as eliminações e outras perdas como: diurese, vômitos, débitos de drenos, diarreia. Cuidados de enfermagem para prevenir hemorragias: observar presença de pulsos periféricos diminuídos; observar frequência respiratória aumentada; observar pele fria, cianótica e pálida; observar eliminação de urina em volume inferior de 30ml hora; observar presença de sede excessiva. Cuidados de enfermagem para prevenir as complicações relacionadas com a pele e ferida operatória: atentar para alteração da integridade cutânea mucosa, através da inspeção diária da pele; manter colchão piramidal ou de fluxo de ar; avaliar a incisão cirúrgica e áreas de proeminências ósseas; observar características da pele em volta do acesso venoso periférico ou central, avaliar risco de flebite; atentar para os curativos, deixando-os sempre limpos; implementar cuidados com dreno de J-Blake, medindo e registrando aspecto da drenagem; monitorar sinais e sintomas de infecção; atentar para edema, hiperemia e sensibilidade; atentar para deiscência da ferida operatória; evoluir presença e característica de secreção; evoluir a cicatrização da ferida operatória. Cuidados de enfermagem para minimizar o risco de fistulas: verificar os sinais de hipertermia (calafrios, sudorese, temperatura elevada); avaliar dor local e difusa; avaliar padrão respiratório (presença de dispnéia); avaliar débito e aspecto de drenos; observar e encaminhar a ocorrência de diarreia, desde que seja fora dos parâmetros esperados. Cuidados de enfermagem para prevenir a retenção urinária: monitorizar sinais de retenção urinária através de distensão abdominal; orientar o paciente a comunicar desconforto na região suprapúbica; realizar sondagem vesical de alívio conforme orientação médica. Cuidados de enfermagem para prevenir o íleo paralítico: verificar presença, aspecto, características e frequência de eliminações intestinais; monitorizar sinais de íleo paralítico, na ausência de ruídos hidroaéreos (deverão retornar em média de 6 a 12 horas após a cirurgia), flatulência, distensão abdominal. **Conclusões:** Os cuidados de enfermagem são essenciais para prevenção e detecção precoce de complicações no pós-operatório. Para isto, é essencial que os mesmos iniciem no pré-operatório do paciente, por meio de orientações que são enfatizadas pela enfermeira. A equipe de enfermagem tem um papel fundamental na equipe multidisciplinar, devido à proximidade com o paciente e família, o que possibilita a troca de informações, orientações e o conseqüente aumento da adesão ao tratamento. A experiência aqui apresentada tem servido de base para a elaboração dos protocolos assistenciais na unidade de ambulatório e internação destes pacientes.

Descritores: cirurgia bariátrica; assistência de enfermagem, obesidade mórbida.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM SÍNDROME DE DÉFICIT DO AUTOCUIDADO

Ana Paula Vanz, Camila Fröhlich, Ana Lúcia Moreira Garcete, Amália de Fátima Lucena
Escola de Enfermagem da UFRGS
apaulavanz@hotmail.com

Introdução: O presente trabalho é um estudo de caso desenvolvido durante uma disciplina do Curso de Enfermagem da UFRGS no ano de 2007. Foi estudado um paciente hospitalizado em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário, com diagnóstico médico de Acidente Vascular Encefálico (AVE) isquêmico de tronco e broncopneumonia. **Objetivos:** aprofundar o conhecimento na área da sistematização da assistência de enfermagem e estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem para o paciente em estudo. **Método:** Estudo de caso. Para a coleta de informações foram utilizadas consultas ao prontuário, anamnese e exame físico do paciente. Resultados: foram elencados os seguintes diagnósticos: Síndrome de déficit do autocuidado relacionado a atividade neuromuscular prejudicada evidenciado pela incapacidade total de realizar as atividades de autocuidado (tetraplegia). Deglutição prejudicada relacionado a atividade neuromuscular prejudicada evidenciado pela dificuldade para deglutir (sonda nasointestinal). Desobstrução ineficaz das vias aéreas relacionado a secreções brônquicas evidenciado por dispnéia, tosse. Risco para infecção relacionado à procedimento invasivo (catéter venoso central e pleurostomia). Dor crônica relacionado à imobilidade de membros superiores e inferiores evidenciado por queixas, fácies de dor. **Conclusões:** Constatou-se que o AVE é uma patologia que leva frequentemente o paciente a dependência do seu autocuidado. Assim, faz-se necessário uma série de intervenções de enfermagem ao longo das internações hospitalares para possibilitar maior conforto e evitar complicações. Verificou-se, também, a importância de se estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem precisos para a promoção do conforto e o alívio de sinais e sintomas do paciente hospitalizado, assim como para qualificar a relação enfermeiro-paciente.

Descritores: Autocuidado; Diagnóstico de enfermagem; Acidente vascular cerebral

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM UM PACIENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Aline dos Santos Duarte, Maria Henriqueta Luce Kruse, Maura Pia Ferrão, Tábata de Cavatá
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
00152584@ufrgs.br

Introdução: O Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre foi criado com o objetivo de oferecer assistência multidisciplinar aos pacientes oncológicos fora de possibilidade de cura. Os cuidados da equipe envolvem o controle de sintomas e a promoção da qualidade de vida procurando atenuar as dificuldades trazidas pelas alterações sociais e psicoespirituais inerentes ao processo de adoecimento. **Objetivos:** Identificar os diagnósticos de enfermagem adequados ao paciente assistido durante

estágio curricular de enfermagem no NCP do HCPA. **Metodologia:** Trata-se de estudo de caso de um paciente com diagnóstico médico de adenocarcinoma sem sítio primário com metástase óssea, pulmonar e hepática. Realizou-se exame físico do paciente e, a partir dos sintomas relatados e dos sinais apresentados, pesquisou-se na NANDA os diagnósticos de enfermagem adequados. **Resultados:** Os sintomas referidos pelo paciente foram insônia e constipação. Ao exame físico, observou-se ansiedade, desânimo, força muscular diminuída, desnutrição, abdômen distendido, pele e escleróticas ictericas e dreno biliar aberto em frasco com drenagem biliosa amarelo escuro. Com base nos achados obtidos com o exame físico, considerou-se adequados os seguintes diagnósticos: Ansiedade relacionada ao estado de saúde e ameaça de morte, evidenciada por preocupação e insônia. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais relacionada à patologia, evidenciada por perda de peso. Risco de quedas tendo como fatores de risco neoplasias (fadiga/mobilidade limitada); força diminuída e mobilidade física prejudicada. Fadiga relacionada à condição física debilitada evidenciada por cansaço e incapacidade de manter rotinas. Risco de infecção tendo como fatores de risco procedimentos invasivos; defesas primárias inadequadas (pele rompida) e desnutrição. Constipação relacionada ao uso de opiáceos evidenciada por incapacidade de eliminar fezes. Dor crônica relacionada a patologia e evidenciada por relato verbal. Risco de tensão do papel do cuidador relacionada a gravidade da doença do receptor de cuidados. **Conclusão:** A experiência de identificar os diagnósticos de enfermagem contemplando as peculiaridades do paciente em cuidados paliativos promoveu um exercício à prática da assistência integral ao doente fora de possibilidades terapêuticas.

Descritores: diagnóstico de enfermagem, cuidados paliativos e neoplasia.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM CABÍVEIS EM UM CASO DE LITÍASE RENAL

Cristiani Caroline Knöpker, Angela Luft, Miriã Dias Ávila, Tailine S.Mello

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cknöpker@yahoo.com.br

Introdução: A calculose renal apresenta-se distribuída em 10 a 12 % da população, sendo mais freqüente em homens entre 20 e 40 anos (BARROS, TOMÉ, GONÇALVES, 2006). A incidência quatro vezes maior da litíase na raça branca justifica a realização desse estudo, já que no Rio Grande do Sul essa população é maioria. A maior parte das pessoas acometidas tem história familiar de nefrolitíase. Sua recorrência é comum. Aproximadamente 50% dos pacientes apresentarão um segundo episódio de litíase após cinco a dez anos do primeiro, se não forem submetidas a nenhum tipo de tratamento. Essa patologia está associada a uma elevada taxa de morbidade, com freqüentes hospitalizações, alto custo de atendimento e grande número de dias perdidos no trabalho (BARROS, TOMÉ, GONÇALVES, 2006). A urolitíase refere-se aos cálculos no trato urinário. Os cálculos podem ser encontrados em qualquer ponto a partir do rim até a bexiga e variam de tamanho. Podem ser desde pequenos depósitos granulares, chamados de areia ou cascalho, até os cálculos vesicais, tão grandes como uma laranja. Eles são formados quando as concentrações urinárias de substâncias

como fosfato de cálcio, oxalato de cálcio e ácido úrico aumentam tornando a urina supersaturada, sendo que essa supersaturação é a principal condição para formação do cálculo. No entanto, existem substâncias inibidoras da cristalização, que, estando presentes, impedem a cristalização. Outros fatores envolvidos na litogênese são o pH da urina, o volume urinário e a dieta. Fatores ambientais também podem predispor os indivíduos ao cálculo. **Objetivos:** apontar a sintomatologia do paciente com litíase renal elencar diagnósticos de enfermagem cabíveis, além de propor e justificar intervenções acerca desses diagnósticos. **Método:** Os dados foram obtidos por uma entrevista direta com o paciente durante o estágio da disciplina de adulto I da Escola de enfermagem da UFRGS realizado no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS) durante o ano de 2008. **Resultados:** P.S.A., 43 anos, branco, masculino, casado, trabalhador de uma empresa de publicidade e procedente de Canoas. Queixa principal “Dor no abdome que irradia para as costas; (pontadas)”. Paciente chegou ao HPS pálido, sudorético, posição antálgica, gemente e com fâscies contraídas, hipertenso, nauseado, claudicante e levemente fletido. Referindo dores súbitas, intermitentes e avaliadas, segundo ele, quanto à dor em 10 (escala 1 a 10), localizadas na região epigástrica, hipogástrica e flanco direito. Já havia apresentado episódios anteriores com desmaio. Negava disúria, hematúria, nictúria e outras alterações urinárias. Na sala de Clínica (sala 6) foi medicado com Butilbrometo de escopolamina (Buscopan composto) e Metoclopramida (Plasil). Foi encaminhado ao laboratório para exames complementares. História de hipertensão arterial sistêmica. Relata que segundo uma ecografia abdominal realizada há 4 meses, apresenta cálculo renal. Vinha em uso de Captopril 25mg (3 x dia), Propranolol 40mg (2 x dia) e Hidroclorotiazida 25mg (1cp). Paciente com 2º grau completo, empregado, mora com a esposa, é sexualmente ativo e têm dois filhos. Católico, costuma jogar futebol e dançar, dorme em torno de oito horas/noite, sua alimentação é baseada em verduras, proteínas e glicídios. Ao exame físico, apresentava-se lúcido, orientado, hidratado, pálido, sudorético, afebril (TAX: 36,2º C), eupnéico (FR: 20mpm), ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares perfeitamente distribuídos. Hipertenso (PA: 150x100 mmHg), ausculta cardíaca 70bpm; Ritmo Regular; 2 Tempos; FC: (66bpm). Abdome normotenso, sem megalias, doloroso nas regiões epigástrica e hipogástrica. Extremidades aquecidas, pulsos periféricos simétricos e desinfiltrados, MsS e MsI sem edema e bem perfundidos. Diante do exposto, foram elencados os seguintes diagnósticos de enfermagem: 1) Dor aguda relacionada à inflamação e aos espasmos da musculatura lisa secundária a irritação pelos cálculos evidenciada pela comunicação de queixas de dor, postura incomum, gemidos, feições contraídas e náusea. Intervenções: escutar atentamente a respeito da dor, manifestar que você está investigando a dor para entendê-la melhor e não para determinar se ela está realmente presente, pois o paciente tem necessidade de convencer os profissionais de saúde que está realmente com dor. Dessa forma, pretende-se reduzir a ansiedade e, conseqüentemente, a dor. Essa atitude também promove a confiança do paciente na equipe que vai cuidá-lo. Avaliar os sinais vitais, em especial a freqüência respiratória, antes e após a administração de qualquer narcótico, pois os narcóticos podem deprimir o centro respiratório do cérebro. Administrar analgésico lentamente conforme prescrição médico, selecionar e implementar uma variedade de medidas para facilitar o alívio da dor, quando adequado (ex.: colocar o paciente em uma posição confortável, neste caso, colocá-lo em decúbito lateral esquerdo). Determinar as características, a qualidade e a intensidade (de 1 a 10) da dor antes e após 30 minutos da administração do analgésico para

avaliar a eficácia do mesmo. 2) Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre os cuidados com HAS e a prevenção da recorrência de cálculos renais evidenciado pelo relato de ingestão hídrica deficiente, dieta inadequada e falta de controle da HAS. As intervenções sugeridas são: orientar o paciente sobre o processo das doenças, pois o conhecimento do paciente sobre as suas patologias facilita a adesão ao tratamento. Orientar o paciente sobre os cuidados para reduzir os fatores da dieta predisponentes à formação de cálculo e ao descontrole da HAS: evitar a ingestão excessiva de vitamina D (queijos, manteiga, margarina, nata, leites enriquecidos), restringir a porção de carnes (proteína) em no máximo 60g/dia. Também evitar alimentos contendo oxalato (chocolate, espinafre, morangos, chá e amendoins). Justificativa: Diminuir a excreção urinária desses compostos (cálcio, oxalato e ácido úrico). Restringir o sódio em 3 a 4 g/dia (sal de cozinha e alimentos ricos em sódio como enlatados, embutidos, queijos amarelos e curados, comidas industrializadas e defumados). Justificativa: O sódio compete com o cálcio pela reabsorção nos rins fazendo com que aumente a concentração de cálcio na urina. A reabsorção renal do sódio está aumentada na HAS, conseqüentemente aumenta a volemia aumentando o débito cardíaco e a pressão arterial. Orientar o paciente sobre a ingestão de, no mínimo, oito copos de água por dia. Salientar que evite atividades que provocam sudorese excessiva e desidratação, pois os cálculos formam-se mais facilmente na urina concentrada. Com a ingestão hídrica aumentada a pressão hidrostática dentro do trato urinário aumenta e promove a eliminação do cálculo. Orientar quanto à ida ao posto de saúde para monitoramento da pressão arterial, bem como agendar consultas regulares para controle da HAS. Reconhecer e reportar sinais ou sintomas de complicações da litíase, tais como febre acima de 38°C, hipertensão, cefaléia, disúria, urina turva, oligúria, dor não aliviada pelo medicamento prescrito. Hematúria deve ser esperada e desaparece dentro de quatro a cinco dias e também pode aparecer equimose. Justificativa: O paciente fica conhecedor das situações nas quais deve procurar os serviços de saúde. 3) Náusea relacionada à irritação gastrointestinal secundária a cálculos renais evidenciada pela palidez, pele fria e viscosa e pelo relato verbal. Administrar medicamento antiemético conforme prescrição médica, manter cuba rim ao alcance do paciente para promover maior conforto, caso ocorra a êmese. Elevar um pouco a cabeceira da cama para evitar a aspiração de conteúdo gástrico caso ocorra êmese. Orientar o paciente a respeito do medicamento e sobre o método de administração. **Justificativa:** Para evitar desconanças e ansiedade por parte do paciente quanto às drogas prescritas e sua forma de administração. Monitorar a eficácia do medicamento, avaliando se a náusea cessou e comunicar ao médico em caso de negativa para nova prescrição. Obs.: É importante verificar a história de alergias as drogas prescritas a fim de evitar a piora do quadro do paciente por uma reação alérgica. Além disso, precisamos monitorar reações adversas aos medicamentos para evitar complicações e para comunicar e discutir com a equipe uma nova terapia ou uma terapia complementar; se for o caso. **Conclusões:** É extremamente importante que os profissionais enfermeiros conheçam o processo de formação do cálculo renal para que entendam a importância de sua atuação no processo de educação para a saúde evitando a recorrência da patologia através de orientações quanto à dieta e hábitos de vida. No caso em estudo, por exemplo, fica evidente que a incompreensão do regime terapêutico foi fator determinante para a recorrência da urolitíase. Diante do exposto, é imprescindível que a enfermagem oriente os pacientes sobre a importância da ingestão hídrica adequada e

sobre a restrição sódica, devido a esta estar ligada aos casos de cálculo de cálcio – responsável pela maioria dos casos de urolitíase.

Descritores: Nefrolitíase, Litíase renal, Cálculos Renais.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM UMA PACIENTE COM LUPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO

Aline dos Santos Duarte, Ana Flávia Bohrer, Bibiana Fernandes Trevisan, Clarissa de Bona Silva, Sharlene
Teixeira de Souza, Tábata de Cavatá

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

bibli.trevisan@ig.com.br

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico é uma doença autoimune onde a pessoa portadora desenvolve anticorpos que reagem contra as suas células normais, podendo conseqüentemente afetar a pele, as articulações, rins e outros órgãos. Os cuidados da equipe de enfermagem envolvem o controle de sintomas e a promoção da qualidade de vida procurando atenuar as dificuldades trazidas pelas alterações físicas, sociais e psicoespirituais inerentes ao processo de adoecimento. **Objetivo:** Ampliar os conhecimentos de enfermagem sobre o Lúpus Eritematoso Sistêmico e sua fisiopatologia, construindo diagnósticos de enfermagem através da exploração do estudo de caso de uma paciente. **Metodologia:** Foi realizado um exame físico em uma paciente portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico e, a partir dos sintomas relatados e dos sinais apresentados, pesquisou-se na NANDA os diagnósticos de enfermagem adequados. **Resultados:** O Lúpus Eritematoso Sistêmico interfere ativamente na qualidade de vida tanto física quanto psicologicamente das pessoas portadoras. Foram observadas as dificuldades da paciente em lidar com a situação atual após amputação de membro inferior direito e aceitar as limitações impostas pela patologia. Os sintomas referidos incluíram dor em membro inferior esquerdo. Ao exame físico, observou-se ansiedade, choro fácil, desânimo, presença de solução de continuidade localizada no pé esquerdo, com presença de exsudato purulento, e lesão pós-cirúrgica em coto do membro inferior direito, sem secreção. **Conclusão:** A experiência de identificar os diagnósticos de enfermagem contemplando as peculiaridades da paciente portadora de Lúpus Eritematoso Sistêmico assistida promoveu um exercício a prática da assistência integral ao paciente, contemplando um atendimento integral e humanizado.

Descritores: Diagnósticos de Enfermagem, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Assistência de Enfermagem.

DO SOFRIMENTO À SUPERAÇÃO: UMA PERSPECTIVA TEÓRICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOR ONCOLÓGICA

Livia Lírio Campo, Gisele Karasek

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

lilica_rs@yahoo.com.br

Introdução: O presente trabalho foi realizado a partir do atendimento ambulatorial a uma paciente com história de câncer de colo de útero, realizando tratamento para dor oncológica. Logo, nosso foco será o câncer de colo uterino, suas repercussões, tratamento, o atendimento e as intervenções de enfermagem. O câncer ginecológico pode ser tratado como um problema de saúde pública visto que as medidas de prevenção, terapêuticas e de reabilitação do doente dependem da oferta de serviços adequados, do conhecimento da população e conscientização da comunidade. **Objetivo:** Objetivou-se, neste trabalho analisar de que modo a enfermagem pode promover ações e atos na detecção precoce do câncer e como proporcionar a melhoria da qualidade de vida ao paciente com câncer, através de educação em saúde. Identificar os danos gerados ao paciente com câncer, sua trajetória, os problemas enfrentados e de que modo a enfermagem pode ser atuante em seu tratamento. Aprofundar os conhecimentos sobre o câncer de colo uterino; demonstrar a importância da promoção, prevenção e educação para a saúde; divulgar a consulta de enfermagem como método capaz de prestar cuidado humanizado e holístico ao ser humano; avaliar quais os diagnósticos e intervenções de enfermagem cabíveis a paciente em estudo através da avaliação dos dados obtidos. **Metodologia:** O trabalho será um Estudo de Caso que se caracteriza pelo emprego de estatística simples, estando em uma categoria de pesquisa na qual se avalia o objeto, que é uma unidade, profundamente. Através dele, se analisa a natureza e a abrangência da unidade, estando sua complexidade baseada na teoria que serve de orientação para o investigador. Neste trabalho, é empregado como uma de suas técnicas a entrevista à pessoa estudada. Porém, como este instrumento pode dar uma visão unilateral do entrevistado, incompleta ou falsa, também se utiliza a revisão de documentos que possam aumentar as informações sobre a pessoa em análise (LÜDKE; ANDREA, 1986). A partir dos dados coletados, serão identificados alguns problemas ativos ou vivenciados pelo paciente em estudo, formulando-se diagnósticos e intervenções de enfermagem para o presente caso. Após essa formulação, será realizada uma discussão dos problemas existentes, propondo-se também um plano de cuidados, os quais serão submetidos a uma análise crítico-reflexivo, sendo discutidos à luz de um referencial teórico apoiado na literatura existente. O local de realização deste estudo foi o ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A amostra é do tipo intencional, composta de um paciente selecionado durante a realização do estágio da disciplina nas consultas da agenda de Enfermagem de adultos. A população em estudo é formada pelos pacientes adultos que estão em tratamento para dor oncológica vinculados ao ambulatório do HCPA. Os prontuários arquivados no Serviço de Arquivo Médico e Educação em Saúde (SAMIS), as informações disponíveis no prontuário eletrônico da paciente, bem como as consultas de Enfermagem realizadas com ela na zona 18, na área de dor oncológica, serviram como fontes para a coleta de dados para o presente estudo. Através dos dados coletados, foram identificados alguns problemas ativos na paciente em estudo, formulando-se

diagnósticos de enfermagem para o presente caso. Após essa formulação, foi realizada uma discussão dos problemas existentes, propondo-se também um plano de cuidados. **Resultados:** Através dos dados coletados da paciente, por meio das consultas de enfermagem, dos dados do prontuário eletrônico, constatou-se que ela foi tabagista por mais de 20 anos, a multiparidade, o baixo nível de conhecimento e a não realização de exames ginecológicos de rotina são fatores que pré dispõe a esse tipo de câncer. Foi possível identificar muitas manifestações do Câncer de colo durante esses onze anos, podemos citar a recidiva que ocorreu dentro dos dois primeiros anos, como a obstrução ureteral, sepse, obstrução do intestino delgado, formação de fistula, obstrução urinária do conduto ileal, disfunção vesical e pielonefrite. Essas manifestações devem-se também pelo tipo de tratamento que foi realizado, a exenteração pélvica causa com frequência muitos transtornos pós-operatórios. A histerectomia é um procedimento realizado para muitas condições diferentes do câncer, os dados de avaliação adicional incluem as respostas psicossociais da paciente, porque a necessidade de ser realizada pode provocar fortes reações emocionais. Quando a histerectomia é realizada para remover um tumor maligno, a ansiedade relacionada com o medo do câncer e suas conseqüências soma-se ao estresse da paciente e de sua família (BRUNNER e SUDDARTH, 2005). Essas mulheres podem estar em maior risco de sintomas psicológicos, sintomas físicos, síndrome pós-menopausa e maior uso dos serviços de saúde no pós-operatório. Outras mulheres observam melhora na saúde física e mental depois da histerectomia (BRUNNER e SUDDARTH, 2005). Portanto as principais metas para a paciente podem incluir o alívio da ansiedade, ausência de dor ou desconforto, maiores conhecimentos sobre os requisitos do autocuidado visando ausência de complicações. Os objetivos dessas intervenções são fazer com que a paciente tenha a capacidade de promover o auto-cuidado de forma eficaz, diminuindo sua ansiedade sabendo como resolver as questões que lhe afligem, podendo assim obter um aumento no conforto psicológico e fisiológico, através de mecanismos de resolução eficazes no controle da ansiedade. Algumas medidas demonstram eliminar a hipertensão em algumas pessoas sem o uso de medicação. A perda de peso é útil, pois a obesidade aumenta a resistência periférica e a sobrecarga cardíaca, elevando a pressão sanguínea. A atividade física regular aumenta o fluxo sanguíneo periférico e a eficiência muscular e cardíaca. A redução de sódio é recomendada, pois o sódio em excesso aumenta a quantidade de água no organismo levando a um aumento no volume circulante, que eleva a tensão arterial. Identificar fatores que comprometam a adesão do cliente ao tratamento, como falta de conhecimento e crenças como a de que a situação é temporária, justifica-se pelo fato de que aproximadamente 50% dos pacientes desistem do tratamento durante o primeiro ano. A dieta deve eliminar calorias e manter uma nutrição adequada. O cliente tem maior probabilidade de seguir o plano se puder participar de sua formação e se este se desviar o menos possível de seus tipos habituais de alimentos. Como citado anteriormente, o atendimento deve abordar aspectos relevantes do paciente de forma holística. O foco não está apenas na doença, mas no indivíduo como um todo, tornando esse momento ímpar na abordagem do enfermeiro. É de extrema importância saber reconhecer os problemas comuns ao grupo ou ao indivíduo que esta sendo atendido, para que a assistência de enfermagem a ser prestada encontre uma solução para os mesmos. **Conclusões:** No atual contexto em que vivemos a saúde pública não tem sido vista como essencial para promover mudanças como, o crescimento do país, a melhora da qualidade de vida das comunidades. Os investimentos não são suficientes para atender a demanda de problemas relacionados à

saúde. O aumento da incidência das doenças na sociedade atual, está associado à falta de ações que visem à promoção da saúde da população através do incentivo à prática de hábitos saudáveis. Com a realização deste estudo de caso, percebe-se que o vínculo com o paciente, bem como a adesão deste ao tratamento proposto é fundamental para a amenização dos danos provocados pelas doenças que se tornaram crônicas, neste caso a dor. Neste trabalho foi possível aprofundar os conhecimentos relacionados ao câncer de colo, mostrar qual a relevância da consulta de enfermagem nesse contexto de combate aos agravos da dor crônica. É papel da equipe de enfermagem difundir a informação correta, promover práticas educativas e motivar o indivíduo para a adoção dessas práticas, levando em consideração a comunidade onde ele está inserido, para desenvolver intervenções de saúde apropriadas.

Descritores: enfermagem, enfermagem oncológica, neoplasias.

PROTEÇÃO INEFICAZ EM PACIENTE COM CÂNCER DE MEDIASTINO

Ana Cláudia de Farias Batista, Sabrine Aguirre Cardoso Müller, Amália de Fátima Lucena

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

anaclaudiabatista_86@hotmail.com

Introdução: Trata-se de um estudo de caso, de paciente com diagnóstico médico de neoplasia de células germinativas no mediastino com metástase em sistema nervoso central, realizado durante o estágio acadêmico em uma unidade de internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. No estudo aborda-se a sistematização da assistência de enfermagem do paciente, com ênfase para etapas de diagnóstico e intervenções de enfermagem. **Objetivos:** aprofundar os conhecimentos na área da sistematização da assistência; relacionar os conhecimentos teóricos à prática clínica; subsidiar com esta experiência a realização de futuros trabalhos que poderão ser relevantes à enfermagem. **Método:** Estudo de caso que se teve por base o acompanhamento do paciente e de seus familiares durante sua internação no HCPA, local onde o estágio acadêmico foi desenvolvido. Para tanto utilizou-se das cinco etapas do Processo de Enfermagem, ou seja, o exame físico, a coleta de informações, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem e a avaliação dos mesmos. **Resultados:** Os resultados estão apresentados conforme etapas do Processo de Enfermagem. 1) Dados referentes à coleta de informações e exame físico - Paciente masculino, 50 anos, branco, solteiro, natural e procedente de Porto Alegre RS, católico não praticante. Ingressou na emergência do HCPA em março de 2008 com dor torácica e dispnéia, sendo internado para investigar quadro clínico. Após a realização de exames foi diagnosticado neoplasia de células germinativas no mediastino com metástase no sistema nervoso central (SNC) e iniciado tratamento quimioterápico. Em agosto de 2008 reinternou para realizar novo ciclo de quimioterapia, com quadro de agudização da doença. Ao exame físico apresentava-se desanimado e sentindo-se muito cansado. Regulação neurológica: Sem alterações no nível de consciência, lúcido, orientado e coerente. Comportamento tranquilo e comunicando-se adequadamente. Percepção dos Órgãos dos Sentidos: Sem alteração nos órgãos, não referia dor, mas desconforto importante na área torácica, cansaço e fraqueza. Pupilas isocóricas, presença de

edema em região cervical devido à compressão de jugular. Quanto a oxigenação: Apresentava episódios de dispnéia mesmo com uso de oxigênio terapia à 4l/min via cateter nasal. Expansão torácica simétrica, com presença de roncos e sibilos em ausculta pulmonar. No exame físico do tórax não foram notadas alterações anatômicas. Regulação térmica e vascular: Extremidades perfundidas, aquecidas e sem presença de edema. Apresentando enchimento capilar rápido e pulsos cheios, sinais vitais estáveis, plaquetopênico. Alimentação: Inapetente, alimentando-se em pequena quantidade, com perda de peso significativa desde a internação. Não apresentava náuseas e vômitos. Arcada dentária íntegra. Eliminações: Apresentava eliminações espontâneas com episódios de enterorragia em pequenas quantidades. Integridade Cutâneo-Mucosa: Pele ressecada com cicatriz em região infra clavicular esquerda e direita secundárias a antigas incisões de portocaths. Permanecia com portocath em região inguinal. Mucosas úmidas e descoradas. Paciente com alopecia. Cuidado Corporal: Bons hábitos de higiene. Sem alterações de sono e repouso. Deambulava com auxílio, devido ao fato de sentir cansaço. Necessitava de auxílio para os cuidados de higiene. Necessidades psicossociais, aceitação, auto-estima, imagem, enfrentamento: Era vigia em licença doença, morava com a mãe e o padrasto. Possuía dificuldades em aceitar a doença. Educação para Saúde: Tabagista, havia parado de fumar quando internou, fumava cerca de um maço de cigarros/dia. Possuía boa capacidade de apreensão às orientações. 2) Diagnósticos de enfermagem estabelecidos de acordo aos dados coletados: Proteção Ineficaz, relacionado ao câncer e as terapias medicamentosas (antineoplásicos) evidenciado por dispnéia, fraqueza, insônia, tosse, alteração na coagulação (plaquetopenia) e anorexia. Padrão Respiratório relacionado a fadiga evidenciado por dispnéia, tosse, roncos e sibilos em ausculta pulmonar. 3 e 4) Planejamento e implementação das intervenções de enfermagem: - Assistência no autocuidado: auxílio ao paciente para que realize as atividades diárias; monitorar a necessidade do paciente de dispositivos de adaptação para higiene pessoal, vestir-se, alimentar-se, arrumar-se, usar o vaso sanitário e alimentar-se; banhar o paciente no leito; providenciar os artigos pessoais desejados (desodorante, escova de dentes, sabonete); auxiliar o paciente a aceitar as necessidades de dependência. Controle da quimioterapia: auxiliar o paciente e a família a compreender a ação e a minimizar os efeitos secundários de agentes neoplásicos; oferecer informações ao paciente e à família sobre a ação dos agentes neoplásicos sobre as células cancerosas; ensinar ao paciente e à família os efeitos da quimioterapia sobre o funcionamento da medula óssea; orientar o paciente e a família sobre as formas de prevenir infecção e usar técnicas para uma boa higiene e lavagem de mãos; orientar o paciente para, rapidamente, relatar febres, calafrios, sangramentos nasais, excesso de hematomas e fezes escuras demais; orientar o paciente e a família quanto a precauções neutropênicas e de sangramento; determinar a experiência anterior do paciente com náuseas e vômitos relacionados à quimioterapia; administrar drogas antieméticas para náusea e vômito; minimizar os estímulos decorrentes de ruídos, luz e odores, especialmente de alimentos; oferecer uma dieta leve e de fácil digestão ao paciente; assegurar uma ingestão adequada de líquidos para evitar desidratação e desequilíbrio de eletrólitos; monitorar a eficiência das medidas para o controle da náusea e do vômito; orientar o paciente sobre técnicas adequadas de higiene oral; oferecer pequenas refeições diárias, conforme tolerância; oferecer alimentos nutritivos, respeitando a preferência do paciente; monitorar o estado nutricional e o peso; Proteção contra infecção: monitorar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; monitorar vulnerabilidade à infecção; monitorar a contagem

absoluta de granulócitos, de glóbulos brancos e os resultados diferenciais; manter assepsia para paciente de risco; providenciar cuidado adequado à pele e áreas edemaciadas; examinar a pele e mucosas em busca de hiperemia, calor extremo ou drenagem; examinar a condição de qualquer incisão cirúrgica/ferida; encorajar o aumento da mobilidade e do exercício, quando adequado. Prevenção de úlceras de pressão: documentar o estado da pele na admissão do paciente e diariamente; monitorar atentamente qualquer área avermelhada; remover a umidade excessiva da pele resultante de transpiração, drenagem de feridas e incontinência urinária ou fecal; examinar diariamente a pele sobre as saliências ósseas e outros pontos de pressão ao reposicionar o paciente; usar travesseiros para erguer os pontos de pressão acima do nível da cama; manter os lençóis limpos, secos e livres de rugas; hidratar a pele seca que esteja íntegra; evitar água quente e usar sabão suave no banho; monitorar as fontes de pressão e fricção; monitorar a mobilidade e a atividade do paciente. Precauções contra sangramento: monitorar o paciente buscando sinais de hemorragia; monitorar os exames de coagulação, inclusive o tempo da protrombina (TP), o tempo da tromboplastina parcial (TTP), a fibrinogênese, a degradação da fibrina/produtos fragmentados e a contagem de plaquetas, conforme apropriado; monitorar os sinais vitais ortostáticos, inclusive a pressão sanguínea; proteger o paciente de trauma que possa causar sangramento; evitar constipação (encorajar ingestão de líquidos e laxantes), conforme apropriado; orientar paciente/familiares sobre sinais de sangramento e ações adequadas (notificar o enfermeiro), caso ocorra sangramento. Controle das vias aéreas: posicionar o paciente de forma a maximizar o potencial ventilatório; remover secreções, encorajando o tossir ou aspirando; administrar oxigênio umidificado, conforme adequado, monitorar o estado respiratório e a oxigenação conforme apropriado. Suporte emocional: discutir com o paciente experiências emocionais; fazer declarações de apoio ou empatia; abraçar o paciente ou tocá-lo para oferecer apoio; apoiar o uso de mecanismos de defesa adequados; encorajar o paciente a expressar sentimentos de ansiedade, raiva ou tristeza; escutar/encorajar expressões de sentimentos e crenças. 5) Evolução e Avaliação: Apesar do tratamento e cuidados de enfermagem o paciente não apresentou evolução positiva do seu quadro clínico, vindo a falecer, devido ao agravamento de sua patologia. **Conclusões:** Considera-se o estudo deste caso e a realização do estágio nesta unidade de internação uma oportunidade única de aprendizado, em que foram aprofundados os conhecimentos teóricos aplicados à prática clínica, colaborando para a formação de futuras profissionais.

Descritores: Enfermagem, neoplasia, diagnóstico de enfermagem

RELAÇÃO ENTRE SÍNDROME DA APNEIA DO SONO E FATORES DE RISCO PARA DOENÇA ARTERIAL CORONARIANA

Fabiola Suris da Silveira, Cristini Klein, Marco Wainstein, Denis Martinez, Mara Silveira Benfato
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
fabisuris@hotmail.com

Síndrome das apneias-hipopneias obstrutivas do sono (SAHOS) se caracteriza por obstrução repetitiva da via aérea superior, resultando em queda da saturação de oxigênio e despertares. Os principais sintomas são

roncos, sonolência diurna excessiva e apneias relatadas por observadores. Evidências indicam associação entre SAHOS e doença arterial coronariana, porém os mecanismos permanecem incertos. Este estudo objetiva comparar os principais fatores de risco para DAC em indivíduos com e sem SAHOS de moderada a grave (índice de apneia-hipopneia; IAH > 15). No período compreendido entre junho de 2007 e maio de 2008 na hemodinâmica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, avaliamos consecutivamente 519 pacientes submetidos a cateterismo cardíaco diagnóstico ou terapêutico. Foram excluídos indivíduos com idade superior a 65 anos, diagnóstico clínico ou tratamento medicamentoso e/ou dietético para diabetes melito, tabagismo, angina instável, angioplastia coronariana ou cirurgia de revascularização do miocárdio prévia, impossibilidade de realizar polissonografia, uso de suplemento vitamínico e IMC (índice de massa corporal) acima de 40 kg/m². Incluíram-se 57 indivíduos, destes, 28 apresentavam IAH <15 e 29 indivíduos com IAH ≥15. Comparando os dois grupos não verificamos diferença entre o IMC, LDL-C (low density lipoprotein), ácido úrico, triglicerídeos, colesterol total, HDL-C (high-density lipoprotein), proteína C reativa e glicemia. Os indivíduos com IAH ≥ 15 apresentaram média de idade superior quando comparados aos indivíduos com IAH <15 (51±7 vs 56±6, p≤0,003). Os resultados encontrados, considerando os rígidos critérios de elegibilidade adotados neste estudo, reforçam que idade é o principal fator de risco tanto para o desenvolvimento da DAC quanto para a SAHOS.

Descritores: Doença das coronárias; Síndromes da Apneia do Sono; Fatores de risco.

A INTERNAÇÃO DOMICILIAR NO CUIDADO AO DOENTE CRÔNICO: ESTUDOS DE ENFERMAGEM

Sabrina Medianeira Wiethan Quinhones, Cecília Maria Brondani, Margrid Beuter, Charline Szareski,
Franciele Roberta Cordeiro

Universidade Federal de Santa Maria
sabrinhawie@hotmail.com

O aumento da incidência de doenças crônico-degenerativas tem alterado o perfil dos doentes no Brasil causando um impacto importante na sociedade, especialmente no sistema de saúde, que não possui infraestrutura humana e material capaz de atender tal demanda. Soma-se a isso o fato do modelo de assistência à saúde brasileira, centrado na doença e no hospital, ser pouco resolutivo, de difícil acesso e de alto custo para o país. Torna-se, então, necessário buscar novas estratégias capazes de tornar o atendimento mais eficiente e humano. Uma das alternativas é a internação domiciliar, que oportuniza, ao doente e sua família, suporte técnico, material e a possibilidade de uma prática mais humanizada que respeite os valores culturais e preserve as relações familiares. O objetivo deste trabalho foi identificar pesquisas da enfermagem que abordam a internação domiciliar no cuidado ao doente crônico. Para tanto, este estudo fundamentou-se na pesquisa nos Catálogos de Teses e Dissertações do Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem (CEPEen), utilizando-se o descritor serviço de internação domiciliar. Os estudos resultantes dessa busca foram selecionados com base nos resumos e no período compreendido entre 1979 e 2005. Foram encontrados 17

trabalhos sobre a temática, sendo que destes, somente sete se adequavam ao objetivo do estudo. Após a leitura minuciosa dos resumos, os achados significativos encontrados foram agrupados e classificados por semelhança e/ ou diferenciação, resultando em dois temas: fatores positivos e relevantes da internação domiciliar e dificuldades encontradas nesta modalidade de assistência. Em relação ao primeiro tema: fatores positivos e relevantes da internação domiciliar é preciso considerar que existe uma diferença entre o cuidado formal prestado a nível hospitalar e o cuidado que se desenvolve respeitando o saber cultural de quem recebe e faz os cuidados (COSTA, 2002). O domicílio é um espaço em que o cuidado é ensinado e aprendido pelos diversos atores que o constituem. Os profissionais da saúde precisam considerar os valores, a cultura, peculiaridades de cada família para construir um plano de intervenção que realmente contemple as necessidades de quem vai receber o cuidado. Segundo Erdtmann et al (2003, p. 217) “o cuidado domiciliar tem uma característica singular, ou seja, o domínio do ambiente e da situação é do cliente, logo, exige do profissional uma certa flexibilidade...”, proporcionando um espaço de interação, em que existe um compartilhamento de valores, idéias e emoções, além dos de caráter técnico-científicos. O enfermeiro tem a possibilidade de realizar, em sua prática profissional, um cuidado que vai além da técnica, que considere a sensibilidade, a empatia, a construção de vínculo e a relação de ajuda. A internação domiciliar é uma modalidade de assistência que tem resultados imediatos, gerando benefícios a todos, especialmente ao doente que recebe o cuidado na tranquilidade do lar, valorizando assim, o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação dos pacientes (SOERENSEN, 2003; FIALHO, 2003). A maioria dos estudos destaca a importância da equipe do serviço de internação que se constitui na principal rede de apoio, proporcionando além do suporte técnico e material, segurança e tranquilidade a família que utiliza o serviço (SPORTELLO, 2003; WINGESTER, 2004; CHAVES, 2004). Os estudos ressaltam ainda, que essa modalidade de assistência pode possibilitar um cuidado humanizado e de qualidade ao doente crônico, constituindo-se em uma experiência muito rica para quem cuida e é cuidado. No segundo tema: dificuldades encontradas nessa modalidade de assistência ressaltam-se as dificuldades financeiras e estruturais (FIALHO, 2003; SPORTELLO, 2003). As dificuldades financeiras constituem-se na principal fonte de preocupação dos familiares cuidadores e surgem, principalmente, pelo aumento dos gastos e/ou necessidade do cuidador deixar o emprego para cuidar do seu familiar. Para Sena (2006), o processo de cuidar no domicílio é dificultado pela escassez de recursos financeiros para adquirir fraldas, medicação e material para curativos. Em relação às dificuldades estruturais, observam-se várias mudanças que acontecem na vida do cuidador e da família. Muitas vezes, tornam-se necessárias alterações no ambiente físico para facilitar o cuidado e a adaptação do doente. Alterações na vida social decorrentes de sua nova função e da diminuição do convívio social, insatisfações conjugais pela ruptura da integridade familiar, bem como, inversão de papéis na estrutura familiar resultante da doença (BOCHI e ANGELO, 2005). De acordo com Sena et al (2006, p. 130) “... as cuidadoras são capazes de definir prioridades e ajustes às condições concretas em que vivem para garantir o cuidado à pessoa com dignidade e qualidade de vida, superando dificuldades de recursos e de espaço físico com criatividade, adaptações e improvisos.” Os estudos de Chaves (2004) e Sportello(2003) relatam que o cuidado no domicílio é permeado por sentimentos ambíguos como sofrimento e prazer, facilidades e dificuldades. Nesse sentido, Silveira, Caldas e Carneiro (2006), constataram em estudo que

cuidadores vivenciam sentimentos antagônicos, como amor e raiva, paciência e intolerância, carinho, tristeza, insegurança, medo, entre outros, sendo os relatos ora muito otimistas, ora muito pessimistas. Esses sentimentos podem ser desencadeados tanto por quem cuida como por quem é cuidado. O cuidado domiciliar gera sobrecarga porque é muitas vezes, realizado solitariamente, de forma ininterrupta, desencadeando no cuidador problemas de saúde, que se manifestam com queixas diversas, tanto de sintomas físicos como psicológicos (SPORTELLLO, 2003). Todos esses elementos devem ser considerados e valorizados pela equipe, pois o cuidador é o elo de ligação entre a equipe e o doente. Constatou-se a partir deste estudo que a internação domiciliar passou a ser objeto de pesquisa da enfermagem nos últimos cinco anos, preocupando-se em destacar as facilidades e dificuldades enfrentadas pela família neste contexto. O estudo possibilitou ainda, a ampliação do conhecimento acerca da produção científica já existente relacionada a esta temática. É importante destacar que apesar dos avanços, os programas de internação domiciliar têm seu foco principal na doença, tornando-se necessário ampliar e fortalecer as relações deste serviço com as Unidades Básicas de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família, a fim de articular ações complementares e preventivas dos modos de vida das pessoas e comunidades (SILVA, 2005). Para manter o doente em casa é preciso valorizar as atividades de cuidado realizadas pelos cuidadores, oferecendo ajuda e suporte a estas famílias. Pode-se dizer que a internação domiciliar é uma opção humanizadora do cuidado em saúde que busca a valorização da vida e do ser humano, sua singularidade, os diversos saberes e fazeres, possibilitando a construção de práticas integrais de atenção à saúde.

Descritores: Enfermagem, visita domiciliar, Família.

CARACTERIZAÇÃO DO PERFIL DE DOENTES CRÔNICOS EM HEMODIÁLISE

Sabrina Medianeira Wiethan Quinhones, Luana Rodrigues Müller, Margrid Beuter, Cecília Maria Brondani,
Charline Szareski, Franciele Roberta Cordeiro

Universidade Federal de Santa Maria

sabrininhawie@hotmail.com

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) atualmente representa um importante problema de saúde pública no Brasil. O objetivo desta pesquisa foi identificar o perfil dos indivíduos portadores de IRC submetidos ao tratamento hemodialítico, atendidos em uma Clínica Renal de médio porte do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva, exploratória com abordagem quantitativa. A amostragem foi estratificada e aleatória, constituída por 56 indivíduos portadores de IRC em tratamento hemodialítico. O número de indivíduos foi definido em função da amostra mínima (n) em função do erro (e) igual a 10%. A coleta dos dados foi realizada mediante a técnica de entrevista utilizando-se um formulário estruturado, com perguntas fechadas. Ao analisar os dados coletados verificou-se que dos 56 sujeitos (100%) da amostra estudada, 30 (53,5%) eram do sexo masculino e 26 (46,4%) do feminino. Quanto à faixa etária, observamos uma variação de 22 a 81 anos, com uma média de 53 anos de idade. Em relação à raça, 40 (71,4%) são da raça branca e 16

(28,6%) da raça negra. No que se refere à doença de base da IRC, verificou-se a hipertensão arterial sistêmica como principal causa da IRC, seguida do Diabetes Mellitus. Quanto ao estado civil, a maioria, 36 (64,3%) são casados e 9 (16%) são solteiros. Ao analisarmos a escolaridade, verificamos que 50% dos portadores de IRC possuem apenas o ensino fundamental incompleto e 7 (12,5%) são analfabetos. Quanto à renda familiar, observamos que 13 (23,21%) deles recebem um salário mínimo. Ao conhecer o perfil dos indivíduos com IRC em tratamento hemodialítico, os profissionais de saúde poderão compreendê-los e, desta maneira, adaptar e melhorar a assistência prestada, criando estratégias para favorecer a realização do tratamento.

Descritores: Enfermagem, Insuficiência Renal Crônica, Hemodiálise.

CUIDADOS PALIATIVOS: SINTOMA PREVALENTE E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Daiane da Rosa Monteiro, Maria Henriqueta Luce Kruse

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

daimonteiro84@hotmail.com

Cuidados Paliativos são cuidados prestados aos pacientes com doença progressiva e irreversível quando se reconhece que eles se encontram fora de possibilidades terapêuticas (FPT). Tais cuidados são voltados para a qualidade de vida e o alívio dos sintomas que o paciente apresenta, pois a terapêutica paliativa não tem objetivo curativo, nem busca retardar ou apressar a morte do doente (INCA, 2000). Dentre os sintomas que os pacientes em Cuidados Paliativos Oncológicos apresentam, destaca-se a fadiga, sintoma prevalente na doença oncológica avançada, ocorrendo em 75% a 95% dos pacientes, debilitando e comprometendo as atividades da vida diária (MOTA; PIMENTA, 2002). Neste trabalho objetivamos aprofundar o conhecimento sobre a fadiga em pacientes FPT para identificar as intervenções de enfermagem necessárias no controle do sintoma. O trabalho é realizado a partir da revisão de literatura, focada em artigos, sites e livros que abordam o assunto. Segundo a NANDA (2005), a fadiga é um diagnóstico de enfermagem que se caracteriza por uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual. A sua causa ainda é desconhecida, mas nela estão envolvidos múltiplos fatores, destacando-se o processo da carcinogênese, a quimioterapia e a radioterapia (PIMENTA; MOTA; CRUZ, 2006), sendo os cuidados de extrema importância no alívio dos sintomas decorrentes desses processos. Segundo a NIC (2008), as principais intervenções de enfermagem para a fadiga são: Controle de energia; Melhora do sono; Promoção da mecânica corporal e Cuidados cardíacos. Podemos dizer que as atividades previstas nestas intervenções de enfermagem situam-se no nível concreto da ação e auxiliam os pacientes a obterem o resultado desejado. Embora em Cuidados Paliativos a terminalidade possa se destacar, o enfoque deve ser o controle dos sintomas e a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Descritores: Cuidados Paliativos, Fadiga, Cuidados de Enfermagem.

INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA NA CIRURGIA CARDÍACA

Eliese Denardi Cesar, Claudia Regina Maldaner, Elizabeth Gomes da Rocha Thomé, Macilene Regina Pauletto, Arlete Maria Brentano Timm, Margrid Beuter, Cecília Maria Brondani
Universidade Federal de Santa Maria
eliese_denardi@yahoo.com.br

O cuidado de enfermagem em cardiologia exige cada vez mais a percepção ativa dos profissionais visto que pacientes submetidos a procedimentos cardiológicos invasivos podem apresentar algumas complicações, dentre elas as que afetam a função renal. O estudo teve como objetivo investigar a relação existente entre os problemas cardiológicos com o desencadeamento de problemas renais. Foi realizada uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa em três periódicos brasileiros. Foram incluídos artigos científicos publicados no período de 1998 a 2008. Vinte e quatro artigos associavam os problemas renais com os cardiológicos, sendo que oito apontavam a cirurgia cardíaca como fator de risco para desenvolvimento de Insuficiência Renal Aguda (IRA). Cinco estudos consideraram a idade superior a 65 anos como um fator importante para o desenvolvimento de IRA e aumento da mortalidade. A Circulação Extracorpórea (CEC) prolongada utilizada nas cirurgias cardíacas é citada em seis artigos como fator predisponente para ocorrência de complicações pós-operatórias. De acordo com dois estudos, quando a CEC não é utilizada na cirurgia, os índices de morbi-mortalidade diminuem consideravelmente. Porém, pode haver hipoperfusão renal mesmo sem a utilização da CEC. Dessa forma, a função renal também deve ser observada, conforme destacou um dos estudos. Em três estudos analisados, o aumento da creatinina sérica pré-existente à cirurgia é um fator de risco para o desenvolvimento da IRA no pós-operatório. Percebe-se a necessidade de uma avaliação pré-operatória por parte da enfermagem levando em consideração os fatores encontrados no estudo. Portanto, a orientação pré-cirúrgica deve ser realizada com todos os pacientes que serão submetidos à cirurgias cardíacas, levantando-se a história do paciente para ajudar a prevenir possíveis danos e identificando fatores de riscos previamente.

Descritores: Enfermagem, Cirurgia Torácica, Insuficiência Renal Aguda.

INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM PACIENTE ADULTO SUBMETIDO À LAPAROTOMIA EXPLORADORA

Ângela Denise Fritzen Luft, Cosme Nunes Joviano Júnior, Leticia Delfino Oliveira de Freitas, Patrícia Silva da Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
00134480@ufrgs.br

Introdução: Estudo de caso de uma paciente internada em unidade cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com diagnóstico de peritonite fecal por necrose de alça do sigmóide em decorrência de volvo da mesma, sendo submetida à laparotomia exploradora com colostomia por técnica de Hartmann. **Objetivos:**

vivenciar na prática as etapas do processo de enfermagem; planejar a sistematização da assistência necessária à paciente; identificar os diagnósticos de enfermagem, intervenções e atividades utilizando os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA e a Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). **Método:** Estudo de caso, com coleta de dados por meio do histórico de enfermagem, revisão de prontuário e consulta bibliográfica. **Resultados:** Paciente do sexo feminino, 49 anos, agricultora, portadora de Insuficiência Renal Crônica (IRC), com transplante renal de doador cadáver em 2007. Agitada, confusa, restrita ao leito. Ferida operatória abdominal com cicatrização por segunda intenção, bolsa de Bogotá e botões de ancoragem com laceração de tecido. Colostomia em flanco esquerdo. O principal diagnóstico de enfermagem identificado foi Integridade Tissular Prejudicada relacionada a fator mecânico (procedimento cirúrgico) evidenciada por ruptura de tecido na região abdominal. **Conclusão:** O processo de enfermagem se constitui em instrumento essencial para o trabalho do(a) enfermeiro(a), pois racionaliza e dinamiza os cuidados de enfermagem prestados ao paciente. Na coleta de dados realizada no histórico de enfermagem, foram identificadas as necessidades da paciente que direcionaram a assistência, e a partir desta as ações foram planejadas para que os cuidados fossem efetivos e a saúde da mesma fosse restabelecida. Verifica que o processo de enfermagem é dinâmico, devendo o(a) enfermeiro(a) adaptar seus cuidados às especificidades do paciente, o que é possível através do conhecimento técnico e científico. A efetividade das ações implementadas deve ser constantemente avaliada para que os resultados propostos sejam alcançados.

Descritores: processos de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; cuidados de enfermagem.

O PROCESSO EDUCATIVO NO PREPARO PRÉ-OPERATÓRIO DE CIRURGIAS ELETIVAS

Sabrina Medianeira Wiethan Quinhones, Miriam Perrando, Margrid Beuter, Cecília Maria Brondani,

Franciele Roberta Cordeiro, Tielen Marques Dias

Universidade Federal de Santa Maria

sabrininhawie@hotmail.com

O procedimento cirúrgico representa uma situação desconhecida, pois, quando aliada à falta de informações, gera ansiedade, sentimentos negativos, instabilidades e frustrações. Diante desses sentimentos vivenciados no período pré-operatório, torna-se importante o papel educativo da equipe de enfermagem. Este é um estudo descritivo exploratório com abordagem qualitativa que teve como objetivos descrever os procedimentos pré-operatórios realizados em pacientes submetidos a cirurgias eletivas e identificar as orientações recebidas por eles. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada. Participaram da pesquisa, dez pacientes internados em unidade cirúrgica que foram submetidos a procedimentos cirúrgicos eletivos. A análise dos dados foi realizada considerando-se as respostas das questões da entrevista. Os dados evidenciaram que a raspagem dos pêlos (tricotomia), a punção venosa e a coleta de sangue foram os procedimentos pré-operatórios realizados em todos os pacientes. A sondagem vesical, a administração de ansiolíticos, a lavagem intestinal (enteroclistma), a visita do anestesista e o exame de raios X foram procedimentos realizados em aproximadamente 70% dos pacientes internados. Os pacientes, em sua maioria,

declararam terem sido orientados quanto ao motivo da realização dos procedimentos. No entanto, os pacientes relataram que não receberam orientações em alguns procedimentos. O estudo aponta a necessidade da realização de orientações pré-operatórias de modo sistematizado incorporado-as ao cuidado de enfermagem.

Descritores: Enfermagem, Educação.

TECNOLOGIAS EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE FAMILIARES ACOMPANHANTES

Charline Szareski, Ana Lúcia Uberti Pinheiro, Margrid Beuter, Cecília Maria Brondani

Universidade Federal de Santa Maria

charlineszareski@yahoo.com.br

A utilização das tecnologias leves no cuidado de enfermagem é fundamental para que haja a construção de uma relação de ajuda e confiança entre os envolvidos no cuidado, compreendendo e colocando-se à disposição do outro. Assim, avançar com o cuidado humano é importante para a enfermagem a valorização das tecnologias leves no processo de cuidar. O uso indiscriminado das tecnologias duras e leve-duras pode dificultar a relação profissional/paciente, pois tornam as relações humanas distantes, uma vez que a máquina tende a tornar-se o centro do cuidado. O estudo teve por objetivo descrever a percepção de familiares acompanhantes de pacientes internados acerca da utilização de tecnologias em saúde no cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma pesquisa de campo de abordagem qualitativa, cujos sujeitos da pesquisa foram 14 familiares acompanhantes de pacientes internados em unidade de clínica médica e cirúrgica de um hospital público no interior do estado do Rio Grande do Sul. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada. A análise dos dados deu-se por meio da análise temática, originando duas categorias: a expressão das tecnologias leves no cuidado hospitalar e a expressão das tecnologias duras no cuidado hospitalar. Os resultados encontrados sugerem a predominância das tecnologias leves no cuidado prestado pela equipe de enfermagem, porém, em algumas situações da assistência, as tecnologias duras se sobressaem em relação às leves. Busca-se uma integração entre as formas de tecnologias que compõe o cuidado de enfermagem para proporcionar uma assistência de qualidade ao doente hospitalizado e seus familiares através da realização de procedimentos técnicos de forma segura, respeitando o paciente e caminhando em direção de um cuidado que possibilite um melhor viver.

Descritores: Enfermagem, Família, Tecnologia.

ÚLCERAS DO PÉ DIABÉTICO: PREVENÇÃO É A MELHOR SOLUÇÃO

Adriane Demichei, Cleide Pereira, Isabela Bandeira, Karine Santos, Mirian Scheeren

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

lulajen@terra.com.br

Introdução: O pé diabético é uma das principais complicações de DM, devido à neuropatia diabética associada a trauma. Calçados inadequados, dermatoses, manipulação incorreta dos pés, das unhas e circulação insatisfatória levam a disfunção das glândulas sudoríparas e sebáceas, os nervos autônomos degeneram e morrem. Desta forma, a pele dos pés dos diabéticos resseca e racha, aumentando o risco de infecção se ocorrem fissuras, assim como, a perda gradual da sensibilidade à dor, à percepção da pressão plantar, à temperatura e uma sensação de queimação. **Objetivo:** Relacionar a prevenção e o cuidado com os pés dos diabéticos, para aumentar a qualidade de vida destes indivíduos. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica de fisiologia, artigos científicos no Scielo. **Resultados:** O cuidado com os pés é essencial, como o controle da glicemia, realização de exercícios físicos e conhecimento específico sobre os riscos e a prevenção das úlceras. O diabético está vulnerável ao acometimento de úlceras e redução da probabilidade de cicatrização, neste indivíduo a lesão da aterosclerose reduz o fluxo sanguíneo para os membros inferiores e seus nervos, reduzindo a circulação dos antibióticos sistêmicos para as áreas infectadas. Na vasculopatia periférica, ocorre a diminuição lenta do sangue para os membros, os riscos de isquemia e necrose tecidual aumentam. **Conclusão:** Dentre as várias formas de intervenção a educação em saúde continua sendo o instrumento mais rápido de alcançar os indivíduos, através do acompanhamento de equipe especializada, dedicação dos familiares, esclarecendo métodos de cuidados ostensivos aos pés dos diabéticos, prevenindo o aparecimento de úlceras, diminuindo o número de amputações, internações longas e desgastantes, melhorando a expectativa e a qualidade de vida do paciente com DM.

Descritores: Educação em saúde; Pé diabético; Úlceras.

A INTERNAÇÃO PRÉ OPERATÓRIA: ENFERMEIRO /CLIENTE NA BUSCA DE UMA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA

Aline da Cruz Strasburg, Gabriel Diogo Paulo Hamilton, Sibele Schaun

Universidade Federal do Rio Grande

sibele_schaun@yahoo.com.br

Introdução: Vários estudos têm demonstrado que os procedimentos cirúrgicos significam ameaça à integridade física, desconforto, ansiedade, medo do desconhecido, desencadeando diversas reações emocionais no paciente. A expectativa de realizar um procedimento cirúrgico, o desconhecimento de como será esse processo, levam o paciente a lidar com suas emoções, estas, são significativas como agente etiológico de complicações pós-operatórias. **Objetivo:** Implantar a orientação pré-operatória como uma atividade inerente ao trabalho da enfermagem na unidade de internação pré operatória e também na unidade de Centro Cirúrgico, assistindo o paciente como um todo, e não somente como uma cirurgia a ser realizada.

Metodologia: Trata-se de um estudo qualitativo, realizado através de um questionário semi-estruturado com perguntas abertas, desenvolvido na unidade de Clínica Cirúrgica e também na unidade de Centro Cirúrgico do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Jr de Rio Grande. Participaram da pesquisa integrantes da equipe de enfermagem atuantes nestas unidades e também os pacientes, que durante o seu tratamento necessitaram de um procedimento cirúrgico. **Resultados e conclusões:** Diante da desinformação que os pacientes manifestavam ao serem questionados sobre o que sabiam sobre o seu tratamento e cirurgia, comprovou-se a importância da atuação da equipe de enfermagem diante de tais situações, proporcionando instrumentos para um melhor entendimento dos procedimentos. Acreditamos que os pacientes têm o direito de receber todas as informações acerca do seu tratamento e cirurgia, para ter subsídios que possibilitem uma melhor recuperação após a cirurgia e inclusive, para desistirem dela se assim acharem conveniente. Através da orientação pré-operatória é possível esclarecer dúvidas e assim diminuir conflitos emocionais que o paciente possa apresentar em decorrência do tratamento, caracterizando assim, uma assistência integral e humanizada ao paciente.

Descritores: enfermagem perioperatória, interação, humanização da assistência.

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO

Karine Stumm, Carla Brites, Caroline Tronco, [Andressa Peripolli Rodrigues](#)

Universidade Federal de Santa Maria

pikenar@hotmail.com

Introdução: As úlceras de pressão são conhecidas como lesões no tecido cutâneo. Elas se originam em decorrência de uma falta de irrigação sanguínea, relacionadas com a pressão ininterrupta, no qual os tecidos moles encontram-se comprimidos entre as proeminências ósseas e uma superfície externa (POTTER; PERRY, 2005). O movimento que uma pessoa realiza quando não está debilitada, apenas levantando da cama, faz com que varie a pressão corporal, e com isso, a circulação não fica obstruída por um período longo. As pessoas que, por algum motivo, perderam certos movimentos têm maiores chances de desenvolverem úlceras de pressão que, a partir de duas a três horas, começa a necrosar a pele, iniciando sua morte pela epiderme. A lesão de um nervo e um coma diminui a percepção de dor, e assim é favorável o aparecimento ou desenvolvimento de úlceras. As pessoas com desnutrição também têm maiores chances de desenvolverem úlceras por não conseguirem ter uma boa reconstituição da camada de gordura da pele, que é responsável pela sua proteção. Outros fatores que contribuem para o desenvolvimento das úlceras são a fricção da pele com algum material sólido e a exposição prolongada à umidade que danifica o tecido epitelial. Portanto, a principal causa das úlceras por pressão é a isquemia causada no tecido devido a pressões contínuas associada a fatores como deficiência de nutrientes e necrose tecidual. As úlceras se desenvolvem com maior facilidade em regiões de proeminência óssea, como o sacro, ísquio, trocânter, calcâneo, e outros. No tratamento de úlceras por pressão é imprescindível o relacionamento entre profissional da saúde, paciente e familiar. O enfermeiro deve orientar o doente e sua família sobre o tratamento e cuidados que devem ser

realizados para prevenir o surgimento de úlceras, bem como orientações relacionadas a atividades diárias e convívio com familiares e amigos. O profissional da saúde deve orientar de forma clara e procurar sanar qualquer dúvida do paciente ou familiar. Dessa forma, a enfermagem tem um importante papel na prevenção de úlceras de pressão, conjuntamente com a participação da equipe de saúde e familiares. Qualquer sinal de rubor indica a necessidade de uma ação imediata para evitar que a pele íntegra se rompa. As saliências ósseas devem ser protegidas com o uso de algodão ou lã esponjosa, e para quem não consegue movimentar-se sozinho o ideal é mudar de posição de duas em duas horas, mantendo a pele limpa e seca. Cabe à enfermagem, também, avaliar o nível de mobilidade do paciente, o aporte nutricional adequado, alternância de decúbito, evitar o cisalhamento e fricções, manter a pele bem hidratada, promover massagens de conforto para a estimulação da circulação sanguínea local, e principalmente realizar ações de educação em saúde com a família e o paciente, a fim de prevenir complicações futuras. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo abordar os métodos de prevenção realizados pela equipe de saúde contra úlceras de pressão em pacientes hospitalizados para melhor conhecê-los e identificá-los, e verificar a real importância do profissional de enfermagem no tratamento e na implementação de estratégias de prevenção de úlceras de prevenção. **Método:** Para a realização desse estudo será utilizada uma revisão bibliográfica acerca do assunto de prevenção de úlceras de pressão. Os dados obtidos serão utilizados em uma abordagem na forma de discussão acerca do assunto úlcera de pressão. **Resultados:** A prevenção de úlceras de pressão faz parte de um cuidado humanizado que deve ser realizado pelo profissional enfermeiro, e para isso, é necessário conhecer as causas e formas de prevenir as úlceras em pacientes acamados. O enfermeiro deve avaliar a mobilidade do paciente, se há presença de alguma úlcera, avaliando sua profundidade, seu tamanho, sua localização e, principalmente, avaliar a presença de infecção e, a partir disso, providenciar medidas de prevenção e recuperação da ferida. Pacientes acamados devem ser mudados de decúbito a fim de evitar a fricção constante da pele com o colchão, e a utilização de colchão piramidal também contribui na prevenção de úlceras (COSTA, 2005). Foi observado que a incidência das úlceras de pressão é maior em homens do que em mulheres, e a predominância de úlceras crônicas é muito significativa (COSTA; et al, 2005). Por isso, o profissional da enfermagem deve estar atento às necessidades do paciente e orientá-lo para ajudar na prevenção de úlceras, bem como a seus familiares. A utilização de cremes e óleos que hidratam a pele devem ser usados, conjuntamente com massagens, para ativar a circulação sanguínea da pele do paciente. Além disso, a avaliação da ferida e a identificação do estágio em que se encontra a lesão são fundamentais para um tratamento eficaz. A enfermeira deve estar capacitada para desempenhar tal função e deve utilizar-se de conhecimento teórico-prático para melhor cuidar do paciente, bem como orientar ele e seus familiares. Segundo Rangel (et al, 1999), a prevenção e o tratamento da úlcera de pressão exigem mais do que a redistribuição mecânica do peso corporal, é necessária a identificação precoce dos fatores de risco, o tratamento das patologias de base, a restauração e manutenção de uma nutrição adequada e a educação de pacientes e cuidadores formais e informais para o auto cuidado. A interação entre profissional, paciente e familiar tem importante contribuição na recuperação de pacientes acamados, uma vez que a comunicação e o vínculo estabelecido ajudam na eficácia do tratamento de úlceras e na implementação de medidas preventivas. O número de pacientes com úlcera de pressão é preocupante e deve ser avaliado com atenção,

tendo maior investimento nas medidas de prevenção dessa lesão. A equipe de enfermagem deve buscar elaborar protocolos de atuação terapêutica para efetivar a prevenção e o tratamento das úlceras de pressão, aperfeiçoar os cuidados e melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus cuidadores (ROCHA et al, 2006). **Conclusões:** Com este estudo, percebemos que o profissional de enfermagem tem como responsabilidades o gerenciamento e planejamento da assistência do cuidado que ele realiza, sendo de grande relevância que sua formação/graduação o prepare para tal função. As úlceras de pressão acometem muitos pacientes internados no hospital, e é o enfermeiro o profissional capaz de atuar para prevenir e tratar tais lesões. Juntamente com a equipe de saúde, o enfermeiro deve identificar os fatores de risco para as úlceras de pressão, programar estratégias de prevenção e tratamento dos pacientes que já estiverem acometidos pela úlcera. Além disso, é imprescindível que o enfermeiro oriente o paciente e seus familiares quanto à prevenção e cuidados com as úlceras de pressão, fazendo com que diminua as chances da úlcera deste paciente agravar. Por meio das orientações, o profissional de enfermagem estará estimulando o auto-cuidado e a autonomia do paciente acometido por úlcera de pressão, alertando-o para os fatores de risco e esclarecendo-o sobre sua saúde, como tratar e prevenir-se. A comunicação entre profissional e paciente é indispensável para o cuidado eficaz e humanizado, e é por meio dela que o enfermeiro achará meios de melhor adequar as estratégias de prevenção para cada paciente, fazendo-se respeitar a individualidade e as particularidades de cada ser humano.

Descritores: Enfermagem, Úlcera de Pressão, Educação em Saúde.

Referências:

1. COSTA, A. L. O papel do colchão magnético na formação da úlcera de pressão. IX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e V Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. Universidade do Vale do Paraíba, p. 1552-1553.
2. COSTA, M. P. et al. Epidemiologia e tratamento das úlceras de pressão: experiência de 77 casos. Acta Ortopédica Brasileira, São Paulo, v. 13, n. 3. 2005.
3. POTTER, A.; PERRY, A. Fundamentos de Enfermagem. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 1557–1581. 2005.
4. RANGEL, E. M. L. et al. Prática de graduandos de enfermagem referentes a prevenção e tratamento de úlcera de pressão. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, abril, 1999.
5. ROCHA, J.A.; MIRANDA, M.J.; ANDRADE, M.J. Abordagem terapêutica das úlceras de pressão - Intervenções baseadas na evidência. Acta Med Port, v. 19, p. 29-38. 2006.

AS REPERCUSSÕES DA FADIGA NA VIDA DO PACIENTE

PORTADOR DO CÂNCER DE MAMA

Bruna Crasoves Cardoso, Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, Aline Pinto Coelho Dornelles da Luz

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

bruna_cardo@yahoo.com.br

No Brasil a estimativa para o ano de 2008 é de 49.400 novos casos de câncer de mama, no Estado do Rio Grande do Sul é de 4.880 e na cidade de Porto Alegre é de 950 novos casos (BRASIL, 2007). A fadiga é um sintoma bastante freqüente nos pacientes com câncer, afeta de 70% a 100% dos pacientes que realizam o tratamento para o câncer (Dimeo 2001). É um sintoma dificilmente tratado, porém o seu controle ajudaria

muito em relação ao seguimento do tratamento. Isso porque a fadiga causa um grande estresse e desconforto prejudicando o seguimento do tratamento (Bonassa e Santana 2005). Devido à importância que a fadiga tem na vida dos pacientes oncológicos foi produzido este estudo que tem como objetivo geral: conhecer as repercussões da fadiga na vida do paciente portador de câncer de mama e como objetivo específico: detectar as ações realizadas pelos pacientes para minimizar a fadiga no seu cotidiano. É um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo. Foi realizado através de entrevista semi-estruturada com pacientes adultos, portadores de câncer de mama em tratamento na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial (UQA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Terá a priori de 15 a 20 pacientes que podem aumentar ou diminuir de acordo com a saturação dos dados. Critérios de inclusão são: idade de 18 a 60 anos, ambos os sexos, pacientes portadores de câncer de mama com fadiga, pacientes em tratamento quimioterápico na UQA, pacientes que concordarem a participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Critérios de exclusão: pacientes portadores de doenças crônicas degenerativas descompensadas, portadores de HIV e /ou Hepatite tipo C. O estudo está em fase de coleta de dados.

Descritores: quimioterapia, fadiga, neoplasias da mama.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL AO USUÁRIO ADULTO DE TERAPIA NUTRICIONAL ENTERAL DOMICILIAR NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Brenda Balk de Almeida, Anamarta Sbeghen Cervo, Silvia Cercal Bender, Vânia Lúcia Durgante

Universidade Federal de Santa Maria

brendabalk@yahoo.com.br

De acordo com o estudo realizado em 1996, o IBRANUTRI – Inquérito Brasileiro de Avaliação Nutricional Hospitalar, em doze estados mais o Distrito Federal, sob a coordenação da Sociedade Brasileira de Nutrição Parenteral e Enteral (SBNPE), que envolveu 4.000 pacientes internados nos hospitais da rede pública do SUS e teve como objetivo investigar o índice de desnutrição hospitalar, obteve o seguinte resultado: 48,1% dos pacientes internados na rede pública apresentavam algum grau de desnutrição, sendo que 12,6% eram pacientes desnutridos graves e 35,5% eram desnutridos moderados. Concluiu-se então que a desnutrição é freqüente entre os pacientes hospitalizados, piora o prognóstico de qualquer patologia, está estreitamente relacionada com o aumento de complicações durante a internação, aumento da mortalidade e do tempo de internação e custos. Após este estudo o Ministério da Saúde regulamentou a terapia de nutrição parenteral e enteral por meio das Portarias Nº 272 de abril de 1998, e Nº 337 de abril de 1999, respectivamente. Em 2000, passa a vigorar a RDC Nº 63 revogando a Portaria Nº 337. Estas leis também trataram de instituir a obrigatoriedade da Equipe Multiprofissional de Terapia Nutricional (EMTN) nas instituições hospitalares que fazem uso destas terapias, com o objetivo de promover o acompanhamento dos pacientes em risco nutricional. Essa equipe deve ser constituída por médico, enfermeiro, nutricionista e farmacêutico, podendo ainda agregar outras categorias profissionais desde que habilitados e com treinamento específico para a prática da Terapia Nutricional (TN). A atuação exclusiva do enfermeiro na EMTN do HUSM é recente. Para

o desempenho das funções relativas a essa atividade, o enfermeiro foi capacitado e envolvido em todo o processo relacionado à terapia nutricional. Uma das responsabilidades do enfermeiro da EMTN é a atualização do conhecimento técnico-científico de toda a equipe, bem como a busca por garantir a eficiência, a eficácia e a segurança dos pacientes em uso desta terapia. Destaca-se que a RDC Nº 63 de 06 de julho de 2000, que regulamenta a Terapia de Nutrição Enteral, visa que “O enfermeiro é o coordenador da equipe de enfermagem cabendo-lhes as ações de planejamento, organização, coordenação, execução, avaliação dos serviços de enfermagem, treinamento de pessoal e prescrição de cuidados de enfermagem”. Apoiado pela normatização vigente e pelas garantias do hospital, o enfermeiro assume o papel de fomentar a adoção da terapia nutricional enteral como forma alternativa de nutrição em pacientes impossibilitados de ingerir alimento por via gástrica normal. Na última década houve muitos avanços em conhecimento, tecnologia e na técnica da produção de sondas para terapia enteral, sendo esta a maneira mais utilizada de suporte nutricional tanto no hospital quanto no domicílio. O aumento crescente da indicação da terapia nutricional enteral no domicílio encontra justificativa por restituir o paciente ao convívio familiar, reduzir custos e, em certa medida, compensar a pouca oferta de leitos hospitalares, sem qualquer prejuízo para o processo terapêutico do paciente, promovendo assim, a desospitalização. A nutrição é primordial para a manutenção da vida, da saúde e bem estar do indivíduo em qualquer fase da vida. Assim, o paciente pode não somente se beneficiar com os medicamentos como também com os alimentos e/ou nutrientes ofertados tanto na fase da internação quanto na recuperação da saúde no domicílio. A eficácia da terapia nutricional está estreitamente relacionada com a conservação e a manutenção das vias de acesso. As vias de administração da dieta por sonda são: sonda em posição gástrica, sonda em posição pós-pilórica, a gastrostomia e a jejunostomia. Os principais objetivos deste trabalho são: avaliar os cuidados realizados no preparo e administração da dieta no domicílio; e, verificar a evolução do estado nutricional, a adaptação e continuidade do paciente ao tratamento. Em relação à metodologia, na alta hospitalar o nutricionista do setor de internação encaminha o paciente para o atendimento ambulatorial, com o agendamento no setor de marcação de consultas para as segundas-feiras à tarde. Na primeira consulta é realizada uma avaliação nutricional inicial com entrevista onde são coletadas as informações nutricionais como o recordatório nutricional, informações sobre hidratação, hábito intestinal e urinário, período de repouso, intercorrências (náuseas, vômito, diarreia, constipação, distensão abdominal, entre outros), verificação do peso corporal, realização de curativos de incisões cirúrgicas, limpeza na região de inserção da sonda, avaliação dos acessos para infusão da dieta, encaminhamentos para outros profissionais ou para instituições que prestam assistência aos pacientes que necessitam de auxílio social, entre outros. Os retornos são realizados conforme as necessidades evidenciadas pelo paciente durante a entrevista. Tanto o paciente quanto o cuidador manifestam as suas ansiedades, dificuldades e expectativas desta nova condição. Eles indicam quais os caminhos que os profissionais devem seguir para atingir os objetivos propostos. Para auxiliar na compreensão dos cuidados foi produzido material gráfico com ilustrações tipo álbum seriado. Destaca-se que as orientações para o paciente e/ou cuidador para a alta hospitalar, devem ser iniciadas ainda no período da internação hospitalar. Os cuidados relacionados à nutrição enteral incluem orientação que dizem respeito à maneira correta do manuseio com a sonda, instalação da dieta, controle da infusão da dieta, cuidados de higiene, administração de medicamentos pela

sonda, entre outros, com vistas a proporcionar segurança e independência ao paciente e ou cuidador na continuidade do tratamento em seu domicílio. Na abordagem dos cuidados com as sondas incluem, entre outros, o modo de fixação para não tracionar as narinas, e também não permitir a sua saída acidental, além da importância de mantê-las permeáveis, lavando-as com água antes e após administração da dieta e das medicações. É também importante verificar a existência de dobras ou acotovelamento em sua fixação ou trajeto. As atividades do enfermeiro no ambulatório centram-se no acompanhamento e avaliação do processo de nutrição enteral domiciliar, bem como no levantamento de fatores que possam gerar insegurança e dificuldades na adaptação com a nutrição enteral visando a identificação de falhas no processo e aplicação de medidas adaptativas e/ou corretivas. Neste contexto, o HUSM possui assistência de enfermagem ambulatorial multidisciplinar em terapia nutricional para pacientes com nutrição enteral domiciliar. Esta proposta de atuação do enfermeiro da EMTN em parceria com o nutricionista se efetivou em agosto de 2007 e perdura atualmente. No que se refere aos resultados, a consulta tem por finalidade orientar e esclarecer as dúvidas de maneira individualizada e propõe-se a revisão do que foi abordado pelos profissionais ao término da mesma para verificar se houve o entendimento pelo paciente e cuidador. Assim, busca-se fazer com que, tanto o paciente como o cuidador tenham condições de prestar os cuidados no domicílio evitando falhas no processo. Sabe-se que há muito a ser feito para os pacientes com necessidade de suporte nutricional, e com a perspectiva de avançar no enfrentamento das dificuldades e qualificação da proposta, planeja-se a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) no serviço. A medida a ser desenvolvida valer-se-á de um formulário específico elaborado para a área ambulatorial. No que concerne a qualificação da abordagem dirigida aos pacientes e cuidadores, foi elaborado uma cartilha com orientações sobre a utilização da sonda no domicílio, material inserido na proposta de educação em saúde da instituição. Por fim, a expectativa dos profissionais que prestam este tipo de cuidado centra-se na resposta que o paciente e cuidador possam dar a este atendimento que tem por fim inserir a proposta no conjunto dos serviços de referência da instituição. Para tanto, o serviço ambulatorial de terapia nutricional exige profissionais especializados, capazes de fornecer informações ao paciente e cuidadores para monitorização e acompanhamento relacionado aos cuidados desta terapia. Isso permite que o paciente retome suas atividades normais, sintam apoio e segurança para enfrentar esta nova condição na sua vida.

Descritores: Enfermagem, terapia nutricional, assistência ambulatorial.

CONSULTA DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL: PROMOVENDO SAÚDE EM PACIENTES CRÔNICOS

Alberto Sette Neto, Carlos Augusto Descovi, Luís Eduardo Ribeiro Rostirolla, Maria Luiza Ludwig
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
carlosbv42@yahoo.com.br

Introdução: Trata-se de um estudo de caso que abordará o atendimento de enfermagem prestado no ambulatório de dano crônico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre a pacientes adultos portadores de

doenças crônico-degenerativas. O ambulatório atende pacientes adultos de ambos os sexos que tenham doença crônica instalada, descompensada ou não, com o objetivo de auxiliar no controle destes quadros e evitar a evolução ou o aparecimento de novas doenças e dessa forma contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente. **Objetivos:** Pretende-se com este estudo ilustrar o uso da consulta de enfermagem na prática ambulatorial como forma de determinar medidas de controle de riscos e promoção de saúde a pacientes com o perfil citado. **Metodologia:** Este trabalho trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de caso. A amostra é constituída por uma paciente selecionada de forma intencional por entender-se que o seu perfil seria representativo do tipo de paciente que é atendido rotineiramente por este serviço. A coleta de dados ocorreu através de consulta de enfermagem realizada com a paciente selecionada e com a leitura dos registros disponíveis no seu prontuário. **Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem propostos para a paciente, mais do que expressar condições de risco ou restringir-se a doenças instaladas, têm o objetivo de assinalar situações de melhoria do padrão de saúde e auxiliar na manutenção destas condições que trazem benefícios a qualidade de vida da paciente. **Conclusão:** A atuação do enfermeiro tem a pretensão de ser um instrumento de tratamento e educação para a saúde que acresça a população atendida melhor qualidade de vida, sendo este objetivo alcançado com a participação cada vez mais efetiva deste profissional nas equipes de saúde.

Descritores: enfermagem, assistência de enfermagem, prevenção de doenças.

ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CAPTAÇÃO DE DOADORES DE ÓRGÃOS

Alberto Sette Neto, Carlos Augusto Descovi, Luís Eduardo Ribeiro Rostirolla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
alberto.sette@hotmail.com

Introdução: O processo de doação de órgãos para transplante é uma temática que gera controvérsias e discussões. Em hospitais especializados, existem programas específicos compostos por equipes multidisciplinares especializadas que atuam na captação de doador de órgãos cadáver. As equipes de captação buscam beneficiar os pacientes que necessitam do órgão e tornar o processo de doação menos doloroso às famílias doadoras. Dentro desta equipe o enfermeiro tem papel fundamental, considerando a expressiva participação dos mesmos na busca de um doador em potencial, na abordagem a família e no acionamento da equipe que irá realizar a remoção dos órgãos. **Objetivos:** Buscar compreender as principais adversidades encontradas e como os enfermeiros superam-nas durante o processo de captação de órgãos de doador cadáver. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão de manuais e diretrizes de transplante e artigos científicos publicados sobre o tema enfermagem e doação de órgãos. **Resultados:** Dos diversos fatores complicadores que influenciam na doação de órgãos, os mais frequentes são: desconhecimento das diferenças entre coma e morte encefálica; preocupação com a possibilidade de mutilação do corpo do doador por parte dos familiares, falha na abordagem da equipe. **Conclusão:** O treinamento e a experiência contribuem de maneira significativa na forma de atuar do profissional, que preparado para tal minimiza as

chances de uma possível recusa na doação. Já que não é possível desvincular o processo de captar órgãos de questões emocionais é imprescindível certa sensibilidade do profissional que a executa. Todo o processo ocorre em um intervalo de tempo limitado e mistura os sentimentos de angústia perante o sofrimento alheio e a satisfação por gerar esperança a alguém.

Descritores: Doadores de órgãos, Obtenção de órgãos, Transplante de órgãos.

INCIDÊNCIA DE LINFOMAS NÃO-HODGKIN E LINFOMA DE HODGKIN NOS PACIENTES DA CLÍNICA MÉDICA I DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Karine Eliel Stumm, Caroline Tronco, Andressa Peripolli Rodrigues, Caroline da Rosa, Carla Mario Brites

Universidade Federal de Santa Maria

camabri@gmail.com

Introdução: A doença de Hodgkin é uma forma de câncer que se origina nos linfonodos do sistema linfático, um conjunto composto por órgãos, tecidos que produzem células responsáveis pela imunidade e vasos que conduzem estas células através do corpo. Os órgãos e tecidos que compõem o sistema linfático incluem linfonodos, timo, baço, amígdalas, medula óssea e tecidos linfáticos no intestino. A linfa, um líquido claro que banha estes tecidos, contém proteínas e células linfóides. Já os linfonodos são encontrados em todas as partes do corpo, principalmente no pescoço, virilha, axilas, pelve, abdome e tórax; produzem e armazenam leucócitos denominados linfócitos. (Dr. Ricardo Bigni. - INCA). Existem três tipos de linfócitos: os linfócitos B, os linfócitos T, e as células "natural killer". Cada um destes três tipos de células realiza uma função específica no combate a infecções, e também têm importância no combate ao câncer. As células B produzem anticorpos, que se ligam na superfície de certos tipos de bactérias e atraem células específicas do sistema imune e proteínas do sangue, digerindo as bactérias e células estranhas ao normal. Já as células T ajudam a proteger o organismo contra vírus, fungos e algumas bactérias. Também desempenham importante papel nas funções das células B. As células NK têm como alvo as células tumorais e protegem contra uma larga variedade de agentes infecciosos. (Dr. Ricardo Bigni. - INCA). Pode-se distinguir a Doença de Hodgkin de outros tipos de linfoma em parte através do exame de amostras sob microscopia. O tecido obtido por biópsia de pacientes com Doença de Hodgkin apresenta células denominadas células de Reed-Sternberg. A Doença de Hodgkin surge quando um linfócito se transforma de uma célula normal em uma célula maligna, capaz de crescer descontroladamente e disseminar-se. A célula maligna começa a produzir, nos linfonodos, cópias idênticas. Com o passar do tempo, estas células malignas podem se disseminar para tecidos adjacentes, e, se não tratadas, podem atingir outras partes do corpo. Na Doença de Hodgkin, os tumores disseminam-se de um grupo de linfonodos para outros grupos de linfonodos através dos vasos linfáticos. A doença de Hodgkin é o câncer mais comum em adultos jovens. Os picos de incidência observados na segunda e terceira décadas de vida caem gradualmente até os 45 anos. As manifestações clínicas e as pesquisas epidemiológicas sugerem uma etiologia viral ou um distúrbio do sistema imunológico. O agente infeccioso mais freqüentemente implicado é o vírus Epstein-Barr (EBV). É possível que existam,

também, predisposições genéticas e ocupacionais na doença de Hodgkin. Não há como prevenir a doença de Hodgkin, pois não foram identificados riscos onde haja possibilidade de intervenção. A detecção precoce é importante, mas pode ficar prejudicada pela característica vaga dos sintomas mais comuns. Desde a identificação das células de Reed-Sternberg (linfócitos transformados multinucleados gigantes) como a marca registrada de diagnóstico da doença de Hodgkin, foram reconhecidos subtipos histológicos. A classificação histopatológica de Rye identifica quatro subtipos de doença de Hodgkin baseados, principalmente, em características microscópicas dos tecidos acometidos. As características identificadas ajudam a diferenciar a doença de Hodgkin de outros transtornos. As características dos quatro subtipos são: predomínio linfocitário, esclerose nodular, celularidade mista e depleção linfocitária. As características clínicas da Doença de Hodgkin são linfadenopatia indolor, febre, sudorese noturna, perda de peso, prurido, dor induzida por álcool, enquanto as do Linfoma não-Hodgkin são linfadenopatia generalizada indolor, desconforto abdominal vago, dor nas costas, queixas gastrointestinais. Após a definição do diagnóstico histológico de doença de Hodgkin, é preciso determinar a extensão do comprometimento pela doença. Para estagiar a extensão da doença com precisão, podem ser empregados os seguintes procedimentos: anamnese e exame físico detalhado; testes laboratoriais; hemograma, contagem de plaquetas, VHS, provas de função hepática e renal e estudos citogenéticos; radiologia; radiografia de tórax, tomografia computadorizada, ressonância magnética e linfangiografia; biopsia e aspirado bilateral de medula óssea; biopsia hepática percutânea; laparotomia exploradora e esplenectomia. O comprometimento de gânglios retroperitoneais, fígado, baço e medula óssea costuma acontecer quando a doença já está generalizada. Os gânglios linfáticos mesentéricos e qualquer outro órgão pode ser comprometido em casos avançados. **Objetivos:** Verificar a incidência de Linfomas Não-Hodgkin e Linfoma de Hodgkin nos pacientes internados na Clínica Médica I do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). **Método:** Para alcançar o objetivo do estudo foi realizada uma procura exploratória nos prontuários dos pacientes da Clínica Médica I do HUSM, no período de 02 de outubro de 2008 a 12 de novembro de 2008, no curso de enfermagem. Durante a busca foi mantido total sigilo das identidades de todos os pacientes do referido local, almejando-se somente identificar a referida patologia. **Resultados e Conclusão:** Foi identificada a pequena incidência, tanto de Linfoma não - Hodgkin, como Linfoma Hodgkin, nos pacientes do local referido. De aproximadamente 120 pacientes internados durante o tempo da pesquisa, somente onze apresentavam o diagnóstico médico para Linfomas, sendo que sete deles era Linfoma não - Hodgkin, e somente quatro de Linfoma Hodgkin. Dentre as patologias com maior incidência no período de aproximadamente um mês de busca, foram encontradas o Câncer de Cólon e Leucemia. O tratamento dos Linfomas, na maioria das vezes, é agressivo havendo necessidade da elaboração de um plano assistencial de enfermagem de qualidade. Antes da elaboração desse plano é preciso ser identificados os diagnósticos de enfermagem em quem os relevantes são: risco para infecção e sangramento relacionados às alterações no sistema imunológico e aos procedimentos realizados; nutrição alterada relacionada ao processo da doença e tratamento; medo relacionado a procedimentos invasivos evidenciados por agitação e choro; conforto e lazer prejudicados pelas internações prolongadas e quimioterapias demoradas. (Morais, V.L.L). No Hospital Universitário de Santa Maria podemos presenciar e comparar com a literatura encontrada que esse Plano de Cuidados, juntamente com diagnóstico de enfermagem, está sendo

recentemente implantado e ainda não abrange todos os pacientes oncológicos, é realizado esse diagnóstico apenas com alguns pacientes os quais são escolhidos aleatoriamente entre todos os internados na unidade. São feitas coleta de dados junto ao paciente, entrevista com familiar (se necessário) e levantamento bibliográfico e posteriormente essas informações vão para um computador e nele é estipulado o Plano de Cuidados de enfermagem, o qual serve para a identificação de estratégias para uma melhor assistência em enfermagem e um cuidado individualizado do paciente, tornando o trabalho da enfermagem mais seguro e eficaz.

Descritores: Enfermagem, Câncer, Incidência.

Referências:

1. Dr. Ricardo Bigni. Serviço de Hematologia Hospital do Câncer I / INCA. Linfoma Não-Hodgkin. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=457> Acesso em: 01. out. de 2008.
2. Dr. Ricardo Bigni. Serviço de Hematologia Hospital do Câncer I/INCA. Linfoma Hodgkin. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=458> Acessado em: 01. out. de 2008.
3. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=458> Acessado em: 01. out. de 2008.
4. MORAIS, V. L. L. ; ANDRADE, M. G. G. ; ARAÚJO, K. R. ; VARELA, R. C.; BORGES, J. M. C. Assistência de enfermagem Frente a um Paciente Portador de Linfoma de Burkitt internado em um Hospital Escola do Recife. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rlae/v5n4a12.pdf>.
5. OTTO, Shirley E.. Enfermagem Prática, Oncologia, RJ: Reichmann & Affonso Editores, 2002.

INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA: A IMPORTÂNCIA DA PREVENÇÃO A PARTIR DE UM ESTUDO DE CASO

Bruna Parnov Machado, Greice Machado Pieszak, Mariângela Soares
Universidade Federal de Santa Maria
bruninha_pmachado@hotmail.com

A insuficiência renal crônica é considerada pela Sociedade Brasileira de Nefrologia como um problema de saúde pública, existem 595 centros de hemodiálise, 58.464 pacientes com insuficiência renal crônica, 52.176 em hemodiálise. Objetivou-se com este trabalho identificar os principais fatores de risco que contribuem para o seu agravo, conhecer a patologia, as suas intercorrências, relatar a atuação do enfermeiro frente às situações durante o processo de prevenção, acompanhamento e cuidado do paciente renal crônico em tratamento hemodialítico e interagir com o paciente com o intuito de captar impressões subjetivas do mesmo em relação ao seu estado de saúde atual e suas perspectivas de vida. A trajetória metodológica baseou-se no tipo explicativo-descritivo com enfoque na análise qualitativa a partir de um estudo de caso. O sujeito desse estudo foi um portador de insuficiência renal crônica em tratamento. Para a análise dos resultados categorizamos os dados objetivos e subjetivos de acordo com a seguinte ordem cronológica: antes do diagnóstico, a descoberta da doença e perspectivas. Também se buscou relacionar as informações adquiridas com a literatura consultada e com pesquisas já existentes sobre a temática. Foi revelado um déficit no diagnóstico precoce bem como deficiências nas abordagens preventivas, com a iniciativa de impedir a evolução da doença renal crônica. Constatamos que é de suma importância a abordagem preventiva por parte da enfermagem, para que as pessoas predisponentes aos fatores de risco ou com algum sintoma suspeito, não propiciem o desenvolvimento de uma patologia irreversível como a Insuficiência Renal Crônica.

Descritores: Enfermagem, Nefrologia, Saúde do Adulto.

PRODUÇÃO CIENTÍFICA DE ENFERMAGEM SOBRE PACIENTES COM CÂNCER COLORRETAL EM QUIMIOTERAPIA

Bruna Crasoves Cardoso, Maria Isabel Pinto Coelho Gorini, Patrícia Lemos Chaves, Aline Pinto Coelho
Dornelles da Luz

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

bruna_cardo@yahoo.com.br

Introdução: No Brasil o número de casos novos de câncer de cólon e reto estimados para o ano de 2008 é de 12.490 casos em homens e de 14.500 em mulheres. Estes valores correspondem a um risco estimado de 13 casos novos a cada 100 mil homens e 15 para cada 100 mil mulheres. (INCA 2008). Devido ao impacto que esse tipo de neoplasia tem na vida dos pacientes é necessário a constante atualização por parte dos profissionais que trabalham com pacientes oncológicos em situação de quimioterapia. O conhecimento de uma determinada área possibilita a transformação na prática do cuidado. Assim, entendemos ser necessária uma pesquisa que envolva os pacientes com câncer colorretal em quimioterapia, no intuito de desenvolver uma melhora na qualidade de vida do mesmo. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é conhecer a produção científica de enfermagem sobre pacientes com câncer colorretal em quimioterapia, nos bancos de dados eletrônicos no período de 2004 a 2008. **Metodologia:** A metodologia se caracteriza numa revisão integrativa através da busca de artigos. Critérios de inclusão: descritores: enfermagem, quimioterapia e câncer colorretal; artigos disponíveis na sua íntegra em português, espanhol e inglês; apresentar um dos descritores no título e/ou resumo. Critérios de exclusão: artigos em outras línguas estrangeiras. Foram consultados os seguintes bancos de dados: Web of Science, CINAHL, MEDLINE, SCIELO, PubMed Central, Cochrane, LILACS, BDNF e Scopus. **Resultados:** Nessa busca foram encontrados 161 artigos, a partir dos critérios de inclusão foram selecionados 64 artigos. Desses foram escolhidos pelo resumo aqueles que estivessem de acordo com a temática do estudo, permanecendo 38 estudos. Aqueles que apareceram repetidamente em mais de uma base de dado foram excluídos, restando 22 artigos que foram analisados. **Conclusões:** de acordo com os achados podemos perceber que existe pouca produção de material relacionado à enfermagem e o tratamento quimioterápico do câncer colorretal.

Descritores: quimioterapia, enfermagem, neoplasias colorretais.

RADIOTERAPIA: EFEITOS DO TRATAMENTO NO CANCER ORAL E ORIENTAÇÕES PARA O AUTOCUIDADO

Daiane da Rosa Monteiro, Luciana Batista dos Santos, Ida Haunss de Freitas Xavier

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

daimonteiro84@hotmail.com

O câncer de cabeça e pescoço no mundo representa 10% dos tumores malignos, sendo que 40% dos casos ocorrem na cavidade oral (CARDOSO et al, 2005). Segundo a American Cancer Society (2001), o câncer de cabeça e pescoço atinge predominantemente a faixa etária acima de 50 anos de idade, numa proporção de quatro homens para uma mulher. A radioterapia é um tratamento que destrói células neoplásicas para que haja redução ou desaparecimento da neoplasia maligna, sendo que esta e a cirurgia são os principais métodos de tratamento desse tumor, mas provoca efeitos colaterais resultantes da irradiação nos tecidos (CARDOSO et al, 2005), por essa razão é essencial intervenções para auxiliar no cuidado. Objetivamos aprofundar o conhecimento sobre os efeitos da radioterapia em pacientes com câncer oral e identificar cuidados de enfermagem para orientar os pacientes em seu autocuidado. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sendo o embasamento teórico focado na revisão de artigos e livros sobre o assunto. Segundo Sawada, Dias e Zago (2006), a xerostomia foi encontrada como o efeito colateral mais evidente em pacientes em tratamento radioterápico de câncer oral, seguida de saliva pegajosa, pele ressecada, irritação, dificuldade no paladar, dores de garganta e depressão. Há inúmeros cuidados para atenuar as lesões provocadas pela radioterapia e possibilitar que os pacientes possam exercer seu autocuidado no domicílio. Segundo Carpenito-Moyet (2005), alguns cuidados citados são: evitar soluções de limpeza industrializadas, sucos cítricos e alimentos ásperos, beber líquidos frios a cada duas horas, fazer modificações na dieta para reduzir a dor oral, entre outros. Através dos dados analisados foi possível associar o conhecimento sobre os efeitos do tratamento radioterápico com os cuidados de enfermagem, tendo como objetivo a promoção da qualidade de vida do paciente. Portanto, acreditamos que a enfermagem exerce um grande papel na orientação aos pacientes para seu autocuidado.

Descritores: Radioterapia, Autocuidado, Cuidados de Enfermagem.

VALIDAÇÃO DE UM ESCORE DE RISCO CIRÚRGICO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM CIRURGIA CARDÍACA

Clarissa Garcia Rodrigues, Maria Antonieta Moraes, Emiliane Nogueira, Silvia Garofallo, Vera Lúcia Portal,

Daniel Pinheiro Machado, Odemir Luiz Bordin Júnior

Instituto de Cardiologia do RS/Fundação Universitária de Cardiologia

clarissagarcia Rodrigues@gmail.com

Introdução: Devido às diferenças populacionais e entre instituições e áreas geográficas, a utilização de escores não validados pode predizer de forma equivocada o risco para pacientes de diferentes populações.

Sendo o IC/FUC um centro de referência na região sul do país para tratamento de cardiopatias cirúrgicas é de grande relevância a validação de escores capazes de predizer risco cirúrgico. **Objetivos:** Avaliar a acurácia do Society of Thoracic Surgeons (STS) score em predizer mortalidade e complicações pós-operatórias em pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no IC/FUC e compará-lo aos índices: Parsonnet, EuroSCORE, NNE e SCTS já estudados na instituição. **Métodos:** Trata-se de um estudo de corte de abordagem quantitativa. Serão analisadas, em prontuários, variáveis demográficas e clínicas de 1223 pacientes submetidos à cirurgia de revascularização miocárdica e/ou troca valvar de dezembro de 2007 a dezembro de 2008. A comparação dos fatores de risco em relação aos desfechos clínicos será feita através do teste qui-quadrado e a magnitude do efeito medida através da razão de odds e intervalo de confiança de 95%. Os valores preditivos dos escores em relação à mortalidade e complicações pós-operatórias serão obtidos a partir da área sob a curva ROC. Para estimar os fatores de risco independentes será realizada a regressão logística múltipla. Será utilizado um α -crítico de 5%. **Resultados e Conclusões:** Espera-se identificar a acurácia do STS score em predizer mortalidade e complicações pós-operatórias e estabelecer a comparação entre o STS e os índices estudados na instituição: Parsonnet, Euro SCORE, NNE e SCTS para o desfecho mortalidade, quando aplicados à pacientes submetidos à cirurgia cardíaca no IC/FUC.

Descritores: Indicador de Risco; Mortalidade.

A ENFERMAGEM E O GRUPO DE AJUDA MÚTUA PARA FAMILIARES CUIDADORES DE IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER NO HU/FURG

Aline Strasburg, Larissa Zepka Baungartem, Sibeleschaun

Universidade Federal do Rio Grande

sibeleschaun@yahoo.com.br

Introdução: Os grupos de Ajuda Mútua para familiares de idosos com doença de Alzheimer (DA) constituem uma prática recente da enfermagem brasileira, com uma abordagem mais valorizadora das famílias, vislumbrando um novo espaço de inserção para acadêmicos de enfermagem, oportunizando troca de experiências, mais esclarecimentos com relação à doença e um compartilhamento de estratégias de enfrentamento conduzidas pelas famílias. **Objetivo:** Compreender o impacto da participação de acadêmicos de enfermagem nas reuniões dos Grupos de Ajuda Mútua a familiares cuidadores de idosos com DA, considerados novos campos de atuação aos acadêmicos. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência sobre a participação dos acadêmicos de enfermagem no Grupo de Ajuda mútua para familiares cuidadores de idosos com Doença de Alzheimer. **Resultados e conclusões:** A participação de acadêmicos de enfermagem no GAM exige não só efetivo cuidado humano,mas também o resgate da sensibilidade, fé, esperança, ajuda, confiança, observar enxergando o outro com solidariedade, perceber melhor o que cada participante tem a nos transmitir, incluindo dor, medo, esperança. Assim, a partir dessa experiência, torna-se mais consciente a necessidade de estar aberto às expressões de cada um, o que favoreceu a proximidade, permitindo compartilhar as emoções e expectativas vivenciadas. Durante o processo de escutar, é possível que os

acadêmicos percebam a importância do crescimento e desenvolvimento pessoal experienciado, bem como do reconhecimento das suas limitações, aceitando-as ou silenciando diante das situações com as quais não sabia lidar. Reconhece que o conhecimento técnico em muito há de ser complementado com o conhecimento e sensibilidade inerentes à condição humana.

Descritores: enfermagem geriátrica, família, Doença de Alzheimer.

AValiação DO MANEJO DA DOR EM PESSOAS COM PREJUÍZO COGNITIVO: RELATO DA CONSTRUÇÃO DA BUSCA BIBLIOGRÁFICA

Simone Pasin, Aline dos Santos Duarte, Tábata de Cavatá

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

spasin@hcpa.ufrgs.br

Introdução: Pessoas com prejuízo cognitivo são, entre as cuidadas pela equipe de Enfermagem, as mais vulneráveis. Pela dificuldade do auto-relato de suas necessidades estão particularmente em risco quanto à avaliação da presença de dor e ao desfecho do manejo analgésico. Os transtornos da comunicação verbal e não-verbal podem ser causados por transtornos da linguagem, disfunção cognitiva (ex., retardo mental), condições psiquiátricas e transtornos da audição. As disfunções cognitivas por sua vez são distúrbios do processo mental relacionados com o pensamento, o raciocínio e o julgamento. A dor pode ser definida como sendo a sensação desagradável induzida por estímulos nocivos e geralmente recebida por terminações nervosas especializadas, informação essa modulada e decodificada pelo sistema nervoso. O inadequado manejo da dor gera repercussões deletérias sobre a homeostase física e emocional. Sendo a resposta a este estímulo doloroso subjetiva, individual e multifatorial, nas pessoas com capacidade cognitiva intacta a presença da injúria e da dor é comunicada mais frequentemente através da verbalização. De acordo com a *Nursing Interventions Classification* (NIC), o controle da dor tem como intervenção inicial a avaliação física abrangente que inclui a localização, as características, a duração, a qualidade e a intensidade do fenômeno doloroso. Porém, no cotidiano do cuidado deparamo-nos com uma questão instigante: de que maneira podemos realizar a avaliação da presença da dor e do desfecho do manejo instituído em pessoas com prejuízo cognitivo? **Objetivo:** Relatar as etapas da construção da estratégia estruturada para busca bibliográfica dos instrumentos existentes e, se possível, validados em português brasileiro, para avaliação da presença de dor e do desfecho relacionado ao manejo analgésico em pessoas com prejuízo cognitivo. **Método:** O delineamento para este trabalho será o da pesquisa bibliográfica que, segundo Gil (2002) é desenvolvido com base em material já elaborado, constituído principalmente por livros e artigos científicos. A revisão sistemática será utilizada por ser um instrumento metodológico para integrar a informação existente sobre uma temática específica através do agrupamento e análise dos resultados procedentes de estudos primários e por gerar evidência científica na temática que forneça suporte na implantação e execução de diversos programas de saúde. O processo de procurar, avaliar e usar sistematicamente os achados de pesquisas é utilizado como base para decisões clínicas. A medicina baseada em evidências faz perguntas, busca e avalia os dados

relevantes, aproveitando as informações para ser utilizada na prática clínica diária através da formulação de uma pergunta clínica relacionado ao problema de um paciente; procurar artigos clínicos relevantes na literatura; avaliar a validade e a utilidade das evidências; implantar os achados úteis na prática clínica. A busca de evidência requer adequada definição e criação de uma estrutura para a busca bibliográfica. Para tal, neste estudo, será utilizada a estratégia PICO que é representada pelo acrônimo para *Paciente, Intervenção, Comparação e Outcome* (desfecho). Para o acrônimo P, é dada a definição de paciente ou problema tendo como descrição o paciente ou grupo de pacientes com uma condição ou problema de saúde. Para o acrônimo I, define-s a intervenção, que é a intervenção de interesse, que neste estudo é o diagnóstico ou avaliação. O acrônimo C, ou seja, a intervenção de controle ou comparação não será utilizado por não ser o objetivo deste trabalho realizar a comparação entre os instrumentos selecionados. E o acrônimo O, de *outcome* ou desfecho, traduzindo para o português, é o resultado esperado. A estratégia sugere os elementos fundamentais para elaboração da questão de pesquisa e da construção da busca bibliográfica da melhor prática. Os descritores relacionados a cada um dos componentes da estratégia PICO pertencem ao grupo de termos utilizados para indexação de artigos em base de dados MeSH e DeCS assim como descritores não-controlados como palavras textuais e seus sinônimos. Para a combinação dos termos de cada componente da estratégia usamos os conectores AND e OR. O resultado desta construção será utilizado para a localização dos instrumentos existentes através de busca bibliográfica nas bases de dados eleitas, sendo elas BIREME, CINAHL, PsychINFO, MEDLINE/PubMed no período de 1980 a 2009. Outras referências não contempladas na busca serão contempladas quando julgadas relevantes. Os descritores utilizados na revisão sistemática são: (P) psychomotor disorders OR delirium OR dementia OR amnesia OR cognitive disorders OR cognitive impairment OR communication disorders OR intensive care AND (I) pain AND (O) assessment OR measurement OR evaluation quantitative OR evaluation qualitative. Após a busca nos bancos de dados selecionados, realizaremos a leitura dos resumos dos artigos. O desenho do teste de relevância para selecionar os artigos será por critérios de inclusão construídos que respondem a questão levantada. Os artigos incluídos na íntegra deverão apresentar no resumo (1) o instrumento utilizado, (2) a aplicação em pacientes com prejuízo cognitivo e estarem (3) relacionados a avaliação da presença de dor e/ou avaliação do manejo da dor, sendo estes os critérios de inclusão. Portanto, se estes 3 critérios não estiverem contemplados no resumo do artigo, este será excluído do estudo. A leitura na íntegra será realizada dos artigos selecionados e apresentação dos instrumentos existentes para avaliação da dor e do manejo da dor em pessoas com prejuízo cognitivo e seu impacto no desfecho do problema. **Considerações finais:** A busca da melhor prática na avaliação da dor e do seu manejo frente a pessoas com prejuízo cognitivo pretende contribuir para a qualidade do cuidado de Enfermagem baseada em evidências. Considerou-se como norteador da necessidade do instrumento de avaliação da dor e do manejo da dor para pessoas com prejuízo cognitivo, o princípio da equidade que sugere que pessoas diferentes devam ter acesso a recursos de saúde de acordo com as suas necessidades. A apresentação deste trabalho ilustra a trajetória percorrida para a construção da estratégia estruturada para a busca bibliográfica. A próxima etapa é a realização da busca e apresentação dos resultados encontrados. Através da descrição detalhada das etapas constitutivas dessa busca, procuramos incentivar

novos delineamentos que conquistem fundamentação da prática do cuidado de enfermagem baseada em evidências.

Descritores: medição da dor, transtornos cognitivos, enfermagem.

Referências:

1. GIL, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. Ed. São Paulo: Atlas, 2002. p.175.
2. SANTOS, C; PIMENTA, C; NOBRE, M. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. Rev. Lat-am. Enfermagem, 2007, mai-jun;15(3) www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 26/01/2009.
3. MCCLOSKEY, J.; DOCHTERMAN, J.; BULECHEK, G. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC) - 4.ed. Porto Alegre: ArtMed, 2008

CARACTERÍSTICAS DOS PACIENTES DE UM PROGRAMA DE PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO ATENDIDOS EM CONSULTA DE ENFERMAGEM

Suzana Fiore Scain, Elenara Franzen

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

O Diabetes Mellito é uma síndrome metabólica complexa caracterizada por hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A deficiência relativa ou absoluta de insulina afeta o metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios. A forma mais freqüente do DM é a do tipo 2, abrangendo em torno de 90% dos casos. As conseqüências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. O impacto do DM é substancial, diminuindo o bem-estar físico, social e econômico das pessoas afetadas. As implicações clínicas da hiperglicemia persistente levam a essas complicações crônicas, representando o principal problema dos pacientes com DM e constituem a principal causa de mortalidade (doença cardiovascular) e de morbidade (doença renal, cegueira e amputações dos membros inferiores). O Ministério da Saúde e outras associações avaliam o impacto desfavorável da doença, destacando o DM como a causa principal de cegueira adquirida e de amputações de membros inferiores. Cerca de 15% dos pacientes com diabetes desenvolverão úlceras nos pés, ao longo de suas vidas. A presença de úlceras nos pés é o maior preditor de amputações em membros inferiores (14-24%) entre esses pacientes. Sendo assim, o pé diabético representa um problema econômico significativo, particularmente se a amputação resulta em hospitalização prolongada, reabilitação e uma grande necessidade de cuidados domiciliares e serviços sociais. O custo direto de uma cicatrização primária (sem amputação) é estimado entre 7.000 e 10.000 dólares, enquanto o de uma amputação associada ao pé diabético entre 30.000 e 60.000 dólares. O rápido crescimento do DM2 é atribuído a vários fatores de risco, que são eventos indesejados associados a uma maior probabilidade de adoecer. Esses fatores não só predispõem ao surgimento de doenças, mas ao seu agravamento, podendo ser classificados em três grupos: os de caráter hereditário, os ambientais e socioeconômicos e os comportamentais. Ações de saúde sobre os fatores comportamentais são apontadas como as de intervenção mais produtivas. A polineuropatia distal simétrica é um dos mais importantes preditores de úlceras e amputações. O desenvolvimento da neuropatia está significativamente relacionado com a hiperglicemia mantida. “The Seattle Prospective Foot Study”, com

objetivo de avaliar a incidência e os determinantes dos problemas do pé entre pacientes portadores de DM nos EUA, demonstrou que a hiperglicemia relativa antecedeu o aparecimento da polineuropatia sensitiva. O tempo de diabetes acima de 10 anos expõe os pacientes ao risco de ulcerações e amputações nos pés. A importância da coexistência de DM e HAS constituem-se em ser um fator multiplicativo de risco aumentado de morte cardíaca. O pé diabético é o evento final das complicações crônicas do DM e incluiu vasculopatia e neuropatia diabética. Isoladamente ou em conjunto, representam uma problemática para os pés dos pacientes diabéticos tornando-os vulneráveis ao aparecimento de problemas significativos. Estes problemas podem ser prevenidos desde que os pacientes que tenham risco para o desenvolvimento de úlceras sejam efetivamente identificados através de exame regular dos pés. Um exame adequado e a tempo dos pés, inicia-se no momento em que os profissionais de saúde solicitem aos pacientes com DM removerem suas meias e sapatos, para inspeção minuciosa dos pés. A partir da identificação desta problemática, em 1990 iniciamos o Sub-programa de Assistência ao Paciente com Pé Diabético. A clientela é atendida através da consulta de enfermagem, onde a enfermeira investiga os fatores de risco associados ao pé diabético e examina-os com um intervalo de tempo de acordo com as recomendações do Consenso Internacional sobre Pé Diabético: categoria zero, neuropatia ausente: uma vez por ano, orientações gerais; categoria 1, neuropatia presente: uma vez a cada 6 meses, recomendar calçados adequados; categoria 2, neuropatia presente com sinais de vasculopatia periférica e/ou deformidades nos pés: uma vez a cada 3 meses, recomenda-se calçado especial, palmilhas ou outras órteses; categoria 3, úlceras ou amputações: uma vez por mês ou a cada 3 meses, próteses prévias. O conhecimento destas situações permite à enfermeira aplicar o processo educativo, tanto no aspecto preventivo quanto curativo, objetivando a mudança de atitude dos pacientes. O cuidado de enfermagem relaciona-se com o grau de comprometimento dos pés dos pacientes diabéticos com risco para ulcerações até o grau 3, segundo a classificação de Wagner: grau zero, pé em risco de ulceração, calosidades, cabeças metatársicas proeminentes, com ausência de úlceras; grau 1, úlceras superficiais com perda total da pele; sem infecção e comumente de etiologia neuropática, presentes em áreas de pressão (extremidades metatársicas, dedos ou outros locais); grau 2, principalmente neuropáticas e mais profundas, freqüentemente penetrando no tecido subcutâneo, têm infecção, sem envolvimento ósseo. Grau 3, celulite e osteomielite. Grau 4, presença de gangrena no ante-pé. Grau 5: Presença de gangrena em todo o pé. A enfermeira explica e demonstra como deve ser feita a inspeção diária e cuidados higiênicos dos pés. Encoraja a prática de exercícios físicos adequados, quando possível. Ocorrendo alterações nos pés, como úlceras, por exemplo, curativos são realizados segundo a rotina da equipe multidisciplinar. Frente ao exposto, justifica-se o presente estudo que possibilitará o conhecimento das características dos pacientes atendidos no programa de prevenção do pé diabético através da consulta de enfermagem. O objetivo desse estudo foi descrever o tipo de pé em risco, o comprometimento para o desenvolvimento de úlceras e identificar fatores associados em pacientes ambulatoriais de um hospital universitário. Trata-se de uma pesquisa de caráter quantitativo, retrospectivo. Os pacientes incluídos consistem na totalidade dos que foram atendidos em consulta de enfermagem e registrados em banco de dados de Prevenção do Pé Diabético, de julho de 1996 (período do início de registro sistemático das características desses pacientes) a outubro de 2008. A coleta de dados ocorreu em duas etapas. Na primeira foram registrados os dados de identificação dos pacientes, a avaliação

de risco dos pés e a presença de úlceras e sua classificação. Esta coleta foi informatizada em banco de dados do Excel for Windows. Na segunda etapa, foram coletados dos prontuários dos pacientes os dados demográficos, as co-morbidades, presença de amputações, complicações do DM e óbitos registrados. Além destes dados, foi feito o registro da evolução dos pacientes, conforme o tipo de pé e os fatores de risco que foram identificados na primeira avaliação, conforme recomendação da sociedade Brasileira de Diabetes. Dados preliminares apontam que dos 1341 pacientes 93,7% tem diabetes do tipo 2 (n=1232), a maioria (88%) é de cor branca (n=1177), não havendo maior número de homens quando comparado ao de mulheres (50%). Cinquenta e nove por cento dos pacientes são de Porto Alegre, 29% da região metropolitana e 12% do interior do estado. O grupo de pacientes aposentados é o que apresenta a maior frequência (33,6%) e as demais ocupações tem um percentual variando de 1% a 6%. São casados 66% dos pacientes, solteiros 15%, viúvos 12 % e a maioria são brancos (88%) com grau de escolaridade fundamental incompleto (50%). No decorrer dos 12 anos de seguimento, dos 1341 pacientes 458(34,2%) continuam sendo assistidos pelas enfermeiras, 310(23,1%) não compareceram mais ao HCPA para nenhum tipo de atendimento, 271(20,2%) consultam com várias especialidades exceto com enfermeiras e 161(12%) tem registrado óbito. O tipo de pé examinado que apresentou maior frequência foi o normal 587(43,7%), sendo mais comum em mulheres (57%). Os pés neuropáticos e mistos apresentaram a mesma frequência (21,9%) e foram mais presentes em homens com significância estatística ($p=0,001$). Da mesma maneira ocorreu com o pé isquêmico (11%) em relação a frequência e significância. A maioria dos pacientes examinados não apresentou amputações (n=621) e daqueles amputados (n=118) a maioria eram homens (76%) apresentando significância estatística ($p=0,001$). O local em que ocorreram a maioria das amputações foi a região dos dedos e do retropé, com a mesma frequência (10%). Dos 249 pacientes que apresentaram úlceras a maioria foi do grau 1. Duzentos e nove pacientes que continuam em acompanhamento com a enfermeira educadora têm pés normais (46,2%), 108 (24%) pés mistos, 95 pés neuropáticos (21%) e 40(8,8%) pés isquêmicos. Dos pacientes com óbitos registrados a maioria apresentou, quando seus pés foram examinados nas consultas, pés mistos (28,5%) e os pacientes que consultavam com outras especialidades exceto com a enfermeira a maioria tinha pés normais (50%) ou neuropáticos (23%). Os pacientes com pés neuropáticos sofreram a maioria das amputações (21%), seguido daqueles com pés mistos (18,85%) e por último aqueles com pés isquêmicos (11%). Estes dados preliminares possibilitaram o conhecimento das características dos pacientes atendidos no programa de prevenção do pé diabético através da consulta de enfermagem direcionado o aprimoramento da assistência.

Descritores: educação em saúde, pé diabético, Diabetes Melito.

GERMES MULTIRRESISTENTES NO 6º SUL

Rozemy Magda Vieira Gonçalves, Neusa Picetti, Samara Greice Röpke Faria da Costa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

rgoncalves@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A definição de microrganismos pan-resistentes ou multirresistentes (GMR) está diretamente relacionada com os antimicrobianos testados e com a epidemiologia local das infecções. Pan-resistente: resistente a todos os antimicrobianos testados. Multirresistentes: sensível a polimixina, suscetibilidade variável a ampicilina/sulbactam e a doxiciclina e resistente aos carbapenêmicos. A unidade de internação 6º Sul conta com 10 leitos designados a receber pacientes clínicos infectados por microrganismos multirresistentes oriundos de outros setores do hospital. Salienta-se dois aspectos fundamentais para o controle das infecções que são: uso de antimicrobianos e realização das medidas preventivas. **Objetivo:** Controlar a disseminação de infecção cruzada entre pacientes multirresistentes e portadores de HIV imunodeprimidos internados na unidade. **Metodologia:** Estudo de caráter observacional descritivo. Realizado através do acompanhamento das enfermeiras da unidade durante o período de trabalho. **Resultados:** No último ano o índice de transmissão de infecção cruzada por GMR entre pacientes foi quase nulo sendo registrados 2 casos não confirmados pelo controle de infecção da instituição. **Conclusões:** Através de programas de Educação Continuada enfatiza-se a precaução padrão e de contato, supervisionando-se e enfocando a higienização das mãos como medida individual básica, o uso de equipamentos de proteção individual, cuidados no descarte de materiais perfuro-cortantes e limpeza de equipamentos, utensílios e superfícies. A baixa prevalência evidencia a adesão às medidas preventivas por uma equipe concientizada sobre a prevenção de infecções cruzadas em pacientes com diferentes patologias numa mesma unidade de internação.

Descritores: enfermagem; educação continuada; prevenção.

IMPLANTAÇÃO DA ANAMNESE E EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM INFORMATIZADA NUMA UNIDADE CLÍNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Cecília Lamberti, Patrícia Fernandes da Silva, Vera Lucia Mendes Dias

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

pfsilva@hcpa.ufrgs.br

Introdução: O Processo de Enfermagem (PE), foi implantado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) na década de 70, fundamentou-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (1979) que buscava a utilização de uma abordagem planejada e organizada para alcançar as necessidades específicas do paciente e compreende as seguintes etapas: histórico de enfermagem, lista de problemas, evolução e prescrição de enfermagem. Até o final da década de 90 os registros do processo de enfermagem no HCPA eram feitos em papel. Nesta época houve uma iniciativa de informatização deste processo com a

prescrição de enfermagem na unidade de psiquiatria e na sala de recuperação pós-anestésica. Em 1998 no HCPA criou-se um grupo de estudos do Processo de Enfermagem que passou a estudar os diagnósticos de enfermagem com base nas teorias de NANDA (2000), Bennedett e Bupp (1998). Segundo Évora (1999), vários estudos norte-americanos demonstravam as vantagens e avanços da aplicação da informática na prática de enfermagem. O computador tornou-se uma ferramenta eficaz para agilizar o processo de decisão economizando tempo, recursos financeiros, energia, além de aumentar a produtividade e satisfação do trabalhador e aperfeiçoar o cuidado de enfermagem prestado ao paciente. O sistema de diagnósticos e a prescrição de enfermagem, informatizada foi implantado em todas as unidades de internação no ano 2000. Em 2004 foi implantada no hospital a consulta médica e de enfermagem informatizada no ambulatório. Visando construção do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) no ano de 2006 constituiu-se um grupo multidisciplinar para criação do Portal do Paciente. Este grupo desenvolveu um protótipo do sistema com base nos instrumentos e conteúdos dos registros em papel. A partir da aprovação do protótipo pelo grupo de trabalho desenvolveu-se o sistema, que foi homologado por profissionais enfermeiros e médicos representantes dos serviços que iriam utilizar o mesmo. O Portal do Paciente permite a visualização dos registros da equipe multidisciplinar da internação atual, o acesso aos dados de outras internações ou atendimentos no hospital, bem como a consulta de resultados de exames. Além disso, possibilita aos profissionais habilitados (médicos, enfermeiros, nutricionista, psicólogos, fisiatras e assistentes social) uma série de ações, tais como prescrições, registros de anamnese, evolução, solicitação de exames, de consultorias, comunicações à comissão de infecção e de úlceras de pressão e quedas do leito. A anamnese tanto pode ser estruturada ou em texto livre. A evolução tem um roteiro pré-estruturado: subjetivo, objetivo, interpretação e conduta. No caso da enfermagem foi proposto um modelo de anamnese estruturado com questões pertinentes para atender as especificidades dos pacientes nas diferentes áreas, considerando as necessidades humanas básicas (NHB). Uma vez homologado, o sistema foi implantado em dezembro de 2007, numa unidade piloto, de internação psiquiátrica para aprovação do software e em fevereiro de 2008, numa unidade de internação clínica, piloto para aprovação da infra-estrutura (hardware). **Objetivo:** Neste estudo vamos relatar a opinião das enfermeiras sobre a implantação da anamnese e evolução de enfermagem no Portal do Paciente na unidade de internação clínica 7 ° norte do HCPA. Inicialmente foi feita uma demonstração do sistema para os profissionais da unidade. A capacitação para a utilização deste, foi realizada no próprio processo de trabalho com a presença de pelo menos um dos profissionais que fez parte do grupo de trabalho do desenvolvimento do sistema. Antes de iniciar a implantação realizaram-se adequações na infra-estrutura de informática. Foram instalados: antenas de captação de sinal Wireless, cinco computadores tipo Desktop adicionais e um Laptop, fixado em carrinho móvel. Este equipamento tinha o objetivo de facilitar o atendimento de urgências a beira do leito, permitindo solicitar exames, verificar resultados e registros anteriores e possibilitar a realização de registros de anamnese e exame físico a beira do leito, evitando o retrabalho por parte dos enfermeiros. Sem esta ferramenta o enfermeiro fazia o registro no papel à beira do leito e após dirigia-se a um computador para transcrever os dados. **Opinião dos enfermeiros:** Foram percebidas algumas vantagens pelos enfermeiros com a implantação do sistema como: capacitação em loco com registros reais ao invés de em sala de aula em ambiente fictício, o que facilitou a

resolução de dúvidas quanto à utilização do sistema; adequação da infra-estrutura reduzindo a competição dos profissionais pelos equipamentos; uso simultâneo do sistema por vários profissionais, o que determinou o acesso e o registro mais rápido dos dados; registros legíveis que determinam maior segurança para o paciente; possibilidade de coletar os dados a beira do leito evitando o retrabalho e risco com a transcrição de dados e permitindo maior interação com o paciente; possibilidade de visualização dos registros em todo o hospital, sistema de contingência e sumário para atendimento de urgências que possibilitam um atendimento seguro, mesmo em situação adversas, como problemas com a rede ou situações de emergências do paciente. Algumas dificuldades também foram percebidas pelos enfermeiros tais como: a instabilidade da rede Wirelles, o equipamento móvel ainda necessita de adaptações para maior funcionalidade. Necessidade de impressão dos documentos no caso de transferência do paciente para unidades que utilizam o registro em papel. Encaminhamento para exames necessitando de vários acessos ao sistema por não possuir uma lista de pacientes para encaminhamentos. **Considerações Finais:** Através deste estudo verificamos que a implantação de novas tecnologias vem melhorar o planejamento da assistência aos pacientes, bem como qualificar os registros no prontuário. O sistema informatizado de anamnese e evolução têm agilizado os registros de enfermagem, favorecendo a permanência do enfermeiro por mais tempo junto ao paciente. Do ponto de vista financeiro houve uma redução de custos com impressão e com papel favorecendo as questões ambientais. O sistema também permite armazenamento de dados, bem como a consulta dos registros o que possibilita a tomada de decisões mais seguras e mais rápidas. Uma ferramenta informatizada para o registro da anamnese e evolução de enfermagem pode apoiar o enfermeiro na tomada de decisão para o desenvolvimento do seu trabalho, favorecendo a integração da assistência com o ensino e a pesquisa resultando na melhoria dos serviços prestados ao paciente.

Descritores: Enfermagem; Informática em Enfermagem; Prontuário Eletrônico.

PERFIL DOS PACIENTES ATENDIDOS PELA CONSULTORIA DE ENFERMAGEM ADULTO NEUROLÓGICO

Ariane Graciotto, Caren Jaqueline Gomes, Samara Greice Röpke Faira da Costa

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

arianegraciotto@hcpa.ufrgs.br

Introdução: As doenças neurológicas podem acarretar alterações motoras e sensoriais, que dificultam o cuidado. Para auxiliar o paciente e família na adaptação às novas necessidades, o serviço de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre desenvolve a consultoria Enfermagem Adulto Neurológico que consiste da orientação, pela enfermeira, aos pacientes com seqüela neurológica e familiares. **Objetivos:** Caracterizar os pacientes atendidos nas unidades clínicas em 2008. Identificar o nível de parentesco e os principais assuntos de interesse dos pacientes e familiares. **Métodos:** Estudo de caráter descritivo, retrospectivo. Coleta das informações: análise das fichas cadastrais do pacientes. Compilação e análise dos dados: programa Excel. **Resultados:** Foram atendidos 114 pacientes, (77 homens, 37 mulheres). Destes, 75 pessoas casadas;

60 procedentes de Porto Alegre; 33 com idade entre 61 e 70 anos. Quanto às necessidades de cuidados: a-alimentação: 41% utilizavam sonda nasoentérica, 13% tinham inapetência e 10% distúrbios de deglutição; b-eliminação urinária: 44% utilizavam fraldas, 18% sondas uretrais, 7 % retenção; c-eliminação intestinal: 59% necessitavam de fraldas, 10% com constipação e 8% com diarreia; d-integridade cutâneo-mucosa: 18% apresentavam úlcera sacra, 9% hiperemia sacra e 6% úlcera calcânea. Os familiares mais freqüentes foram: 28% filhos, 22% esposas e 9% irmãos. Os assuntos de maior interesse foram: 26% mobilização, 21% prevenção de escaras e 19% higiene. **Conclusão:** Observamos prevalência de pacientes masculinos, idosos, casados, acompanhados pela esposa. Os principais assuntos de interesse estavam relacionados ao déficit neuromuscular. Esses dados refletem a dependência elevada do paciente nas atividades diárias e a importância da orientação individualizada para melhoria do cuidado entre família e paciente.

Descritores: Educação em saúde; família; enfermagem.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS PELO PROGRAMA DE ORIENTAÇÃO PARA ALTA

Andréia Teixeira Barcellos Macedo, Arlete Campomar, Trinidad Noé, Mariana Timmers dos Santos, Sônia Beatriz Cocco de Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
amacedo@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A educação para o autocuidado é primordial para a redução das complicações das enfermidades. Em 2006 foi criado o Programa de Orientação de Alta para Pacientes Diabéticos (PRODM) visando a educar para o autocuidado e, conseqüentemente a reduzir as reinternações hospitalares. Os pacientes recebem orientações sobre educação alimentar, importância da atividade física, aplicação de insulina, prevenção das complicações e detecção precoce. **Objetivo:** Conhecer o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos no PRODM. **Metodologia:** Consulta documental na ficha preenchida durante o atendimento no período de janeiro a março de 2009, totalizando 28 pacientes. **Resultados:** 15 mulheres e 13 homens, média de 60 anos. Nesta amostra, 10,7% analfabetos, 17,9% ensino fundamental incompleto, 3,6% fundamental completo, 0,1% ensino médio incompleto, 14,3% ensino médio completo, 3,6% com ensino superior e 42,9% não informado. Quanto ao estado civil, 64,3% com companheiro e 17,8% sem companheiro. Em uso de insulina 64,3%(18), 17,9%(5) usam hipoglicemiante e 17,9%(5) usam as duas medicações. Ao avaliarmos as condições para o autocuidado, podemos observar que 78,6%(22) não possuíam condições visuais adequadas e 64,3%(18) já apresentavam complicações. **Conclusões:** A baixa escolaridade, ausência de familiares e limitação visual dificulta o entendimento das orientações que deveriam ser feitas em mais de um encontro.

Descritores: Enfermagem; Diabete; Grupo.

A IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO À PACIENTES PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Michele Raddatz, Elisabeta Albertina Nietsche, Solange Capaverde
Universidade Federal de Santa Maria
micheleraddatz81@hotmail.com

O número de pessoas portadoras de doenças crônicas vem aumentando espantosamente no mundo e em especial os portadores de insuficiência renal crônica. Diante deste horizonte o acompanhamento terapêutico tem papel relevante frente a esta clientela uma vez que a condição psíquica destes pacientes torna-se na maioria das vezes desestruturada. No que se refere aos pacientes renais crônicos que realizam hemodiálise, o modo como se manifesta a patologia, a condição crônica da mesma, as intensas mudanças na rotina do paciente e sua família, o ambiente das clínicas, os dolorosos e permanentes tratamentos realizados precipitam uma série de conseqüências nos pacientes que por si só já influenciam na dinâmica psíquica dos mesmos, tornando-os mais suscetíveis a conflitos e instabilidades, a baixa auto-estima, a baixa qualidade de vida, as poucas perspectivas vitais e de sobrevivência, ao declínio da sexualidade, da qualidade das relações pessoais e das atividades ocupacionais e/ou profissionais, e da própria capacidade de amar e ter esperanças. Além disso, a condição crônica desta doença potencializa tais riscos, devido à improbabilidade de cura. O objetivo deste estudo é refletir acerca da grande relevância do acompanhamento terapêutico a pacientes portadores de doença renal crônica em hemodiálise. Esta reflexão surgiu a partir do acompanhamento de pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, proporcionados por um projeto de extensão vinculado a UFSM, e as mudanças observadas, após algum tempo, nas atitudes e qualidade de vida dos clientes. O acompanhamento terapêutico é uma atividade muito importante uma vez que participa das atividades diárias, semanal ou de mais tempo, de um cliente, observando as dificuldades que ele enfrenta e buscando ajudando-lo a encontrar soluções. Autores como Cayres e Martins (s/d), afirmam que o acompanhamento terapêutico favorece e fortalece o vínculo entre paciente e equipe profissional uma vez que proporciona maior troca de informações e maior comprometimento desta com aquele e a minimização de ansiedades e angústias suscitadas durante o tratamento pelos pacientes favorecendo o tratamento e uma maior qualidade de vida. Pelo exposto, o acompanhamento terapêutico, sem dúvida, configura-se como um importante aliado ao tratamento de doenças crônicas, principalmente no portador de doenças renal crônica uma vez que proporciona meios deste alcançar uma melhor qualidade de vida.

Descritores: acompanhamento terapêutico, paciente renal crônico, qualidade de vida.

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL A PACIENTES COM CÂNCER DE CAVIDADE ORAL

Daiane da Rosa Monteiro, Luciana Batista dos Santos, Ida Haunss de Freitas Xavier

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

luufrgs@gmail.com

Introdução: A continuidade na recuperação da qualidade de vida de pacientes com câncer de cavidade oral representa um desafio para o profissional de saúde devido aos efeitos adversos do tratamento curativo. O presente trabalho trata-se do relato de experiência do atendimento a pacientes com diagnóstico médico de neoplasia maligna de língua em fase de reabilitação restauradora submetidos a tratamento cirúrgico e radioterápico. **Objetivo:** Relatar os diagnósticos de enfermagem (DE) e intervenções identificados durante consultas de enfermagem ao paciente oncológico. **Método:** Coleta de dados em prontuário associada à prática assistencial durante estágio da disciplina Cuidado ao Adulto II do curso de Enfermagem, realizado no Ambulatório de Dor Oncológica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Resultados:** Os problemas mais significativos encontrados foram: xerostomia, sensibilidade oral diminuída, dor em membros superiores e inferiores e dificuldade para evacuar. A partir destes, identificou-se os seguintes DE: dor crônica, mucosa oral prejudicada, risco para lesão da mucosa oral e constipação. Durante as consultas realizadas procurou-se orientar o uso de analgésicos e métodos não farmacológicos para alívio da dor; promover a reeducação alimentar orientando evitar ingestão de bebidas cítricas e alcoólicas e alimentos condimentados com temperatura elevada ou consistência rígida; ensinar exercícios que estimulam o tônus muscular abdominal para favorecer a motilidade intestinal. As intervenções tiveram como resultados esperados otimizar a ação analgésica, prevenir lesões na mucosa oral e facilitar o controle das eliminações intestinais. **Conclusões:** O convívio com o paciente nas consultas forneceu base para compreender o comprometimento deste com seu estado de saúde. A assistência ambulatorial de acordo com o processo de enfermagem minimiza as dificuldades da reabilitação por identificar problemas e definir cuidados que proporcionem apoio à restauração do estado de saúde com o objetivo de assegurar adesão ao tratamento e promover qualidade de vida ao paciente.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Neoplasia Bucal, Cuidados de Enfermagem

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM FRENTE À PACIENTES COM DOR

Kellen Cervo Zamberlan, Ana Claudia Soares Lima, Bruna Sodré Simon, Dafne Alves Neressi, Margot

Agathe Seiffert, Thiana Sebben Pasa

Universidade Federal de Santa Maria

kellencz@hotmail.com

A dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada à lesão tissular real ou em potencial (Brunner e Suddarth, 2005). Existem mecanismos e estruturas responsáveis pela transmissão da dor até a área do cérebro que a interpreta. Dentre estes estão os nociceptores e mediadores químicos. Estes receptores

são sensíveis a um estímulo nocivo. Sendo assim a dor é a principal causa dos pacientes irem à procura de atendimento. O tratamento da dor é considerado uma importante etapa do cuidado ao paciente, sendo já considerado “O quinto Sinal Vital”. Como a equipe de enfermagem está mais presente na assistência do paciente é de suma importância saber avaliar a dor, obter estratégias de alívio e verificar se há eficácia ou não no combate a dor. A dor ainda é vista por muitos como um sinal pouco significativo e de veracidade duvidosa. As ações de enfermagem devem ser dirigidas com a finalidade de suavizar o desconforto do paciente. Por isso, este presente resumo tem o intuito de oferecer várias informações em relação à dor, proporcionando aos enfermeiros uma melhoria na assistência a seus pacientes. Visa alertar os enfermeiros a respeito da dor, assim como apresentar estratégias de tratamento no alívio dessa sensação dolorosa além de educar os próprios pacientes de como realizarem o autocuidado quando estes não estiverem mais sobre os cuidados da equipe de saúde. O papel do prestador de cuidados a saúde é avaliar e melhorar a dor tanto com tratamento medicamentoso como com outras formas de conforto. A equipe de enfermagem colabora com os outros profissionais da saúde enquanto administra várias prescrições para o alívio da dor, como também analisa a sua eficácia. Outra função que pode ser desempenhada pela equipe de enfermagem neste momento é a de defensora do próprio paciente, caso o tratamento prescrito seja ineficaz. O presente ensaio trata-se de uma reflexão sobre questões relacionadas à dor embasada em leituras e análises de livros, artigos acadêmicos além de buscas em materiais eletrônicos. Esta reflexão foi elaborada por acadêmicas do 4º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, instigadas por descobertas em campos de prática, relacionadas a esta temática. Além disso, oferece informações em relação à dor, suas categorias além da assistência dirigida ao paciente, mantendo um cuidado digno e com fundamento científico. O tratamento da dor é considerado uma parte importante do cuidado, sendo por isso chamado de “O quinto Sinal Vital”. Como o próprio nome sugere, deve ser avaliado automaticamente, como se fosse uma pressão arterial ou o pulso de um paciente. Uma definição ampla de dor é “aquilo que o paciente diz que é e diz que existe”. Esta definição enfatiza a natureza altamente subjetiva da dor e do seu tratamento. Por isso o relato do paciente não deve ser desconsiderado, pois o paciente é a melhor autoridade sobre a existência da dor. Assim como não se deve negar a existência de dor, a enfermagem deve suspeitar de um paciente que a nega, por exemplo, em um procedimento que deveria encontrá-la, procurando saber o motivo pelo qual ele está negando. A dor pode ser categorizada de acordo com sua duração, localização e etiologia (Brunner e Suddarth, 2005). São três as categorias da dor: a dor aguda, a dor crônica e a dor ligada ao câncer. A dor aguda indica que aconteceu uma lesão ou comprometimento. Quando ocorre a cura da lesão, a dor vai diminuindo, até desaparecer. A dor aguda não aliviada pode afetar os sistemas pulmonar, cardiovascular, gastrointestinal além de que em um pós-operatório, a dor pode impedir que o paciente durma, podendo levar a complicações do pós-operatório. Já dor crônica persiste após o tempo esperado de cura. A dor crônica juntamente com a supressão da função imune pode promover crescimento tumoral, por exemplo. Já a dor ligada ao câncer, pode ser diretamente ligada ao câncer, como, na infiltração óssea; ou indiretamente ligada ao câncer, no tratamento ou por trauma. Após a enfermagem obter informações relacionadas à dor, são criados planos e metas para o controle da dor, validada com o paciente. As metas podem ser desde a diminuição da intensidade, duração ou frequência da dor, proporcionando melhoria no bem estar do paciente, permitindo que ele mantenha um melhor

desempenho em seu cotidiano. Quando se busca determinar as ações mais apropriadas para o alívio da dor, a enfermagem deve levar em consideração tanto a dor física sentida pelo doente quanto à tensão emocional que o acompanha. Conforme DU GAS (1988), medidas de alívio dos componentes emocionais normalmente minoram a dor, ou auxiliam a eficácia das medidas físicas. POTTER (2001) diz que é importante que o paciente compreenda que o alívio completo da dor não pode ser sempre garantido e que também terapias realizadas com outros, podem não ter sucesso com todos. Um plano individualizado tem os seguintes objetivos: promover conforto e bem estar; manter funcionamento físico, mental; e emocional e melhorar a compreensão do paciente em relação à dor. Quando deixa o hospital, o cuidado domiciliar deve ser uma seqüência. É função da equipe de enfermagem auxiliar e educar pacientes e familiares sobre os cuidados que devem ter, além de serem orientados de quando a dor é normal ou de quando deve ser reportada aos profissionais da saúde. Em geral, segundo RIGOTTI (2005), algumas ações de enfermagem podem auxiliar na hora de interagir com o paciente: manter um relacionamento confiante, mudança de posição, criação de um ambiente calmo, distração para desviar a atenção da dor, autoconfiança, apoio emocional ao paciente e familiar. A dor significativa é uma ameaça para o bem estar do paciente. É um problema enfrentado em todos os estabelecimentos de saúde. A enfermagem deve exercer seu papel diante do paciente com dor, tanto na avaliação e intensidade quanto no tratamento e planejamento de metas para seu alívio. Porém não basta apenas aplicar medicamentos prescritos para alívio da dor sem saber como ela acontece. Deve-se conhecer sua fisiopatologia, outros tratamentos não farmacológicos, enfim, realmente saber o se faz. Ao se falar de cuidado deve-se levar em conta que para o mesmo se faz necessário um processo interativo onde o profissional cuidador, aplique além de sua habilidade técnica, muita sensibilidade para com o indivíduo a ser cuidado. Nesta perspectiva cuidar de alguém com dor não significa apenas realizar técnicas para deixá-lo “confortável”, mas também, mostrar na relação entre profissional e cliente, interesse, compaixão, afetividade, confortar além de apoiar nesse momento.

Descritores: Dor, Cuidados de Enfermagem, Assistência ao Paciente.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO A FAMILIARES E PACIENTES EM INÍCIO DE TERAPIA HEMODIALÍTICA: ESTUDO REFLEXIVO

Eliese Denardi Cesar, Onélia Costa Pedro Cordenuzzi, Francine Cassol Prestes, Adelina Giacomelli

Prochnow, Carmem Lúcia Colomé Beck, Geni Burg, Macilene Regina Pauletto

Universidade Federal de Santa Maria

eliese_denardi@yahoo.com.br

A Insuficiência Renal Crônica (IRC) se caracteriza pela perda lenta, progressiva e irreversível da função renal, o que compromete a capacidade de manutenção da homeostasia interna do organismo (CECIL, 1994). Durante a fase inicial da doença, o paciente é submetido ao tratamento conservador que inclui o uso de medicações e restrições alimentares. Com o avanço dos sintomas e agravos relacionados à IRC, faz-se necessário o uso da Terapia Renal Substitutiva (TRS), ou seja, um tratamento contínuo para substituir a função renal. As modalidades de TRS disponíveis atualmente são: a hemodiálise, a diálise peritoneal e o

transplante renal (KUSUMOTO, RODRIGUES e MARQUES, 2004). Esses tratamentos substituem, parcialmente, a função renal, minimizam alguns dos sintomas da doença e mantêm a vida do paciente. Porém, nenhum deles possui caráter curativo (THOMÉ *et al*, 1999). A Terapia Renal Substitutiva (TRS) é um método especializado, de elevada complexidade e de alto custo financeiro. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) custeia a TRS da maioria dos indivíduos portadores de IRC (89,1%), enquanto outros convênios atendem apenas 10,9% da população (SBN, 2007). Martins e Cesarino (2005) dizem que a crescente incidência de pacientes com doença renal crônica com indicação de TRS e o alto custo da terapia financiada, principalmente pelo SUS explicam, em parte, o fato de nos últimos anos a IRC ter se tornado um problema de Saúde Pública no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN, 2007), no ano de 2007, mais de 73 mil indivíduos estavam em Terapia Renal Substitutiva (TRS) no Brasil; Dentre os que utilizavam método dialítico, 90,8% estavam em tratamento de hemodiálise (HD) e 9,2% em Diálise Peritoneal (DP). Destaca-se que esses números poderiam ser ainda mais expressivos, considerando-se que no Brasil cerca de 25% dos pacientes renais vão a óbito antes de iniciar a diálise (BARBOSA e BELASCO, 2008). Dentre as modalidades de TRS, destaca-se a hemodiálise que é um procedimento realizado por meio de um dialisador que filtra o sangue por meio de circulação extracorpórea. O sangue é retirado de uma veia do paciente, por meio de uma fistula arteriovenosa ou por um catéter central e levado lentamente por meio de tubos até um filtro ligado a uma máquina. O dialisador (filtro capilar) remove os resíduos tóxicos, água e sais do sangue que, em seguida, é devolvido ao paciente (BORGES, 2003). A IRC é uma doença de difícil tratamento que causa diversas alterações na vida dos pacientes e importantes implicações físicas, psicológicas e sócio-econômicas para o paciente, a família e sociedade (TALAS e BAYRAKTAR, 2004). Nesse sentido, Brasil e Shuwartz (2005, p.104) afirmam que “a revelação da doença renal tem impacto emocional devastador nas pessoas cujas reações demonstram o quanto isso ameaça sua integridade física e a própria vida”. Nessa direção, destaca-se a importância de a equipe de enfermagem e, especialmente o enfermeiro, estarem capacitados para atenderem as demandas dos pacientes e familiares. Este estudo tem por objetivo suscitar uma reflexão acerca da atuação do enfermeiro junto a familiares e pacientes que iniciam a terapia hemodialítica. Trata-se de um estudo crítico-reflexivo que se deu a partir das vivências como enfermeiro assistencial em serviço de hemodiálise do interior do Rio Grande do Sul e de leituras de artigos científicos e discussões acerca da temática. A indicação de terapia hemodialítica acontece quando o paciente está bastante debilitado em função do acúmulo de resíduos tóxicos no organismo, o que pode causar náuseas, vômitos, confusão mental, irritabilidade, dentre outros. Soma-se a isso o fato de precisar submeter-se a um procedimento desconhecido, em um ambiente estranho com grande número de máquinas e outros pacientes. Além dos desconfortos fisiológicos já mencionados, o paciente pode vivenciar diversos sentimentos negativos como insegurança, medo da morte, receio em sentir dor e desconforto em permanecer na sala de hemodiálise junto a pessoas desconhecidas sem a presença do familiar. Nesse sentido, Fráguas (2007) afirma que a doença é um elemento desarticulador da existência da pessoa doente e seus familiares, fazendo emergir sentimentos inesperados com o recebimento da notícia da necessidade da terapia de substituição renal. Contexto que, empiricamente, sugere não ser este o momento mais adequado para serem realizadas orientações mais detalhadas sobre o tratamento e a terapia hemodialítica e sim para que este paciente seja

“acolhido” no serviço de hemodiálise, por meio de informações essenciais e de uma postura empática e otimista do enfermeiro e dos demais membros da equipe de saúde. Além dessas atribuições, nesse momento, o enfermeiro precisa avaliar aspectos técnicos como as condições do acesso venoso para a realização do procedimento e monitorar o quadro clínico do paciente, tendo-se em vista a possibilidade de intercorrências, especialmente durante as primeiras sessões, o que pode implicar na preocupação excessiva com questões técnicas em detrimento das outras necessidades do paciente e dos familiares. Para Fráguas (2007) o ambiente e a forma como ocorre o tratamento de substituição da função renal, com a utilização de grande aparato tecnológico, pode ser reconhecido como fator desfavorável à atenção à família e ao paciente. No que se refere aos familiares, a indicação de hemodiálise, assim como nos pacientes, gera inúmeros sentimentos e preocupações relacionados ao tratamento e à manutenção da vida do paciente. Nessa direção, um estudo aponta que o início da hemodiálise é uma situação nova e inesperada, em que os familiares se sentem ameaçados, vivenciam o medo do novo, do futuro e de tudo o que pode por em risco o equilíbrio da unidade familiar (FRÁGUAS, 2007). Dessa forma, observa-se a necessidade de o enfermeiro também atuar junto aos familiares, principalmente escutando suas dúvidas e anseios, realizando orientações e encaminhamentos, utilizando-se de uma postura acolhedora, empática, encorajadora e humanizada. Assim, evidencia-se que a indicação e as primeiras sessões de hemodiálise são momentos em que o paciente encontra-se fragilizado física e emocionalmente, o que também repercute em seus familiares. Assim, ratifica-se a necessidade de o enfermeiro e os demais membros da equipe adotarem uma postura diferenciada e acolhedora tendo-se em vista não apenas as questões técnicas relacionadas a hemodiálise, mas também as demais necessidades do paciente e seus familiares.

Descritores: Enfermagem; Nefrologia; Hemodiálise.

Referências:

1. BARBOSA, D. A.; BELASCO, A. G. S. Desafios e estratégias para a Enfermagem em Nefrologia no cenário da globalização. *Acta paul. enferm.* [online], vol. 21, n. especial, 2008.
2. BORGES, S. L. S. Dificuldades do adoecimento e do tratamento: sentidos produzidos com pessoas portadoras de Insuficiência Renal Crônica em um grupo de apoio. 2003. Dissertação. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras/USP: Ribeirão Preto, 2003.
3. BRASIL, M. L. S.; SCHWARTZ, E. As atividades lúdicas em unidade de hemodiálise. *Acta Sci. Health Sci.*, Maringá, v. 27, n. 2, p. 103-112, 2005.
4. CECIL *et al.* *Medicina Interna Básica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 3. ed. 1994, p.206.
5. FRÁGUAS, G. O enfrentamento da nefropatia diabética na ótica da família: uma abordagem na perspectiva do Modelo Calgary de Avaliação na Família. 2007, 193 p. Dissertação apresentada a Escola de enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, MG, 2007.
6. KUSUMOTO, L. *et al.* Adultos e idosos em hemodiálise: avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 21, n. especial, 2008.
7. MARTINS, M. R. I.; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, Out. 2005.
8. TALAS, M. S.; BAYRAKTAR, N. Kidney transplantation: determination of the problems encountered by Turkish patients and their knowledge and practices on healthy living. *J Clin Nurs.* V.13, n. 5, p. 580 – 595, 2004.
9. THOMÉ, F. S. *et al.* *Nefrologia: rotinas, diagnóstico e tratamento*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 272-8.

**CATETER SUBCUTÂNEO PARA ADMINISTRAÇÃO DE FÁRMACOS EM PACIENTES EM
CUIDADOS PALIATIVOS EM UM HOSPITAL DE ENSINO PÚBLICO –
PROJETO DE DESENVOLVIMENTO**

Gislene Pontalti, Marcia Fabris, Vanessa Kenne Longaray

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

gpontalti@cpovo.net

Introdução: O uso da via subcutânea (SC) para administração de fármacos em pacientes em cuidados paliativos é uma técnica descrita desde 1986, porém a partir das duas últimas décadas, muitos artigos que defendem o cateter subcutâneo como segunda via de escolha após a via oral, e sua utilização em cuidados paliativos vem ganhando grande aceitação. O método é considerado seguro, eficaz e tecnicamente a aplicação do cateter subcutâneo é mais fácil do que a intravenosa. Este estudo foi motivado pela necessidade de implementar essa prática no cuidado a pacientes que não podem receber medicação por via oral e que necessitam administração de fármacos para controle da dor e demais sintomas. **Objetivo:** capacitar a equipe de enfermeiros do Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP), e representantes de outras áreas da instituição, na administração de fármacos por via subcutânea. **Metodologia:** Projeto de desenvolvimento para estabelecer diretrizes na implantação de cateter por via subcutânea na prática clínica a pacientes em cuidados paliativos cuja etapa principal para implantação foi capacitar 17 enfermeiros nesta técnica. **Resultados:** Foi elaborado um folder de informações sobre técnica e cuidados com cateter subcutâneo, e será formado um grupo de estudo de punção subcutânea para dar continuidade ao projeto. **Conclusão:** É uma técnica de fácil aplicabilidade e manutenção em ambiente hospitalar ou domiciliar. Melhora a autonomia e qualidade de vida do paciente, sendo esse o objetivo primordial em cuidados paliativos. De toda forma requer a capacitação do profissional antes de sua implementação, pois é fundamental a construção do conhecimento e habilitação do profissional, contribuindo para uma assistência de enfermagem qualificada e segura ao paciente e sua família na hospitalização e após sua alta.

Descritores: Cuidados paliativos. Injeções Subcutâneas. Assistência Paliativa.

**CONHECIMENTO TEÓRICO DOS ENFERMEIROS SOBRE AVALIAÇÃO DA DOR
ONCOLÓGICA NO ADULTO**

Elisangela Souza, Fernanda Sant'Ana Tristão

ULBRA /Gravataí

superelisangela2@yahoo.com.br

Introdução: estudos indicam que os pacientes oncológicos freqüentemente têm múltiplas dores que podem estar associadas ao crescimento de uma massa tumoral ou até mesmo pelo tratamento do câncer. Alguns pacientes associam ao diagnóstico de câncer uma morte dolorosa e atribuem grande importância à avaliação precisa da dor para um tratamento eficaz. O controle da dor deve ser uma preocupação do enfermeiro que de

modo independente e colaborativo deve compreender a identificação da queixa álgica, a caracterização da experiência dolorosa em todos os seus domínios, compreender as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, ser capaz de identificar fatores que contribuam para a melhora ou piora da queixa álgica, selecionar alternativas de tratamento e a verificar a eficácia das terapêuticas implementadas. **Objetivos:** verificar o conhecimento teórico dos enfermeiros que atuam em unidades de oncologia sobre a avaliação da dor no paciente adulto; conhecer como esses profissionais avaliam a dor e norteiam a assistência de enfermagem. **Método:** projeto de pesquisa que faz parte de um TCC. Estudo quantitativo, descritivo com delineamento transversal. População: todos os enfermeiros que atuam em unidades de oncologia – adulto- de um Hospital que atua como centro de referência no tratamento da dor localizado no município de Porto alegre/RS, no período de maio a junho de 2009, após a aprovação do - CEP - do Hospital. A amostra será composta por conveniência. **Resultados:** serão relacionados às variáveis estudadas em relação avaliação da dor oncológica. A análise dos dados será realizada, através do software SPSS for Windows versão 14.0. Os resultados de variáveis nominais serão expressos através de análises de frequência. **Conclusões:** acredita-se que estudos como esse, poderão contribuir, não só para o conhecimento da avaliação da dor oncológica realizada pelos enfermeiros na rede hospitalar mas também pode servir de estímulo a programas de saúde que poderão ser implementados pela rede hospitalar que resultariam na melhora da qualidade de vida do paciente oncológico.

Descritores: dor, enfermagem, cuidado.

CONSULTA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM DIAGNÓSTICO DE OBESIDADE E HIPERTENSÃO: ELABORANDO UM PLANO DE CUIDADOS

Mariana Bello Porciuncula, Viviane Maisa de Ávila Guez, Maria Luiza Machado Ludwig

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

maribellino@gmail.com

Sabe-se que, atualmente, há uma maior incidência de doenças crônicas, tanto pelo novo perfil de envelhecimento da população brasileira, quanto pela modificação dos hábitos de vida diários, como uma maior ingestão de alimentos ricos em calorias e a adoção de estilos de vida sedentários. Considerando-se o impacto dessas doenças crônicas a longo prazo sobre a qualidade de vida e saúde da população, o objetivo deste estudo de caso foi estruturar, através de uma revisão da literatura e análise do histórico de saúde-doença do paciente escolhido, um plano de cuidados para que os fatores de risco para possíveis complicações futuras fossem minimizados. O estudo foi realizado através da escolha de um dos pacientes do Ambulatório de Enfermagem de Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e da identificação dos problemas de enfermagem, a fim de propor um plano de cuidados para o paciente. O estabelecimento de um plano de cuidados para o mesmo teve como principais objetivos o controle do peso corporal, a mudança de hábitos alimentares, o estabelecimento de uma rotina de exercícios físicos e o controle da hipertensão arterial. A meta do acompanhamento foi a apropriação, pelo paciente, do seu autocuidado, do resgate da sua auto-

estima e o controle das co-morbidades. Cabe salientar a importância da Consulta de Enfermagem neste contexto, pois através dela podemos orientar o paciente de forma que o mesmo se aproprie das informações sobre seu estado de saúde e busque modificar os hábitos de vida diária não-saudáveis. Contudo, ao se investir numa estratégia de educação em saúde na qual apenas orientamos o paciente, “enchendo-o” com informações para que o mesmo tome decisões informadas sobre os riscos que corre, desconsidera-se diversos condicionantes e subjetividades e passa-se a identificar o indivíduo como único responsável pela sua saúde, e, de certa forma, culpado pela sua doença.

Descritores: Enfermagem; Planejamento de assistência ao paciente; Doença crônica.

CUIDADO DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA: ESTUDO DE CASO

Aline Goulart Krueel, Bianca Knevitz Costa, Juliana da Silva Dias, Luiza Maria Gerhardt, Patrícia Silva da
Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ju_tche@hotmail.com

O trabalho trata de um estudo de caso realizado no Hospital de Clínicas Porto Alegre em um paciente internado em unidade clínica com Insuficiência Renal Aguda e seus respectivos cuidados de enfermagem com objetivo de apontar os diagnósticos de enfermagem mais propícios aquele momento do tratamento. A metodologia utilizada foi o levantamento do histórico, realização de exame físico e pesquisa fisiopatológica da Insuficiência Renal Aguda (IRA) e posterior planejamento e implantação de diagnósticos de enfermagem para esse paciente. Os resultados obtidos foram as intervenções de enfermagem que possibilitassem a evolução do tratamento, a reabilitação e a promoção da saúde e, conseqüentemente, o aumento da qualidade de vida desse paciente. Em suma, nesse trabalho tivemos a oportunidade de aprofundar nossos conhecimentos em exame físico e anamnese, dados clínicos, sinais e sintomas, e sua implicação na saúde do paciente, assim como desenvolver atividades de exercício em relação a diagnósticos e intervenções de enfermagem. Portanto, reconhecemos a importância do conhecimento teórico para fornecer um atendimento de qualidade aos nossos pacientes.

Descritores: falência renal, doenças urológicas, anúria.

CUIDADOS PROFILÁTICOS CONTRA A RAIVA EM PACIENTE COM INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA DEVIDO A MORDIDA DE CÃO

Elisa Danosky Marasquim, Margarita Ana Rubin Unicovesky, Mariana Bello Porciúncula, Tatiane Cristina
Pereira Marçal

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul
maribellino@gmail.com

A Raiva é uma doença de notificação compulsória, causada por um vírus e transmitida pela mordida ou arranhadura de um animal infectado, a qual está classificada como doença transmissível aguda pela Secretaria Municipal de Saúde. Considerando-se que o tratamento imediato do paciente exposto é medida fundamental na profilaxia da doença, o presente trabalho trata-se de um estudo de caso que tem como objetivo abordar o atendimento e as condutas profiláticas contra a Raiva realizadas à paciente com integridade tissular prejudicada devido à mordida de cão. O estudo foi realizado através de uma revisão de literatura sobre o tema, utilizando-se os passos do Processo de Enfermagem como norteadores para as condutas propostas. Segundo a literatura revisada, a profilaxia pós-exposição é efetuada segundo esquemas estabelecidos pelo Ministério da Saúde que consideram o tipo de exposição, particularmente a localização e a gravidade do ferimento, e a espécie e o estado clínico do animal que provocou o acidente. Assim sendo, é necessário que os profissionais da saúde que trabalham com situações de urgência e emergência sejam capazes de reconhecer os tipos de ferimentos e as condutas que devem ser realizadas frente a uma situação de possível exposição à doença.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Raiva.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS ULCERAS DE PRESSÃO

Graciele Pontes, Savana Robalo

Lar dos Idosos São Vicente de Paula
graci_pontes@hotmail.com

Introdução: A enfermagem no seu cotidiano se depara com lesões ocasionadas por diferentes fatores. Essas lesões são definidas por Moro (2007), como "áreas localizadas de tecido necrótico que tendem a se desenvolver quando um tecido é comprimido entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por tempo prolongado". Sabe-se também que esse tipo de lesão quando não tratada corretamente instala-se um processo isquêmico que resulta em uma lesão na pele, conhecida como Úlcera de Pressão observada em quatro estádios de desenvolvimento, dependentes da manutenção dos fatores predisponentes ao seu surgimento. A avaliação do risco para seu desenvolvimento é realizada pela Escala de Braden, instrumento amplamente utilizado para esse fim. O tratamento dessas lesões é feito através da avaliação do grau das mesmas. Baseado nisso a enfermagem irá tomar as medidas necessárias para a recuperação do tecido

lesionado. **Objetivo:** Aprimorar conhecimento científico para que se possa fazer uma melhor prevenção e avaliação das feridas, assim aperfeiçoando a assistência. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica embasada nas idéias de MORO (2007), SMELTHZER E BARE (2002) SHEELEY&STEPHENS&TATE (1997) e MENEHIN (1998). **Resultados e conclusão:** Dessa forma, é imprescindível que os profissionais da saúde além de atuar no tratamento e prevenção de UP estejam comprometidos, o que torna assim, de fundamental importância o seu interesse na atualização contínua a respeito do assunto em questão. Os resultados demonstram que a utilização de escalas preditivas na avaliação do paciente, feita pelo enfermeiro, permite determinar possíveis deficiências relacionadas a múltiplos fatores, independentemente da patologia, que preconizam o surgimento das úlceras de pressão. Ou seja, com um bom conhecimento da etiologia das lesões, pressupõe-se que o manejo paciente portador de UP seja otimizado.

Descritores: Úlcera de Pressão, Assistência de Enfermagem, Prevenção.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM UM PACIENTE COM GANGRENA DE FOURNIER: ESTUDO DE CASO

Mariana Siqueira, Allany Klein, Denise Dorneles, Fernanda Sant´Ana Tristão

ULBRA Gravataí

marisantiago.mr@hotmail.com

Introdução: Gangrena de Fournier é uma infecção polimicrobiana que evolui com fasciite necrosante, cujo tratamento é realizado com antibióticos e desbridamento cirúrgico. **Objetivo:** relatar diagnósticos de enfermagem identificados e cuidados indicados através da aplicação da NANDA Internacional. **Metodologia:** Estudo de caso desenvolvido no Hospital Universitário da cidade de Canoas/RS. **Discussão:** **S:** Z., 62a, foi submetido a desbridamento cirúrgico. Refere cansaço, no momento nega dor. **O:** L.O.C, B.E.G, ventilando AA, SV estáveis, acesso venoso flexível periférico em MSD s/ sinais flogísticos. AP: M.V.U.D; AC: rr2T; abdome sp, RHA+; SVD com urina concentrada; reg. interglútea com lesão de forma irregular, drenagem sanguinolenta, presença de fibrina e área de necrose. Eliminações presentes. **D: NANDA (2007 – 2008):** 1- Integridade da pele prejudicada devido à destruição de camadas da pele; 2- Risco de infecção relacionado a procedimentos invasivos; 3- Fadiga devido à verbalização relacionado à doença. **Prescrição de enfermagem:** 1- Realizar curativo 1x/d e a cada evacuação CPM; 2- Auxiliar na higiene corporal; 3- Observar se há aumento da lesão; 4-Mudar decúbito 2/2h; 5- Aplicar Escala de dor 6/6h. **Considerações Finais:** através dos diagnósticos de enfermagem foi possível formular cuidados adequados para a recuperação do cliente. O processo de enfermagem realizado na íntegra resulta em intervenções satisfatórias para o paciente.

Descritores: Diagnósticos; Gangrena de Fournier; Estudo de caso.

Referências:

1. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2007-2008. Trad. GARCEZ Regina M. Artmed, Porto Alegre, 2008.

2. ALMEIDA, Gilberto; HILGERT, Hamilton. Gangrena de Fournier. Rev Técnico-Científica do GHC, POA - V. 18 – 2005.
3. <http://www.fmrp.usp.br/revista> acessado 08/04/09 às 22h.
4. CABRAL, Andréa; AMORIN, Janaina. Fasciíte necrosante: revisão nos aspectos dermatológicos. Anais Brasileiros de Dermatologia, RJ, 79(2). 2004.

ESTRATÉGIAS ALTERNATIVAS À HEMOTERAPIA

Luciana Batista dos Santos, Vera Catarina Portella

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

luufrgs@gmail.com

Introdução: A transfusão de sangue é um método utilizado no manejo de situações críticas de sangramentos clínicos e cirúrgicos. Visto que esta prática representa uma rotina em muitas instituições hospitalares, a equipe assistencial depara-se com dilemas éticos ao prestar atendimento a pacientes que não aceitam transfusões de sangue devido à convicção religiosa, como as Testemunhas de Jeová (TJ). Assim sendo, quando um procedimento terapêutico entra em conflito com valores pessoais, há a necessidade de tratamentos alternativos em respeito à escolha do paciente, na promoção e recuperação da saúde. **Objetivo:** Esclarecer o motivo pelo qual as TJ não aceitam transfusões sanguíneas e caracterizar a possibilidade de tratamento alternativo. **Método:** Pesquisa bibliográfica tendo como fonte base de dados virtual, livros e periódicos. Os dados foram organizados e analisados segundo modelo de Gil (2002). **Resultados:** A crença acatada pelas TJ está fundamentada na Bíblia, e associa-se à questão de consciência. Encaram o sangue como sagrado, e por isso recusam transfusões de hemocomponentes (WATCHTOWER, 1999). Em um processo de tomada de decisão, o sistema de crenças e os desejos das pessoas envolvidas devem ser considerados (GOLDIM, 2006). Consensos recentes sugerem estratégia restritiva transfusional estimulando uma prática que visa minimizar as perdas sanguíneas, reduzir o limiar crítico da hemoglobina, detectar anemia e tratá-la (HAJJAR, 2007). Acrescenta-se a utilização de hemodiluição normovolêmica aguda e sistema de recuperação de células sanguíneas em sangramentos intraoperatórios (OLIVEIRA, 2004; IMBELLONI, 2005). **Conclusões:** O respeito à autonomia do paciente conjugado ao conhecimento e à aplicação de tratamento alternativo às transfusões de sangue minimiza dilemas éticos vivenciados pelos profissionais de saúde ao atender pacientes TJ que apresentem perda sanguínea significativa.

Descritores: Transfusão de sangue; Testemunhas de Jeová; Ética.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À CIRURGIA CARDÍACA E ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM

Juliane Umann, Graciele Fernanda da Costa Linch, Laura de Azevedo Guido, Lilian Coelho Stekel, Luiza de Oliveira Pitthan

Universidade Federal de Santa Maria

juumann@hotmail.com

Introdução: Os avanços nos procedimentos diagnósticos, tratamento clínico, técnicas cirúrgicas e anestésicas, bem como no cuidado prestado em unidades de terapia intensiva e cirúrgica, cuidados domiciliares e programas de reabilitação ajudaram a tornar a cirurgia uma opção de tratamento viável para pacientes com doença cardíaca (BRUNNER, SUDDARTH, 2006). Apesar dos avanços tecnológicos alcançados, a doença e/ou o tratamento impõem constantes mudanças de ordem física, social e psicológica, tanto quanto a necessidade de ajustar-se a uma nova situação e de utilizar estratégias de enfrentamento nesse processo (LAZARUS, FOLKMAN, 1984). Essas mudanças podem ser percebidas como estressores, os quais podem ser enfrentados por estratégias utilizadas pelo indivíduo, denominados coping. Além disso, no momento que uma pessoa precisa submeter-se a uma cirurgia, as circunstâncias são extremamente complexas e variáveis, suscitando a reformulação de concepções e formatação de novos modelos de comportamento para lidar com este estressor específico (SANTOS et al., 2006). Compreendendo que esse momento é difícil para o paciente cardiopata e requer esforço para ser enfrentado, o profissional enfermeiro, juntamente com a equipe multidisciplinar, pode apoiar, orientar e avaliar suas necessidades. Além disso, compreender a perspectiva de mundo que esse ser humano tem torna-se essencial à enfermagem, e parece ser um dos primeiros passos para o desenvolvimento de uma assistência humanizada que vise a atendê-lo em suas especificidades, e que permita uma vivência frente ao processo saúde e doença menos desgastante (SANTOS et al., 2006). Portanto, diante da indicação cirúrgica, conhecer as formas de enfrentamento do paciente frente ao estresse (estratégias de coping) torna-se interessante no sentido de poder ser analisada e fundamentada a atuação dos profissionais que lidam com este paciente, visando à adaptação as demandas emocionais e fisiológicas do processo cirúrgico (SEBASTIANE, MAIA, 2005). **Objetivos:** Discutir a atuação do enfermeiro frente às estratégias de enfrentamento utilizadas por pacientes com indicação à cirurgia cardíaca. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa desenvolvido em um Hospital Universitário. A população do estudo foi composta por 24 pacientes internados para realização de procedimento cirúrgico eletivo, tendo em vista os seguintes critérios de inclusão: apresentar nível de consciência e capacidade para consentir, e estar acometido por doença cardíaca passível de procedimento cirúrgico eletivo. Como critérios de exclusão: apresentar dificuldades de interação e comunicação e não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96), foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi disponibilizado aos participantes da pesquisa, sendo assinado após exposição e esclarecimentos, por parte da pesquisadora. Os dados foram coletados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca por meio de um questionário para

levantamento de dados sócio-demográficos, com o objetivo de caracterizar a população do estudo, e aplicação do Inventário sobre Coping – Jalowiec (GALDINO, 2000) que permite a classificação das estratégias de enfrentamento em oito estilos de acordo com a elaboração cognitiva e comportamental do indivíduo, quais sejam: confrontivo, evasivo, otimista, fatalista, emotivo, paliativo, sustentativo e autoconfiante. Os dados sócio-demográficos serão apresentados com frequência percentual e média. Para apresentação e análise dos dados referentes ao Inventário sobre Coping Jalowiec utilizou-se a pontuação relativa (PR), que demonstra o quanto são levados em conta os esforços de coping de uma pessoa dentro de um determinado estilo. Comparando-se as pontuações relativas de cada subescala entre os indivíduos, destaca-se que a maior pontuação foi considerada como estilo de coping mais utilizado no enfrentamento ao estressor. **Resultados:** Observou-se uma frequência percentual de 50% tanto para mulheres quanto para homens na população de estudo e idade média destes foi de 54,58 (DP = 10,44), variando entre 28 e 71 anos. Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que entre a população pesquisada houve predominância de casados (83,33%), com três ou mais filhos (50%), com ensino fundamental (75%), situação profissional ativa (41,67%). Ainda, o número de dias de internação pré-operatória corresponde, em média a 8,25 dias, com desvio padrão de 5,02. Em relação ao perfil clínico prevalece o diagnóstico médico de doença arterial coronária (54,17%), tempo da doença cardíaca diagnosticada de, em média, 23,3 meses. Quanto à utilização dos estilos para cada participante do estudo, comparando-se as PR de cada subescala entre os indivíduos, verificou-se a ocorrência do estilo sustentativo em 50% da população, seguido pelo otimista (48,5%). Evidencia-se que os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, apresentam o predomínio do estilo de coping sustentativo, o que significa que utilizam sistemas de suporte pessoal, profissional, espiritual para enfrentar o problema. Assim, a utilização deste estilo viabiliza uma aproximação em relação ao estressor, já que permite ao indivíduo buscar conhecimentos, dividir experiências e, portanto estratégias mais ativas, na tentativa de diminuir o impacto do estressor. Além disso, a religião pode auxiliar no enfrentamento da situação por proporcionar um sistema de crenças e uma linha de pensamento e assim, propostas para lidar e compreender eventos inevitáveis (GODOY, SARMENTO, ROMANO, 2004). Diante da possibilidade do paciente manejar a situação de stress com estratégias relacionadas ao suporte social, percebe-se que essas podem ser consideradas adaptativas, pois são capazes de modificar as pressões ambientais, e minimizar o stress. Este fato pode justificar a predominância desse tipo de enfrentamento. Destaca-se que o estilo de coping otimista ocorre com frequências representativas para a população. Este estilo refere-se à elaboração mental e comparações positivas na tentativa de amenizar as emoções oriundas de situações estressantes. Assim, como estratégias de coping, são utilizados processos defensivos e de distanciamento do problema, focando sua ação na regulação ou substituição do impacto do emocional do stress (SOUZA, 2005). Na impossibilidade de mudar a situação em que se encontram, o tratamento cirúrgico, esses pacientes avaliam de forma positiva as dificuldades decorrentes desse processo, não importando se de forma realista, ou com distorção da realidade (GUIDO, 2003). **Considerações finais:** Tendo em vista as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes com indicação à cirurgia cardíaca, observaram-se variações na maneira como as pessoas enfrentam esse momento. A forma com que as pessoas lidam com estressores depende, em grande parte, dos recursos disponíveis e das restrições que inibem seu uso, que podem ser pessoais, sociais, entre outros. É

interessante que os profissionais enfermeiros observem a reação destes pacientes, pois neste momento do tratamento eles se encontram diante de uma situação concreta de resolução de um problema, a cirurgia. O estilo de coping sustentativo, prevalente neste estudo, traduz a demanda, a solicitação e a procura de ajuda. Dessa forma, o profissional enfermeiro pode atuar no sentido de garantir esse suporte e identificar suas necessidades, por meio de diálogos, escuta e orientações que contribuam para a melhora do conhecimento e das habilidades requeridas para manter um comportamento adequado de saúde. O processo de coping pressupõe avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo, assim o enfermeiro pode ajudar o paciente minimizando os estressores e auxiliando na escolha por estratégias de coping mais resolutivas, que o permitam agir de maneira mais ativa em seu processo de reabilitação. Além disso, conhecer a reação dos pacientes frente à indicação cirúrgica torna-se essencial à enfermagem, no sentido de poder fundamentar a atuação desses profissionais para o desenvolvimento de uma assistência humanizada que vise a atendê-lo em suas especificidades e que promova seu bem-estar.

Descritores: enfermagem, adaptação psicológica, cuidados de enfermagem.

Referências:

1. BRUNNER, L.S.; SUDDARTH, D.S. Textbook of Medical-Surgical Nursing. 10. ed., Philadelphia: J.B.Lippincott Co. 2006; cap.26, p.713.
2. GALDINO J.M.S. Ansiedade, depressão e coping em idosos. 2000. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
3. GODOY, A.F.R.; SARMENTO, S.M.S.; ROMANO, B.W. Depressão e estratégias de enfrentamento em cardiopatas nas fases pré e pós-cirúrgica. 2004. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Ruy Barbosa, Bahia, 2004.
4. GUIDO, L.A. Stress e coping entre enfermeiros de Centro Cirúrgico e Recuperação Anestésica. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
5. LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Copany, 1984.
6. SANTOS, A.F.; SANTOS, L.A.; MELO, D.O.; JÚNIOR, A.A. Estresse e estratégias de enfrentamento de pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. Interação psicol, v.10, n.1, p. 63-73, 2006.
7. SEBASTIANE, R.W.; MAIA, E.M.C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. Acta Cir Bras, v. 20 (suppl 1), p. 50-55, 2005.
8. SOUZA, R.H.S. Sentimentos e percepções do cliente no pré-operatório de cirurgia cardíaca. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2005.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À CIRURGIA CARDÍACA: PARTICULARIDADES EM RELAÇÃO À VARIÁVEL SEXO

Juliane Umann, Graciele Fernanda da Costa Linch, Laura de Azevedo Guido, Lilian Coelho Stekel, Rafaela Andolhe

Universidade Federal de Santa Maria
juumann@hotmail.com

Introdução: A cardiopatia isquêmica é um dos principais problemas de saúde em todo mundo, representando uma significativa parcela de mortalidade dentre as doenças do aparelho circulatório. Tradicionalmente, acredita-se que a ocorrência de cardiopatia isquêmica seja o resultado de uma combinação de fatores genéticos, socioeconômicos e ambientais, estes últimos representados pelo estilo de vida durante a

fase adulta (PELLANDA et al., 2002). Incentivados pela incidência das doenças arteriais coronárias (DAC), os pesquisadores promovem a produção de conhecimentos sobre os fatores de risco, intervenções e avanços diagnósticos e terapêuticos, que têm contribuído para um melhor prognóstico dos pacientes com doença isquêmica do coração (DANIEL et al., 2005). A intervenção cirúrgica continua a ser o sustentáculo do tratamento para doença cardíaca embora as técnicas intervencionistas em cardiologia com uso de cateter continuem a se expandir e o tratamento clínico tenha melhorado (WOODS, FROELICHER, MOTZER, 2005). Apesar dos avanços tecnológicos alcançados, o procedimento cirúrgico gera diversos tipos de reações, de forma que o paciente percebe seu futuro como incerto e percebe uma ameaça a integridade física e psicológica (SEBASTIANE, MAIA, 2005). Além disso, no momento que uma pessoa precisa submeter-se a uma cirurgia, as circunstâncias são extremamente complexas e variáveis, suscitando a reformulação de concepções e formatação de novos modelos de comportamento para lidar com este estressor específico (SANTOS et al., 2006) . **Objetivo:** Verificar possíveis associações entre os estilos de coping prevalentes em pacientes com indicação à Cirurgia Cardíaca e a variável sexo. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa desenvolvido em um Hospital Universitário. A população do estudo foi composta por 24 pacientes internados para realização de procedimento cirúrgico eletivo, tendo em vista os seguintes critérios de inclusão: apresentar nível de consciência e capacidade para consentir, e estar acometido por doença cardíaca passível de procedimento cirúrgico eletivo. Atendendo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 196/96), foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi disponibilizado aos participantes da pesquisa, sendo assinado após exposição e esclarecimentos, por parte da pesquisadora. Os dados foram coletados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca por meio de um questionário para levantamento de dados sócio-demográficos, com o objetivo de caracterizar a população do estudo, e aplicação do Inventário sobre Coping – Jalowiec (GALDINO, 2000) que permite a classificação das estratégias de enfrentamento em oito estilos de acordo com a elaboração cognitiva e comportamental do indivíduo, quais sejam: confrontivo, evasivo, otimista, fatalista, emotivo, paliativo, sustentativo e autoconfiante. Os dados sócio-demográficos serão apresentados com frequência percentual e média. Para apresentação e análise dos dados referentes ao Inventário sobre Coping Jalowiec utilizou-se a pontuação relativa (PR), que demonstra o quanto são levados em conta os esforços de coping de uma pessoa dentro de um determinado estilo. **Resultados:** Observou-se uma frequência percentual de 50% tanto para mulheres quanto para homens na população de estudo e idade média destes foi de 54,58 (DP = 10,44), variando entre 28 e 71 anos. No que se refere à utilização dos estilos de coping em relação à variável sexo, tem-se o predomínio dos estilos de coping sustentativo e otimista, sendo que para 58,3% das mulheres o estilo prevalente é o sustentativo, enquanto que a mesma porcentagem dos homens utiliza o otimista. Ainda, 33,3 % das mulheres utilizam o estilo otimista, e 41,6% dos homens o estilo sustentativo. Os estilos emotivo e autoconfiante aparecem com menores porcentagens para os dois sexos (0,08%) e o confrontivo para as mulheres, com 0,16%. Estes dados permitem identificar que as mulheres fazem uso de até cinco estilos de coping diferentes frente ao procedimento cirúrgico, denotando o esforço cognitivo para lidar com a ameaça. O estilo de coping confrontivo, utilizado pelas mulheres, mesmo que em menor frequência, evidencia a

resolução do problema de forma combativa. A partir do foco de ação proposto por Lazarus e Folkman (1984), tem-se que as mulheres tendem a utilizar estratégias de coping voltadas ao problema, com predomínio do estilo de coping sustentativo, e os homens utilizam foco estratégico na emoção, com a prevalência do estilo de coping otimista. É notável que o envolvimento religioso pode apresentar-se, para muitas mulheres, como forma de ajudar no enfrentamento do stress, especialmente por encontrar força para resistir, propósitos e significados em circunstâncias que podem desafiar suas crenças (FOLKMAN, MOSKOWITZ, 2004). Além disso, a forma com que a mulher se comporta (enfrenta) diante das adversidades pode estar relacionada às características próprias do sexo feminino, que envolvem a busca de apoio na família e necessidade de sentirem-se importantes, valorizadas, amadas e protegidas (GALDINO, 2000). **Considerações Finais:** Tendo em vista as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes com indicação à cirurgia cardíaca, observaram-se variações na maneira como homens e mulheres enfrentam esse momento. É necessário enfatizar que as pessoas diferem em sua sensibilidade e vulnerabilidade ante os estressores, assim como em suas interpretações, reações e avaliações. A forma com que as pessoas lidam com estressores depende, em grande parte, dos recursos disponíveis e das restrições que inibem seu uso, que podem ser pessoais, sociais, entre outros. Há de se considerar que uma estratégia de enfrentamento não é mais eficaz do que a outra. Neste estudo, mulheres envolvidas com o processo cirúrgico deram ênfase nas estratégias centradas no problema, e os homens na emoção, tendo sido utilizados os dois focos estratégicos por ambos os sexos. Lazarus e Folkman (1984) defendem que as pessoas utilizam os dois tipos de estratégias quando a situação é considerada de grande stress. Assim, na seleção entre as estratégias pode existir complementaridade, sendo que o coping focado na emoção pode facilitar o coping focado no problema por amenizar a tensão e, similarmente, o coping focado no problema pode diminuir a ameaça, reduzindo assim a tensão emocional (ANTONIAZZI, DELL'AGLIO, 1998). É interessante que os profissionais enfermeiros observem a reação destes pacientes, pois neste momento do tratamento eles se encontram diante de uma situação concreta de resolução de um problema, a cirurgia. O estilo de coping sustentativo, prevalente neste estudo, traduz a demanda, a solicitação e a procura de ajuda. Dessa forma, o profissional enfermeiro pode atuar no sentido de garantir esse suporte e identificar suas necessidades bem como auxiliar na escolha por estratégias de coping mais resolutivas, que o permitam agir de maneira mais ativa em seu processo de reabilitação.

Descritores: enfermagem, procedimentos cirúrgicos cardíacos, adaptação psicológica.

Referências:

1. ANTONIAZZI, A.S.; DELL'AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, v.3, n.2, p. 273-294, 1998.
2. DANIEL, E.; GERMINIANI, H.; NAZARENO, E.R.; BRAGA, S.V.; WINKLER, A.M.; CUNHA, C.L.P. Tendência da mortalidade por doenças isquêmicas do coração na cidade de Curitiba – Brasil, de 1980 a 1998. *Arq Bras Cardiol*, v.85, n.2, p. 100-4, 2005.
3. FOLKMAN, S.; MOSKOWITZ, J.T. Coping: Pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol*, v. 55, p. 745-74, 2004.
4. GALDINO, J.M.S. Ansiedade, depressão e coping em idosos. 2000. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
5. LAZARUS, R.S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Copany, 1984.

6. PELLANDA, L.C.; ECHENIQUE, L.; BARCELLOS, L.M.A.; MACCARI, J.; BORGES, F.K.; ZEN, B.L. Doença cardíaca isquêmica: a prevenção inicia durante a infância. *Jornal de Pediatria*, v.78, n.2, p. 91-96, 2002.
7. SANTOS, A.F.; SANTOS, L.A.; MELO, D.O.; JÚNIOR, A.A. Estresse e estratégias de enfrentamento de pacientes que serão submetidos à cirurgia de colecistectomia. *Interação psicol*, v.10, n.1, p. 63-73, 2006.
8. SEBASTIANE, R.W.; MAIA, E.M.C. Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cir Bras*, v. 20 (suppl 1), p. 50-55, 2005.
9. WOODS, S.L.; FROELICHER, E.S.S.; MOTZER, S.U. *Enfermagem em Cardiologia*. 4. ed. Barueri: Manole, 2005.

FATORES DE RISCO E CONSEQUÊNCIAS DE QUEDAS EM IDOSOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Mariana Timmers dos Santos, Alexandra Nogueira Lopes, Bruna Moser Torres, Cristiano Uggeri Schuh,
Maria da Graça Oliveira Crossetti

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

matsantos@hcpa.ufrgs.br

Introdução: os idosos representam aproximadamente 10% da população brasileira de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Esse número tende a aumentar devido aos avanços na atenção primária e à melhoria nas condições de vida. Estima-se que, em 2050, essa parcela da população deverá corresponder a aproximadamente 19% do total de brasileiros. O ser humano, à medida que envelhece, sofre mudanças tanto morfológicas quanto funcionais e essas transformações tornam tal indivíduo mais suscetível a acidentes e a doenças. O aumento do número de idosos exige atenção da sociedade, sobretudo dos profissionais da saúde considerando os danos a que estão expostos e lhes são susceptíveis, como prevalência de quedas. As quedas são a sexta causa de morte em pessoas acima de 75 anos. Além de causarem diminuição da qualidade de vida e perda de independência, as quedas resultam em um maior envolvimento dos cuidadores do idoso, incluindo familiares e profissionais da saúde, que nem sempre se encontram preparados para esse cuidado. O bem-estar físico e mental das pessoas idosas depende da cooperação familiar, das orientações dos profissionais de saúde e também das alterações do ambiente físico, com vistas a eliminar os fatores de risco extrínsecos. As carências e dificuldades dos idosos justificam a necessidade de cuidado especializado e contínuo. Essa constatação e o crescimento do grupo populacional em questão motivou os autores a optarem pelo tema de quedas em idosos, a fim de ampliarem os conhecimentos pessoais enquanto acadêmicos e atentar os profissionais da saúde quanto à importância da prevenção de quedas e promoção à qualidade de vida na terceira idade. Devido ao aumento da população idosa, é necessário que se discuta os eventos incapacitantes dessa parcela da população. Assim, neste estudo, tem-se como questão norteadora: quais são os fatores de risco e as consequências de quedas em idosos? **Objetivos:** identificar os fatores de risco e as consequências de quedas em idosos. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa bibliográfica qualitativa exploratória descritiva, segundo Gil. As bases de dados utilizadas no estudo foram SCIELO E LILACS. Desta forma, foram obtidos 391 resultados, sendo 15 utilizados para a elaboração desta revisão de literatura. Os critérios de inclusão utilizados para a escolha dos artigos foi a semelhança de assuntos com o objetivo do trabalho e

publicação dos artigos entre os anos 1998 e 2008. Foram critérios de exclusão os artigos publicados antes de 1998 e que não abordavam o tema da pesquisa. No primeiro momento foi realizada uma leitura exploratória com objetivo de identificar qual a importância do material consultado para a pesquisa. Procurou-se ter uma visão global das obras e sua utilidade para o trabalho, o segundo passo foi a leitura seletiva, que se deu de forma mais profunda selecionando os artigos que realmente interessavam a pesquisa e que contribuíram para a resposta da questão proposta. Na terceira etapa procedeu-se a leitura analítica, que possibilitou ordenar e resumir as informações. A leitura interpretativa representou a última fase do processo de leitura, nela relacionamos os resultados da leitura analítica e os correlacionamos com outros conhecimentos já obtidos. Para a elaboração do estudo foram obedecidas as normas de citação conforme Associação Brasileira de Normas e Técnicas (ABNT), e os autores utilizados na pesquisa bibliográfica foram devidamente referenciados. **Resultados:** *Fatores de Risco das Quedas em Idosos.* Queda pode ser definida como uma alteração inesperada do corpo, projetando-o a um nível inferior à posição inicial, ou ainda, como a total perda de equilíbrio, determinada por fatores ambientais, psíquicos ou físicos. Os fatores que desencadeiam as quedas são divididos em *fatores intrínsecos*, que estão relacionados às alterações fisiológicas que envolvem o envelhecimento, às doenças ou aos efeitos de fármacos e *extrínsecos*, que se relacionam com circunstâncias sociais e ambientais que criam empecilhos ao idoso. Alguns autores salientam como fatores de risco intrínsecos de quedas idade avançada, sexo feminino, função neuromuscular prejudicada, presença de doenças crônicas, história prévia de quedas, prejuízos psicocognitivos, polifarmácia, uso de benzodiazepínicos, incapacidade funcional, hipotensão postural, depressão, a dificuldade para perceber seu próprio corpo e de localizar-se no ambiente, as micções frequentes, que implicam idas mais rápidas ao banheiro, as dificuldades para deambular, seja por dor, cansaço ou por doenças como Parkinson, osteoporose e confusão mental. Destaca-se, ainda, o sedentarismo, as deformidades nos pés, as doenças cardiovasculares, neurológicas, pulmonares, psiquiátricas, endócrino-metabólicas e a redução da capacidade auditiva, muscular e visual. A dificuldade visual do idoso parece associar-se à quantidade de quedas. Com o aumento da idade, os problemas de visão podem aparecer e comprometer a capacidade do idoso em perceber ameaças de quedas, agindo para evitá-las. A perda da visão está associada à diminuição do equilíbrio, visto que este sentido fornece a maior parte das informações ambientais. Em relação às variações neuromotoras, observou-se uma associação da prevalência de quedas e da diminuição da flexibilidade e perda da força muscular do idoso. Os resultados associam as quedas em idosos principalmente com o uso de medicamentos diuréticos e psicoativos e também com a quantidade de drogas utilizadas. Quanto maior o número de medicamentos, maior a prevalência de quedas. Este aspecto revela a necessidade de se rever as prescrições para diminuir as quantidades de medicamentos utilizados pelos idosos. São citados como *fatores extrínsecos* relevantes iluminação inadequada, tapetes soltos ou com dobras, pisos escorregadios, obstáculos como pequenos objetos, fios ou móveis muito baixos, ausência de corrimãos em lugares como banheiros e corredores, uso de calçados e roupas inadequadas, irregularidades em ambiente público, como má sinalização de calçadas, degraus e portas. Nota-se que os fatores ambientais foram mais agravantes, sendo escorregar em piso molhado o maior causador de acidentes. *Conseqüências.* As quedas em idosos não trazem apenas danos físicos e psicológicos, mas também aumentam os custos financeiros devido ao aumento de hospitalizações e

da utilização de serviços especializados. Os resultados das quedas variam entre fraturas, risco de morte, restrições de atividades e medo de cair novamente. Para os idosos, as quedas podem significar fracasso e decadência ao perceberem a perda de capacidades do corpo. As conseqüências psíquicas evidenciam-se nos sentimentos de humilhação, de ameaça e de vulnerabilidade que atingem os idosos, seguidos, muitas vezes, de depressão. Dentre as atividades de vida diária que podem ser comprometidas pelas conseqüências de quedas estão: deitar/levantar da cama, tomar banho, caminhar, realizar compras, usar transporte coletivo, e subir escadas. A “Síndrome pós-queda” é uma das principais conseqüências de quedas em idosos. Ela é definida pelo medo de caminhar e cair novamente. O mesmo autor relata que, no Brasil, segundo os dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 1979 e 1995, aproximadamente 54 mil pessoas morreram devido a quedas, sendo que 52% delas eram idosos e, desses, 39% tinham idade acima de 80 anos. No mesmo estudo, dos 50 idosos pesquisados, a queda trouxe como conseqüência a morte para 14 (28%) deles, sendo 78,5% mulheres e 21,5% homens. Além das conseqüências de quedas em idosos, esse tipo de fatalidade é reconhecida como um problema de saúde pública, visto que ocorrem com frequência e podem gerar gastos financeiros decorrentes dos danos físicos provocados. Sugere-se que a educação em saúde para o idoso é de extrema importância, visto que ela pode minimizar a ocorrência de quedas. **Conclusão:** O objetivo deste trabalho foi identificar os fatores de risco e conseqüências de quedas em idosos. Os artigos analisados evidenciaram como fatores de risco de quedas os intrínsecos: idade avançada, sedentarismo, incapacidade funcional e redução da capacidade muscular e visual; e fatores extrínsecos: iluminação inadequada, pisos escorregadios e irregularidades em ambientes públicos. Nos artigos estudados, identificou-se a importância de que o Governo, a sociedade e os profissionais da saúde mobilizem-se para criar medidas preventivas às quedas. Alguns autores afirmam que o uso de fármacos associa-se à ocorrência de quedas e um autor não identificou esta associação. No estudo foram encontradas divergências entre algumas referências quando se trata do uso de medicamentos como fator de risco de quedas em idosos. Constatamos escassez de estudos no que diz respeito às conseqüências das quedas em idosos, que aumentam significativamente ao longo dos anos. Estudos futuros devem dar ênfase às conseqüências, de modo que a sociedade compreenda a complexidade que essa fatalidade representa. É importante saber onde as quedas ocorrem com mais frequência, a fim de desenvolver medidas de prevenção para estes acidentes. Inferimos também a necessidade de capacitar os profissionais especializados em Gerontologia, para suprir as demandas deste grupo populacional e ajudar na prevenção de quedas, sejam no domicílio ou em outros locais.

Descritores: Idoso Fragilizado, Saúde do Idoso, Acidentes por Quedas.

MOBILIDADE FÍSICA PREJUDICADA EM PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO DE ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR

Fernanda Berny, Gabriela Soares, Gilberto Ferreira e Juliana Dias

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

nandaberny@gmail.com

O trabalho trata de um estudo de caso realizado no HCPA em um paciente internado numa unidade clínica em pós operatório de cirurgia de artrodese cervical anterior, seus diagnósticos de enfermagem e as intervenções utilizadas durante o tratamento. Objetivamos aprofundar conhecimentos sobre o assunto, e identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem, avaliando sua eficácia. A metodologia utilizada foi o levantamento do histórico do paciente, entrevistas e realizações de exames físicos durante a permanência deste na unidade. Os resultados obtidos foram a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem que possibilitassem a evolução do estado clínico e reabilitação do paciente, melhorando sua qualidade do atendimento, e a avaliação destes cuidados. Concluindo, o conhecimento teórico adquirido durante a realização do estudo, aliado ao conhecimento prático do cuidado direto ao paciente, propicia um perfeito entendimento a cerca dos diagnósticos de enfermagem e seus os principais cuidados, possibilitando uma avaliação crítica dos mesmos.

Descritores: enfermagem, cirurgia, artrodese.

O PREPARO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DO PROCESSO DE MORRER

Cheila Sanfêlice, Laura Ferreira Cortes, Lenise Dias da Silva, Thaísa Siqueira Marques

Universidade Federal de Santa Maria

laurafcortez@hotmail.com

Dentre as indagações que mais instigam a humanidade, pode-se destacar a finitude da vida, que por ser “nossa única certeza” fez com que, gradativamente, tivéssemos a necessidade de aprimorar nossa compreensão sobre esse fato. No entanto, na formação de profissionais da saúde ainda há falta de enfoque às situações relacionadas ao tema. Para um atendimento qualificado, além de curar e prolongar a vida, o profissional deve preparar-se para assistir psicológica e humanamente pacientes que não vão se recuperar, bem como apoiar a família no decorrer do processo de morte. Este estudo é um exercício de pesquisa, realizado na disciplina “Exercício de Enfermagem” do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, que buscou conhecer a compreensão e o enfrentamento da equipe de enfermagem frente ao tema morte. Para isto, realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com profissionais de enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria nos setores: Unidades de Tratamento Intensivo Adulto e Pediátrico, Pronto Socorro e Clínica Médica I. Das entrevistas apreendemos que a morte, como fenômeno natural traz a cada pessoa uma significação diversa, variando conforme as crenças, a estrutura psicológica, as experiências

prévias, entre outros fatores. Constatou-se que os profissionais de enfermagem, desde sua graduação, têm o suporte técnico e profissional para trabalharem com a vida, cura e cuidado, mas quando se refere à morte dos pacientes, os cuidados técnicos sobrepõem-se, muitas vezes, aos aspectos subjetivos e psicológicos. É por isso que quando a maioria dos enfermeiros e acadêmicos de enfermagem depara-se com o fim da vida encontram sentimentos como angústia, fracasso, vulnerabilidade, impotência, entre outros inúmeros que abalam suas estruturas emocionais. Considera-se, portanto, a importância de debater profundamente o processo de morte nos cursos de formação profissional da área da saúde a fim de que este tema, aos poucos, seja enfrentado de um modo mais sereno e desmitificado.

Descritores: morte, assistência de enfermagem, formação de recursos humanos.

O CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E SUAS CONSEQUÊNCIAS, UM ESTUDO DE CASO: AVALIANDO AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Fernanda Berny, Gabriela Soares e Juliana Dias

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

nandaberny@gmail.com

O trabalho trata-se de um estudo de caso realizado no HCPA em uma paciente em tratamento com equipe de enfermagem no ambulatório da dor oncológica. A paciente estava curada do câncer, mas ainda apresentava diversas consequências da doença, principalmente dor. Tivemos como objetivo principal a avaliação das intervenções de enfermagem realizadas com a paciente desde o início do seu tratamento, até os dias de hoje. Através de pesquisa em prontuários, consultas de enfermagem e realização de exames físicos foi possível identificar os principais diagnósticos utilizados durante o tratamento e avaliar as intervenções utilizadas pela equipe de enfermagem. Estes resultados encontrados foram positivos - auxiliaram muito a paciente, atenuando a dor e proporcionando qualidade de vida. Através da avaliação das intervenções e da evolução do tratamento, podemos concluir que o cuidado de enfermagem foi essencial para a melhora do estado clínico da paciente.

Descritores: enfermagem, dor, neoplasias do colo do útero.

PACIENTE COM RISCO PARA GLICEMIA INSTÁVEL RELACIONADO AO ESTRESSE DA CIRURGIA CARDÍACA

Ana Carolina Conde Fernandez, Karoline Bernardi, Eneida Rabelo

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

karoline_bernardi@hotmail.com

Introdução: O diagnóstico Risco para Glicemia Instável está presente em um percentual elevado de pacientes em pós-operatório de cirurgia cardíaca, devido ao estresse orgânico. A hiperglicemia é causada por

resistência ou ação inadequada à insulina no fígado e músculos. A utilização de protocolos de controle da glicemia auxilia a manutenção de suas alterações, e com isso favorecendo a recuperação e o prognóstico dos pacientes. **Objetivos:** Apresentar o diagnóstico de enfermagem Risco para Glicemia Instável *relacionado* ao Estresse da cirurgia cardíaca, suas intervenções e os resultados referentes ao controle da hiperglicemia. **Método:** Estudo de Caso a partir de assistência de enfermagem em ambiente clínico real, pesquisa em prontuário e revisão da literatura. Estudo desenvolvido na disciplina de Cuidado ao Adulto I da Escola de Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Resultados:** D.J., 35 anos, masculino, branco. Em 1º pós-operatório de troca de válvula mitral por prótese mecânica. Ao exame físico: queixou-se de palpitações pela manhã as quais passaram após medicação, estava lúcido, orientado e coerente, com mucosas úmidas e coradas; ausculta cardiovascular: ritmo regular, 2T, sem sopros; ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares reduzidos em base, abdômen normotenso; extremidades aquecidas e perfundidas. Recebe infusão de insulina contínua a 15mL/hora, conforme protocolo institucional, por estar com seu nível de glicose elevado 180mg/dl (níveis normais 100-160 mg/dl). **Conclusões:** O controle rigoroso da glicemia em pacientes pós-operatório imediato contribui para sua recuperação. Não há um protocolo padrão, o que faz com que cada segmento hospitalar siga uma rotina diferente ou até mesmo não utilize esse tipo de tratamento.

Descritores: Cuidados Intensivos; Glicemia; Sistemas de Infusão de Insulina.

PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO IDOSO COM DOR CRÔNICA

Caroline Bello Soares, Gláucia Bohusch, Karen Chisini Coutinho, Maria Joana Dias Ferreira, Maria da Graça O. Crossetti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

karenchisini@gmail.com

Introdução: a Sociedade Internacional para o Estudo da Dor (IASP) refere que a dor é uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada ou relacionada à lesão real ou potencial dos tecidos (SBED,2008). Dentre esta destaca-se a dor crônica que tem duração prolongada, podendo ser consequência de uma lesão já previamente tratada ou manifestada em moléstias associadas a complicação no sistema muscular e a deformidades na coluna vertebral decorrentes do processo natural de envelhecimento (LOPES, 2007,SBED,2008). A dor crônica determina grande impacto na velhice envolvendo aspectos patológicos, sociais e psicológicos que afetam diretamente a qualidade de vida do idoso, sendo a diminuição da autonomia nas atividades diárias o aspecto de maior relevância. Até 2020 a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população (IBGE, 2000). No contexto brasileiro estima-se que 85% dos idosos apresentem pelo menos uma doença crônica, e destes pelo menos 10% com sobreposição de afecções. Desse modo, a situação de cronicidade e longevidade atual dos brasileiros contribui para o aumento de idosos com limitações funcionais, implicando em necessidade de cuidados constantes. Geralmente esses cuidados são prestados pela família e pela comunidade, sendo o

domicílio o espaço sociocultural natural desta ação (Gonçalves LHT et al, 2006). Neste sentido, constata-se a necessidade de gestores discutirem as políticas públicas de atenção ao idoso, dentre elas o Estatuto do Idoso e a Política Nacional de Saúde do Idoso, afim de que essas sejam implementadas em todas as esferas sociais, por técnicos e profissionais que atendem essa parcela populacional, particularmente os da área de enfermagem (RODRIGUES, 2007). A enfermagem enquanto disciplina social e humanística tem o dever ético e moral de cuidar as pessoas nessa fase da vida com dignidade, igualdade e respeito. O enfermeiro tem por competência, despende esforços para prolongar a vida do ser humano, contribuindo com o aumento da expectativa e qualidade de vida (RODRIGUES, 2007). Neste contexto, elaboramos a questão norteadora deste estudo: quais os papéis desenvolvidos pelo enfermeiro no cuidado do idoso com dor crônica?

Objetivo: conhecer que papéis o enfermeiro desenvolve no cuidado ao idoso com dor crônica. **Método:** consiste em uma pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002). As fontes de estudo consistiram em periódicos nacionais de enfermagem e documentos governamentais do Ministério Público - Brasil. Para a coleta de dados utilizamos como base Scielo, BDNF, Medline e Lilacs. Foram selecionados 57 artigos e 11 determinaram a amostra do estudo, sendo estes publicados entre 1995 e 2008. **Análise:** três foram as categorias desveladas: *a enfermagem assegurando direitos à saúde do idoso; orientação da família: o diferencial do enfermeiro; promoção da autonomia ao idoso: um papel essencial do enfermeiro.*

Enfermagem assegurando direitos à saúde do idoso - O Estatuto corrobora os princípios que nortearam as discussões sobre os direitos humanos da pessoa idosa. Trata-se de uma conquista uma vez que tenta proteger e formar uma base para a reivindicação de atuação de todos (família, sociedade e Estado), para o amparo e respeito aos idosos (RODRIGUES, 2007). Neste contexto, o enfermeiro deve participar, não apenas colocando em prática os artigos do Estatuto, mas também informando à população idosa a existência deste documento, garantindo-lhe o conhecimento de seus direitos nele reafirmados. Cabe ainda ao enfermeiro ser um agente intermediador entre a legislação, o idoso e a sociedade. A Política Nacional de Saúde do Idoso visa à promoção do envelhecimento saudável, à prevenção de doenças, à recuperação da saúde, à preservação/melhoria/reabilitação da capacidade funcional dos idosos com a finalidade de assegurar-lhes sua permanência no meio e sociedade em que vivem, desempenhando suas atividades de maneira independente (BRASIL, 1999). Essa publicação, assim como outras, prova que é direito do idoso com dor crônica receber tratamento adequado nos serviços de saúde, não só por parte do enfermeiro, mas de todos os profissionais de saúde. De acordo com o Estatuto do Idoso (2003), entre os direitos à saúde, assegurados aos idosos, nos quais a enfermagem pode atuar estão os seguintes: cadastramento em base territorial; atendimento em domicílios, unidades de saúde, unidades geriátricas e gerontológicas de referência com profissionais capacitados; garantir a aquisição e informar o direito do recebimento gratuito de medicamentos, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação, dentre outros. Cabe a toda a população e, principalmente, aos profissionais de saúde e aos idosos, reivindicar o cumprimento e o respeito dos direitos estabelecidos, a fim de melhorar as condições de vida e de saúde dessa parcela da população e incentivar a inclusão da geriatria no ensino, na pesquisa e na assistência em saúde; **Orientação da família: o diferencial do enfermeiro** - Os problemas de saúde nos idosos, por serem, na maioria das vezes, de maior duração, necessitam de uma assistência qualificada, tanto em âmbito institucional quanto

domiciliar. Sabe-se que, no domicílio, a família é a principal responsável pelo cuidado a esses idosos. Essa situação é capaz de abalar a dinâmica familiar, modificando significativamente a rotina do lar, aumentando os gastos com medicamentos, alimentação e outras necessidades de um paciente crônico (MONTEZUMA et al, 2008). De acordo com Caldas (1995), a humanização no atendimento é o principal objetivo da enfermagem, permitindo ao paciente com dor crônica, cuidados adequados em seu domicílio, bem como adequação do ambiente às suas necessidades, proporcionando-lhe melhor qualidade de vida. Neste contexto, compete à enfermagem: cuidar deste idoso, promover, restaurar e/ou minimizar os efeitos da doença, evitando internações hospitalares desnecessárias que poderiam agravar a saúde do paciente. Isto pressupõe orientar familiares e/ou cuidadores e a comunidade quanto a medidas que reduzem ou previnem os riscos à saúde, tais como: Ensinar ao idoso e aos cuidadores procedimentos tais como a utilização de tratamento sintomático e a detecção de sinais e/ou sintomas que requeiram retorno imediato à unidade de saúde ou ao hospital; Aconselhar quanto à alimentação apropriada à pessoa idosa doente, aos cuidados de higiene e conforto; A necessidade de exercícios e atividades físicas quando possível e ao retorno à unidade de saúde e, por fim, realizar assistência domiciliar da pessoa idosa quando as condições clínicas e familiares da mesma permitirem ou assim o exigirem; **Promoção da autonomia do idoso: um papel essencial do Enfermeiro -** A enfermagem contribui com a promoção da saúde através de uma visão holística a fim de promover uma vida saudável ao idoso com dor crônica, buscando assim, evitar ao máximo a perda de sua independência nas realizações de suas atividades diárias, uma vez que, esta dor pode trazer limitações ao indivíduo. Segundo Silvestre e Netto, (2003) são condutas inerentes ao enfermeiro: compreender a este paciente o significado da promoção à saúde da pessoa idosa e sua relação com os fatores que interferem na qualidade de vida, tais como, determinantes sociais, políticos, econômicos, ambientais, culturais e individuais; Conhecer os valores culturais e sociais no processo permanente de manutenção funcional e da autonomia do idoso; Compreender o envelhecimento como um processo essencialmente benigno, não patológico, sem perder de vista, entretanto, que o estresse de agravos físicos, emocionais e sociais, com o aumento da idade, representa uma efetiva e progressiva ameaça para o equilíbrio dinâmico do indivíduo, ou seja, sua saúde; Estimular a organização de grupos de idosos para discussão e troca de experiências relativas à sua saúde e como melhorar a qualidade de vida, mantendo-se participante ativo em sua comunidade; construir coletivamente um saber direcionado às práticas de educação em saúde do idoso que integre a participação popular no serviço de saúde e ao mesmo tempo aprofunde a intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade; Realizar o diagnóstico das condições de vida e de saúde da família e da comunidade na qual a pessoa idosa está inserida mediante as informações do cadastro das famílias; Identificar as doenças prevalentes da população idosa na área de abrangência do trabalho da equipe, bem como seus determinantes. **Conclusões:** Em busca da resposta à questão norteadora deste estudo, desvelaram-se dos artigos analisados, três categorias: Orientação da família: o diferencial do enfermeiro, A Enfermagem assegurando direitos à saúde do idoso; Promoção da autonomia ao idoso: um papel essencial do Enfermeiro, que dimensionam o papel do enfermeiro no cuidado do idoso com dor crônica. Constatam-se como limites desse estudo a necessidade de abrangê-lo a partir da consulta a outras bases de dados em busca de produções que abordem a temática, pois a dificuldade enfrentada foi a carência de artigos de enfermagem publicados em periódicos

nacionais. Acreditamos que pesquisas dessa natureza e temática, cuidado ao idoso com dor crônica, poderão subsidiar avaliações, diagnósticos e planejamentos do cuidado do idoso com dor crônica. Este quadro alerta ainda para a necessidade de inserção nos currículos de produção acadêmica e disciplinas em enfermagem focadas no cuidado ao idoso e o incentivo governamental para as realizações de pesquisas nesse âmbito.

Descritores: Dor, idoso, assistência de enfermagem.

PERFIL DOS PACIENTES QUE REALIZARAM CIRURGIA CARDÍACA EM HU

Juliane Umann, Graciele Fernanda da Costa Linch, Laura de Azevedo Guido, Lilian Coelho Stekel, Etiane de Oliveira Freitas

Universidade Federal de Santa Maria

juumann@hotmail.com

Introdução: As Doenças Cardiovasculares (DCV), responsáveis pela maior taxa de morbidade e mortalidade na maioria dos países, têm sido alvo de estudos e despertado interesse especial por atingirem grandes contingentes populacionais, além de representar altos custos sociais e econômicos. No Brasil, tais doenças são responsáveis pela mortalidade prematura em adultos e mesmo quando não são mortais, levam com frequência a invalidez parcial ou total do indivíduo, com sérias repercussões para a pessoa acometida, sua família e a sociedade (SIMÃO et al., 2002). A partir da mudança no perfil de saúde, representada pela redução das doenças infecto-contagiosas anteriormente prevalentes e atual predomínio das doenças cardiovasculares, pesquisadores da área intensificaram estudos que, conseqüentemente, sustentaram o desenvolvimento de tecnologias que refletem diretamente na qualidade da assistência em vista das demandas do atual perfil epidemiológico (GUS, 2007). Assim, estudos epidemiológicos e clínicos têm sido publicados nas últimas décadas apontando aspectos referentes às DCV e suas abordagens terapêuticas. No conjunto de DCV, as doenças isquêmicas do coração aparecem com maior frequência e representam os maiores índices de mortalidade no Brasil (LAURENTI, BUCHALLA, 2001) e a intervenção cirúrgica continua a ser uma opção de tratamento sustentável para a doença cardíaca, embora as técnicas intervencionistas em cardiologia com o uso de cateter tenham se expandido e o tratamento clínico melhorado. **Objetivo:** Descrever o perfil sócio demográfico e clínico de pacientes internados para a realização de cirurgia cardíaca em um Hospital Universitário. **Métodos:** Trata-se de um estudo de campo, descritivo, exploratório com abordagem quantitativa desenvolvido em um Hospital de ensino localizado na cidade de Santa Maria, considerado referência para outras instituições de saúde do Estado. A população do estudo foi composta 24 por pacientes internados no HUSM para a realização de procedimento cirúrgico eletivo, no período de Julho a Outubro de 2008, tendo em vista os seguintes critérios de inclusão: apresentar nível de consciência e capacidade para consentir, e estar acometido por doença cardíaca passível de procedimento cirúrgico eletivo. Como critérios de exclusão: apresentar dificuldades de interação e comunicação e não assinar o termo de consentimento livre esclarecido. Os dados foram coletados no período pré-operatório de cirurgia cardíaca, no dia marcado para procedimento cirúrgico, em turno que antecedia a ocorrência do mesmo, por meio de aplicação de um

protocolo de pesquisa que constou de duas partes. Para levantamento de dados sócio-demográficos, aplicou-se um questionário com informações referentes à idade, sexo, estado civil, número de filhos, escolaridade, cidade onde reside, situação profissional e número de dias de internação, com o objetivo de caracterizar a população do estudo. A segunda parte do protocolo inclui dados clínicos constituído por cinco itens para o registro do histórico de saúde do paciente, quais sejam: diagnóstico médico, tempo da doença cardíaca diagnosticada, tempo de indicação do tratamento cirúrgico, realizou algum procedimento cirúrgico anteriormente, realizou algum acompanhamento/tratamento psicológico. Os dados sócio-demográficos e clínicos serão apresentados com frequência simples e percentual, bem como as médias, a fim de evidenciar o perfil dos participantes do estudo. **Resultados:** No que se refere à variável sexo, observou-se uma frequência percentual de 50% tanto para mulheres quanto para homens na população de estudo. Verifica-se que a idade média destes foi de 54,58 (DP = 10,44), variando entre 28 e 71 anos. Comparando-se os valores extremos, pode-se observar disparidade pela inclusão de um indivíduo mais jovem (28 anos), sendo que a maior parte da população mantém-se na faixa entre 51 e 60 anos (54,2%). Os resultados obtidos neste estudo demonstraram que entre a população pesquisada houve predominância de casados (83,33%), com três ou mais filhos (50%), com ensino fundamental (75%), situação profissional ativa (41,67%). Com relação à cidade onde residem, 37,5% dos participantes relatam morar em Santa Maria, sendo que os 62,5% restantes se distribuem entre 14 municípios pertencentes à área de abrangência da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e, portanto, atendidas pela instituição onde se realizou a pesquisa. Ainda, o número de dias de internação pré-operatória corresponde, em média a 8,25 dias, com desvio padrão de 5,02. Em relação ao perfil clínico prevalece o diagnóstico médico de doença arterial coronária (54,17%), tempo da doença cardíaca diagnosticada de, em média, 23,3 meses. Considerando a realização de algum procedimento cirúrgico anteriormente, e acompanhamento ou tratamento psicológico, tem-se respectivamente 54,17% e 70,83% da população que afirmam não ter passado por essas intervenções. Quanto ao tempo de indicação do tratamento cirúrgico, a média é de 6,82 (DP = 12,73) meses, variando entre um dia e cinco anos. **Considerações Finais:** Neste estudo, não existe, portanto, diferença de proporções entre mulheres e homens que realizaram cirurgia cardíaca, o que vai de encontro ao que a literatura aponta, ser o sexo masculino como o de maior risco para DCV (GUS, 2007). A faixa de idade predominante nesta pesquisa, entre 51 e 60 anos, confirma o que outros autores já haviam citado em suas pesquisas, em relação à crescente incidência das DCV, decorrente, principalmente, da transição demográfica e demais fatores de risco associados (GUS, 2007). Ainda, a população pesquisada apresenta sistemas de apoio marcantes uma vez que há predominância de casados, com três ou mais filhos e com atividade profissional ativa. Assim, redes de apoio emocional, informacional e instrumental, podem facilitar as habilidades de resolução de problemas e desta forma, um enfrentamento efetivo do procedimento cirúrgico (GALDINO, 2000). Percebe-se também, que o período de espera e preparação para o procedimento cirúrgico, pode tornar-se desgastante ao paciente já que o processo de hospitalização acarreta mudanças de ambiente, perda de sua individualidade e separação das pessoas de seu convívio familiar e social perda do controle sobre suas atividades cotidianas (LINCH, 2007). Acredita-se que o fato de grande parte dos pacientes neste estudo não ter realizado intervenções cirúrgicas anteriores, torna a cirurgia cardíaca uma situação desgastante, tanto pelo desconhecimento acerca dos aspectos que

envolvem esse processo, como também pela necessidade de enfrentamento e conseqüentes adaptações no estilo de vida. Ainda, a não realização de tratamento ou acompanhamento psicológico pela maior parte da população apresenta conotações distintas, uma vez que pode significar melhor aceitação e compreensão do tratamento e suas conseqüências, como também ter caráter negativo por representar dificuldades do indivíduo em lidar com situações que requerem esforço adaptativo. Tem-se que o intervalo de tempo entre a indicação e a realização da intervenção cirúrgica pode estar relacionado com a realização de procedimentos para avaliação diagnóstica criteriosa, estabilização de condições clínicas para o procedimento, aspectos psicológicos, encaminhamentos no SUS, e ainda situações pessoais que interferem na decisão em realizar ou não a cirurgia. Desta maneira, a caracterização sócio-demográfica e clínica do paciente cardiopata frente ao procedimento cirúrgico pode sustentar a assistência de enfermagem, uma vez que conhecer as características dessa população permite ao enfermeiro identificar melhor suas necessidades e assim, contribuir para a melhora do conhecimento e das habilidades requeridas para manter um comportamento adequado e saúde.

Descritores: enfermagem, procedimentos cirúrgicos cardiovasculares, epidemiologia.

Referências:

1. GALDINO J.M.S. Ansiedade, depressão e coping em idosos. 2000. 103f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.
2. GUS I. Perfis de Saúde – Brasil, 2006 – Modificações e suas causas. Arq Bras Cardiol, v.88, n.4, p. e88-e91, 2007.
3. LAURENTI R.; BUCHALLA C.M. Os Mitos a Respeito das Doenças Cardiovasculares. Arq Bras Cardiol, v. 76, n. 2, p.99 -104, 2001.
4. LINCH G.F.C. Estressores identificados por pacientes submetidos à revascularização do miocárdio e angioplastia coronária transluminal percutânea. 2007. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2007.
5. SIMÃO M.; NOGUEIRA M.S.; HAYASHIDA M.; CESARINO E.J. Doenças cardiovasculares: perfil de trabalhadores do sexo masculino de uma destilaria do interior paulista. Rev eletrônica enferm, v.4, n.2, p. 27 -35, 2002.

PROFISSIONAIS DA SAÚDE E O ENCONTRO COM A MORTE

Rafael Pereira de Borba, Maria Lúcia de Castro Pastro, Eduardo Rocha, Fabiano Oliveira dos Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

rafaelpb8@yahoo.com.br

Introdução: Durante os primeiros semestres da graduação de enfermagem os acadêmicos começam a relacionar os conhecimentos teóricos adquiridos em sala de aula com a prática, que se dá através de estágios curriculares dentro de hospitais e unidades básicas de saúde, além de voluntários, posteriormente. É nesta etapa, que o aluno muitas vezes tem seu primeiro contato com um paciente, e se dá também o primeiro contato com a morte, o que lhe causa um sofrimento muito grande nesta etapa inicial da graduação. Morte, do latim *mortem* é a cessação da vida e manifesta-se pela extinção das atividades vitais: crescimento, assimilação e reprodução no domínio vegetativo; apetites sensoriais no domínio sensitivo. A morte é o destino inevitável de todos os seres, no entanto só o homem tem consciência da própria morte e talvez, por isso mesmo, o homem veja com ansiedade e temor do desconhecido, do que lhe aguarda após a morte. A

morte de nossos entes queridos e o conhecimento da nossa própria morte nos estimula a criar fantasias sobre a vida após a morte e de certa forma, ansiamos pela eternidade, além disso a angústia da morte nos leva à crenças religiosas, a aceitação do sobrenatural, do divino, dar melhor atenção às ações terrenas para garantir melhor destino à alma. Segundo Jaspers, "existe algo em nós que não se pode crer suscetível de destruição" (JASPERS apud ARANHA e MARTINS, 1993). Desde a antigüidade o homem utilizou-se de rituais para a simbolização da morte. A dança, a música, os cultos, as vestes brancas, vestes pretas, o luto, o velório, as novenas, jardins, enterros, cemitérios, crematórios; todos estes rituais em diferentes povos, sejam manifestações de alegria, tristeza, medo, horror, encontros e desencontros tem uma única finalidade, permitir que o homem ao se deparar com a morte possa encontrar o começo e novas perspectivas e percepções diante da vida. Nas sociedades tribais a morte não era encarada com angústia, pois o indivíduo apenas estaria mudando o seu estado, o seu ambiente social, ele iria para a sociedade dos mortos (através de rituais de passagem) e poderia inclusive, posteriormente, comunicar-se com os vivos (por meio de aparições até mesmo em sonhos). Durante a Idade Média, a população era educada no sentido de aceitar a morte como um destino traçado por Deus isso por ter sido uma época de forte influência religiosa e desta maneira, cada um esperava passivamente a sua morte. Na Idade Moderna, com o desenvolvimento do consumismo a morte passou a ser um assunto pouco comentado, do qual não se fala abertamente. Como não temos mais tempo de cuidar dos velhos e doentes, deixamos essa incumbência para os hospitais. Antigamente, as pessoas morriam em casa, o velório acontecia na parte mais destacada da casa e as crianças conviviam com a realidade da morte, eram respeitados vários ritos mesmo após a morte havia o luto. Hoje, ainda se conserva alguns ritos, porém, depois de morta a pessoa é encaminhada ao necrotério, onde se faz o velório. O luto não é mais encarado com tanta seriedade, é muito raro encontrar alguém que ainda guarde luto por um morto. Tudo isso acontece longe das crianças, para elas a morte é mascarada e muitas vezes inventam-se histórias para tentar explicar a ausência da pessoa morta, como dizer que a pessoa está descansando, dormindo. A informação para as crianças deve começar desde cedo, pois elas lidam melhor com o tema sem haver uma morte para lidar com. Na sociedade de consumo, a morte é apenas mais um acontecimento, a conclusão de um processo natural. E porque a morte é desagradável a sociedade tende a tentar fazer como se a morte não existisse. Ela é evitada em toda a parte: nos discursos políticos, na publicidade comercial, nas séries de televisão e nos hábitos populares. Surgiu o desejo de "curar" a morte através da tecnologia, com as técnicas cada vez mais avançadas da medicina o homem vive cada vez mais, mas ao mesmo tempo, não se pode evitar as grandes mortes em massa desta época: Auschwitz, Hiroshima, Bósnia, atentado ao World Trade Center. O homem teme a morte, porém morte e vida são opostos que se complementam e no momento em que o homem se abre para a morte estará aberto para a vida, vivendo plenamente até que chegue a sua hora porque ao reconhecermos que a vida é finita reavaliemos nossas condutas, escolhas e comecemos a questionar falsos objetivos. Para quem vai morrer é essencial não se sentir abandonado, tanto pelos médicos quanto pela família e amigos. Aos médicos e instituições de saúde, cabe cuidar para que a morte seja vivida com o menor sofrimento possível. Hoje, aos poucos, a sociedade está chegando à conclusão de que prolongar a vida a qualquer custo nem sempre é compatível com a dignidade humana e isto traz temas como o morrer com dignidade, porém a morte espera por todos nós e certamente lidar com ela não é fácil, mas deixar de pensar e

falar na morte não o torna mais fácil de ser enfrentado. Pelo contrário, aprendendo a aceitá-la podemos perceber que ela pode ser uma experiência como qualquer outra da nossa vida. Segundo Kübler-Ross (1998), o ser quando percebe sua morte entra em profunda angústia e passa por cinco estágios até que aceite sua condição: os estágios da dor e da morte. Sendo assim, são os cinco estágios da morte: negação e isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. **Objetivos:** Este trabalho tem o objetivo de desmistificar essa última etapa da vida dos seres humanos, buscando esclarecer de que maneira percebe-se a morte hoje para aprimorar a prática dos profissionais da área da saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura acerca do tema morte e suas implicações para os profissionais da saúde. **Resultados:** Na formação do profissional de saúde a morte costuma ser abolida dos assuntos discutidos e quanto mais se descobre novas tecnologias, mais se distancia do assunto morte, ela é vista como o fracasso da medicina. Conseqüentemente, nada se fala dos cuidados finais, da atenção familiar e afetiva que o paciente deveria receber nesse momento. A família adoce junto com o paciente, para ela é muito difícil aceitar a morte do ente querido e esta acaba passando, também, pelos estágios da dor e da morte até deparar-se com a aceitação da condição deste paciente. Os familiares buscam o porque desta condição e nesta fase o profissional da saúde deve sempre repetir e esclarecer informações sobre o estado do paciente ou até a evolução da doença. Muitas vezes pode haver manifestações de raiva para com a equipe e esta deve entender a angústia vivida por esta família. É muito importante que o profissional da saúde veja o paciente terminal como vivo e não como morto e deve sempre tentar lhe garantir o maior bem estar possível naquele momento. Não se deve evitar falar sobre morte com os que morrem, deve-se entender que a morte é indispensável à sobrevivência da espécie, à manutenção da vida. O despreparo dos profissionais, muitas vezes, traz solidão e frieza para os doentes terminais que morrem sem que estes lhes ofereçam qualquer conforto emocional. No momento em que a dificuldade do profissional de saúde lidar com a morte é trabalhada, melhora a qualidade de vida de todos envolvidos: do próprio paciente, dos familiares, de toda a equipe. **Considerações Finais:** Com este trabalho percebemos o vasto tema que é a morte e as inúmeras áreas que ela abrange como a filosofia, a psicologia, a medicina, a enfermagem, entre outras. O que ficou mais claro para o grupo foi o medo que o homem tem da morte, mais precisamente do desconhecido. Achamos muito importante que se entenda que a morte faz parte do ciclo da vida e esta não deve ser ignorado até mesmo com os pacientes em nosso futuro trabalho. Aos que morrem é muito importante a presença de alguém que não esconda a real condição deste paciente e que não fuja do assunto “morte” que vem à tona com todas suas dúvidas na hora de morrer, cabe ao profissional da saúde, fornecer conforto para que esta morte seja da maneira menos traumática possível. Já está na hora de a sociedade deixar de tentar encontrar maneiras de prolongar a vida, o que as vezes levam as pessoas a chegarem a estados de saúde horríveis, devemos começar a pensar na morte como algo natural e viver a vida plenamente até que ela chegue. É importante, também, falar sobre morte com as crianças preparando-as para as possíveis perdas que terão durante a vida.

Descritores: Morte, Enfermagem, Profissionais.

Referências:

1. ARANHA, Maria Lúcia de Arruda e MARTINS, Helena Pires. *Filosofando: introdução à filosofia*. 2.ed. São Paulo: Moderna, 1993.

2. ARIÉS, Phillipe. A história da morte no ocidente: da idade média aos nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.
3. CORDEIRO, Tiago e VENTUROLI, Thereza. Os vivos e as outras. Veja, São Paulo, nº19, p. 112-117, maio.2005.
4. Kubler-Ross, Elisabeth. Sobre a morte e o morrer : o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998. 296 p.
5. LIMA, Raymundo de. O suicídio espetáculo na sociedade espetáculo. Revista espaço acadêmico, Paraná,nº44,,jan.2005.

STRESS E SISTEMA ENDÓCRINO: A RESPOSTA DO ORGANISMO AO ESTRESSOR

Graciele Fernanda da Costa Linch, Rafaela Andolhe, Laura de Azevedo Guido, Juliane Umann, Lilian

Medianeira Coelho Steckel, Carolina de Quadros Nonnenmacher, Etiane Oliveira Freitas

Universidade Federal de Santa Maria

gracielelinch@gmail.com

Introdução: O stress tem sido alvo de diversos estudos em diferentes áreas. Selye, em 1936 introduziu o termo na área biológica referindo-se às reações inespecíficas elaboradas pelo sistema biológico como resposta a situações nocivas ao organismo (LIPP, 1996). **Objetivo:** Esclarecer a resposta neuro-endócrina do organismo ao stress e as reações deste frente ao estressor. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão teórica acerca da temática, realizada em publicações de referência e impacto na literatura. **Resultados:** Conforme a percepção e avaliação do estressor e do ambiente, o indivíduo responde na tentativa de manter a homeostase. Componente importante dessa resposta é o sistema nervoso autônomo (SNA) dividido em simpático e parassimpático. O SNA simpático age diretamente na medula das supra-renais, fazendo com que secretem adrenalina e noradrenalina. Essas substâncias preparam o organismo para uma reação de fuga ou de ataque frente a um estressor. Outra possibilidade é via hipotálamo-hipófise, onde a glândula hipofisária libera o hormônio adrenocorticotrópico que estimula as supra-renais a liberar, pelo córtex, o cortisol, o qual diminui a resposta inflamatória e mobiliza o organismo para a produção de energia. É importante destacar também, a participação do aparelho cognitivo na resposta ao stress (LAZARUS e FOLKMAN, 1984). **Conclusão:** Os mecanismos fisiológicos desencadeados em resposta ao estressor contribuíram para intensificar o viés biológico do conceito de stress. Contudo, essa reação também conta com a participação do aparelho cognitivo na busca da identificação do estressor e de seu significado para que a pessoa consiga optar pelas formas de enfrentamento mais adequadas a fim de superá-lo.

Descritores: Enfermagem, Stress, Sistema Endócrino.

Referências:

1. LAZARUS, R.S., FOLKMAN S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Copany, 1984.
2. LIPP, M.E.N. (Org.). Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco. Campinas: Papyrus, 1996.

IMPLANTAÇÃO DA DOR COMO 5º SINAL VITAL

Marcia I. Brambila, Celia Guzinski, Rosana Schiochet

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

rschiochet@hcpa.ufrgs.br

Introdução: a dor é subjetiva e uma experiência emocional e sensorial desagradável associada a um dano real dos tecidos. ao avaliar, registrar e quantificar a dor, junto aos demais sinais vitais, estamos subsidiando os cuidadores para melhor cuidar do paciente. **Objetivo:** relatar a experiência da implantação da dor como 5º sinal vital em uma unidade de internação adulta de um hospital escola. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência. **Resultados:** este processo iniciou com a capacitação da equipe de enfermagem no assunto dor, partindo do conhecimento prévio e experiência na avaliação da dor. buscou-se a sensibilizar a equipe a respeito dos significados da dor e discutir sobre a prática na avaliação da dor. A capacitação enfatizou a neurofisiologia, tipos de dor e suas dimensões. Estudou-se os analgesia, mecanismos de ação, efeitos adversos, medicações adjuvantes e o uso de medidas complementares para aliviar a dor. A escada analgésica da organização mundial da saúde foi adotada para auxiliar o profissional a graduar a dor facilitando a escolha do melhor tratamento e conseqüentemente minimizando as complicações de pacientes que não recebem tratamento analgésico adequado. utilizou-se o modelo participativo dos alunos da enfermagem na capacitação, visto que conhecimentos prévios, dúvidas e sugestões enriquecem o aprendizado e facilitam a implantação de novas práticas no processo de trabalho. Atualmente a dor é avaliada em todos os pacientes internados através de escalas (análogo-visual, numérica e de intensidade) nos horários da verificação dos sinais vitais, quando o paciente sinaliza que está com dor e após receber o tratamento. O objetivo é aliviar totalmente a dor, ou seja, dor com score zero. Este processo está em consonância com as diretrizes institucionais do hcpa de humanização do cuidado. **Conclusão:** construir o saber a partir do conhecimento prévio do grupo em relação a experiência na avaliação e controle da dor ajudou na implantação da dor como 5º sinal vital na unidade de internação cirúrgica. atualmente todos os pacientes tem a dor avaliada sistematicamente e tratamento conforme escada analgésica da OMS.

Decritores: dor , sinal vital, analgesia

COMPLICAÇÕES EM DIÁLISE PERITONEAL

Célia Mariana Barbosa de Souza, Adriana Tessari, Suzane Pribbernow.

Serviço de Enfermagem em Nefrologia, Cardiologia e Imagem do HCPA

cmmartins@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A diálise peritoneal é uma opção terapêutica para os pacientes renais crônicos que necessitam de substituição da função renal. No serviço de nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) há um programa de diálise peritoneal, onde uma equipe multidisciplinar realiza o atendimento os pacientes e familiares envolvidos no cuidado domiciliar dos mesmos. Para a execução do método é imprescindível a realização do treinamento do paciente e ou o cuidador. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo relatar a

experiência da equipe de saúde no atendimento as intercorrências dos pacientes renais crônicos em programa de diálise peritoneal ambulatorial no Serviço de Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Metodologia: Este trabalho parte da prática cotidiana das autoras na assistência em diálise peritoneal, embasadas por literatura científica da área de nefrologia. Para realização desse estudo fez-se um levantamento nos protocolos do programa de diálise peritoneal referente ao ano de 2008, cujos dados referentes às complicações em diálise peritoneal nesse ano foram relatadas **Resultados:** No ano de 2008, tivemos na totalidade até trinta e seis pacientes em programa de diálise peritoneal, com a média de vinte pacientes/mês. Entre as complicações apresentadas, a de maior ocorrência foram às Peritonites com o total de onze pacientes acometidos pela infecção. As demais complicações foram um caso de tunelíte e um caso de corte do cateter pelo paciente. **Conclusões:** Esse número elevado de casos de peritonites nos levam a avaliar desde a seleção do paciente e/ou seu cuidador, assim como, o contexto de vida deste. Acreditamos que a visita domiciliar seria uma estratégia na tentativa de redução desses índices.

Descritores: Diálise peritoneal, Insuficiência Renal Crônica, complicações.



***Enfermagem na
Saúde do Trabalhador***

A SITUAÇÃO DO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Aline Garmatz, Maria Lectícia de Pelegrini

Centro Universitário Metodista IPA

garmatz@hotmail.com

Atualmente as questões de meio ambiente tem ganhado espaço na discussão de comportamentos adotados em todos os seguimentos sociais, e na saúde não é diferente. Este trabalho trata do gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (RSS) nos hospitais públicos do município de Porto Alegre. Os avanços na legislação brasileira através da criação de normas e leis, como destacados no Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA, 2005) e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2004) para a intensificação da fiscalização e exigências no seu cumprimento, tem facilitado o acesso dos profissionais a informações sobre o gerenciamento de RSS no ambiente hospitalar. O objetivo deste trabalho foi relatar a atual situação do gerenciamento dos RSS nos hospitais públicos do município de Porto Alegre. Para tanto, foi realizado um estudo exploratório com abordagem quantitativa das informações coletadas. Foram incluídos no estudo todos os hospitais públicos existentes no município de Porto Alegre. Os resultados mostraram que todos relatavam possuir um PGRSS, porém o acesso aos mesmos só foi possível em apenas cinco das nove instituições. Foi identificado nos planos analisados que o máximo de contemplação foi de 61,9% dos itens previstos, e o mínimo de 19% dos itens preenchidos. Demonstrando que nenhuma instituição analisada possui um PGRSS completo. Verificou-se também, uma disparidade nas informações prestadas quanto ao processo de educação sobre RSS aos funcionários, uma vez que foi observado desde a instituição que não realizava nenhum tipo de educação até as que realizam as mais variadas formas. Este trabalho mostrou que a situação atual do gerenciamento dos RSS nos hospitais públicos do município de Porto Alegre, quando analisados pelos seus planos de gerenciamento, mostra-se inadequados aos padrões estabelecidos pelos órgãos responsáveis na sua configuração formal.

Descritores: Resíduos de serviços de saúde. Resíduos sólidos. Gerenciamento de resíduos.

BENEFÍCIOS NA UTILIZAÇÃO DE LAVADORAS EM CME

Souza, Moisés Kirchner; Oliveira, Paulo Roberto Cunha, Oliveira, Nara Regina

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

A limpeza efetiva dos artigos médico-hospitalares constitui etapa essencial e indispensável no reprocessamento. O processo de limpeza deve: reduzir a carga microbiana dos artigos, remover contaminantes orgânicos e inorgânicos e remover a sujidade dos artigos. Esse trabalho visa focar a limpeza mecânica efetuada através de lavadoras termo-desinfectoras e ultrassônicas, assim como constatar seus benefícios. Nossos objetivos são: conscientizar a equipe sobre os benefícios do uso de lavadoras no processamento de limpeza de artigos médico-hospitalares; divulgar às instituições a cerca da contribuição

para redução de custos, através da otimização e aumento da vida útil do artigo de mão-de-obra; valorizar a utilização de tecnologia a favor do trabalhador; e ressaltar a contribuição com a saúde do trabalhador, diminuindo, assim, os riscos de acidentes com materiais biológicos. O método utilizado é a pesquisa e a experiência profissional. As lavadoras termodesinfectoras possibilitam menor tempo de contato, dos funcionários, com fluidos e agentes patogênicos contidos nos instrumentais, diminuindo o risco de acidentes com materiais perfurocortantes; permite que seja lavada uma maior quantidade de material em pouco tempo, saindo da máquina pronto para o preparo; dá uma maior durabilidade ao instrumental por ser menos manuseado; possibilita a lavagem de material de assistência ventilatória. As lavadoras ultrassônicas lavam com eficiência materiais canulados, diminuindo o risco de estrago de catéteres, pelo menor manuseio. Como resultados, esperamos a divulgação do uso de lavadoras em CME e, também, a contribuição da tecnologia a serviço da saúde do trabalhador. Assim, concluímos com a realização desse trabalho, que a limpeza adequada é de fundamental importância para uma esterilização efetiva. A limpeza manual vem sendo complementada com a mecânica, em prol de resultados eficazes em menor tempo. Estudos em CME comprovam que as aquisições desses equipamentos são de fundamental importância para o processo final de esterilização.

Descritores: Equipamentos e provisões, Desinfecção, Instrumental.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM CABÍVEIS A UMA PACIENTE COM DISTÚRBO OSTEOMUSCULAR RELACIONADO AO TRABALHO

Cristiani Caroline Knöpker, Angela Luft

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cknöpker@yahoo.com.br

Introdução: Os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT's) são síndromes dolorosas crônicas. Estima-se que essas síndromes acometam 10-20% da população adulta. Podem ser acompanhadas por limitação funcional e distúrbios emocionais, ligados a eventuais perdas de função e imagem corporal. Com frequência associam-se a transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, embora a relação causal não esteja estabelecida. Em cerca de 5% dos indivíduos há pobre resposta ao tratamento, quadro debilitante, perda de trabalho, crise familiar, depressão e suicídio, com grandes custos individuais e sociais (FUCHS, WANNMACHER, FERREIRA, 2006). **Objetivo:** apresentar a problemática envolvida no atendimento de um paciente com DORT, salientando os diagnósticos de enfermagem cabíveis e as intervenções utilizadas a partir desses diagnósticos. **Método:** Os dados foram coletados através de consultas de enfermagem e análise de prontuário no decorrer do segundo semestre de 2008 durante o estágio da disciplina de Saúde do Adulto II da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul desenvolvido no Ambulatório de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. **Resultados:** IHTM apresenta Síndrome de Colisão do Ombro, Tendinite Bicipital, Síndrome do Manguito rotador, além de Obesidade. Essas síndromes dolorosas Crônicas são resultado de atividades laborais

envolvendo esforços repetitivos. Sendo que a ausência de aquecimento, de alongamento e de intervalos freqüentes durante a atividade laboral foi determinante para o desencadeamento desses distúrbios. Primeiramente, a paciente trabalhou na roça e depois em uma lavanderia como passadeira. Essas duas atividades tiveram grande relevância para o desencadeamento da lesão na medida em que a enxada e o ferro de passar roupas exerceram o papel de carga em membro superior direito, circunstância desencadeante para as patologias apresentadas. No caso em estudo, prevaleceu a ocorrência de vários sintomas concomitantes resultante da superutilização das estruturas anatômicas do sistema músculo esquelético e da falta de tempo de recuperação. A saber: dor, sensação de peso, sensação de edema, sensação de enrijecimento muscular, dormência, formigamento, sensação de fraqueza muscular, sensação de frio ou calor, limitação de movimentos em membro superior direito (MSD) e dificuldade para dormir. Esses sintomas levaram a paciente ao afastamento do trabalho por 3 anos. Sendo que, durante um ano, precisou trabalhar, mesmo com todos esses sintomas, devido às dificuldades financeiras por causa da suspensão do benefício. Os diagnósticos de enfermagem elencados para essa paciente foram Dor Crônica relacionada às DORT's evidenciada por relato de dor existente há mais de 6 meses; Padrão de Sono Perturbado relacionado à dificuldade para iniciar e manter o sono. Déficit nos Autocuidados Instrumentais relacionado à dor, à diminuição da força e ao edema evidenciado por dificuldade de realizar atividades domésticas, como lavar louça, lavar roupa e pentear o cabelo; Mobilidade Física Prejudicada relacionada à limitação para abdução e flexão principalmente do braço direito evidenciada por dificuldade de flexionar e abduzir o MSD; Baixa Auto-Estima Situacional relacionada às limitações nas atividades de vida diária; Nutrição Desequilibrada Mais que as Necessidades Corporais relacionada à preferência por doces e massas, segundo ela motivada pela ansiedade e também a falta de atividade física programada evidenciada por oscilações de peso e índice de Massa Corporal (IMC) de 36,44 Kg/M². A partir desses diagnósticos, foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem: motivação da paciente a fim de que ela alternasse as mãos e também a rotina de atividades para diminuir a possibilidade de esforços repetitivos e para não sobrecarregar a mão dominante; solicitamos que deixasse a região levantada para reduzir o edema; orientamos que pedisse auxílio e cooperação da família para realizar atividades que lhe causavam mais dor ou mais dificuldade. Motivamos a paciente a reduzir a ingesta de chimarrão, devido à quantidade de cafeína; salientamos para a importância e o bem trazido pelo exercício físico e solicitamos que aumentasse o tempo dos passeios de bicicleta com o companheiro; explicamos a importância de que ela não se deitasse sobre o membro afetado e que procurasse não colocá-lo em baixo do travesseiro e sim, mantê-lo em extensão para não aumentar a compressão das estruturas e conseqüentemente a dor; solicitamos que ela pedisse auxílio do companheiro para pentear os cabelos, lavar louça e lavar roupa. Ensinamos e incentivamos a prática de alongamentos. Durante todos os momentos incentivamos a verbalização de situações estressantes. Durante uma dessas consultas a paciente justificou a preferência por doces devido à ansiedade. A respeito disso, questionamos sobre momentos ou atividade que lhe traziam prazer e solicitamos que quando estivesse ansiosa procurasse bem estar nessas atividades, evitando comer doce ou reduzindo a ingesta desse alimento devido ao alto valor calórico. Motivamos, também, a prática de caminhada e os passeios de bicicleta, justificando que eles promovem não só a redução de ansiedade, mas também a promoção do sono. Além das intervenções realizadas pelas

autoras, se poderia sugerir à paciente que reduzisse a altura do varal para facilitar a tarefa de estender roupas e solicitar a presença dos membros da família nas consultas a fim de explicar os efeitos da doença crônica no estilo de vida da paciente e da família e a relação dor crônica com a depressão. **Conclusões:** O cuidado à ITHM nos propiciou entender na prática a relação entre as DORT's e a depressão na medida em que a dificuldade para realizar as atividades de vida diária (AVD's) causa sentimentos de impotência e inutilidade, dessa forma, nossas intervenções como futuras enfermeiras depende muito de nossa capacidade para motivar os pacientes para que continuem realizando suas AVD's propondo e discutindo com nossos paciente novas formas de realizá-las de modo a reduzir a força muscular e o ângulo de abdução e flexão dos braços; jamais desmotivá-los a deixar de realizá-las. Durante essa oportunidade de aprendizado no ambulatório, também pudemos perceber a importância da visão integral do individuo, pois fica evidente em nossa prática que os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho vêm, na imensa maioria, associados a questões como a HAS, obesidade, sedentarismo e hiperlipidemia, estando os três últimos distúrbios presentes na paciente em estudo. Percebemos também que é imprescindível tratar o paciente abordando, não só o aspecto biológico e sim, o social, o econômico e o psicológico na medida em que, como fica explícito no caso, as DORT's englobam uma problemática extremamente complexa influenciando a vida dos pacientes e de suas famílias. Dessa forma, um cuidado eficaz dependerá do conhecimento do enfermeiro a cerca dessa problemática. Também se faz necessário que se dê maior atenção às posturas adotadas pelos trabalhadores na execução das atividades laborais e nas condições dos mobiliários, bem como se faz necessário disponibilizar instrumentos e equipamentos ergonomicamente planejados, visando-se à redução da incidência dos problemas osteomusculares.

Descritores: DORT, LER, Síndrome por Uso Excessivo.

ESTUDO DE CASO: DISCOPATIA DEGENERATIVA NO CONTEXTO DA SAÚDE OCUPACIONAL

Joel Kuyava, Ana Carolina Lacerda Scheibler

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

jkuyava@yahoo.com.br

Caracterização do estudo: O presente trabalho constitui-se em um Estudo de Caso de um paciente com patologias do Trabalho, no campo da Saúde Ocupacional. As motivações para a realização do estudo foram relacionadas ao diagnóstico apresentado pela paciente, sendo de interesse dos pesquisadores aprofundarem seus conhecimentos sobre o tema. **Objetivos:** Os objetivos deste trabalho são relacionar o que foi observado no consultório de Enfermagem com a literatura, e compreender as patologias e orientações que a enfermagem, no âmbito ambulatorial, possa e deve auxiliar na melhora e compreensão da doença por parte do paciente. **Metodologia:** Para o desenvolvimento deste estudo foram realizadas duas Consultas de Enfermagem no Ambulatório de Doenças Ocupacionais do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, com o paciente escolhido para o Estudo de Caso. Também foram realizadas consultas aos prontuários físico e

eletrônico deste paciente e pesquisa bibliográfica sobre as patologias apresentadas por ele. Os dados deste estudo foram analisados com base na revisão da literatura nas áreas da enfermagem e saúde ocupacional.

Resultados: A paciente escolhida para a realização do estudo foi R. M. L., 54 anos, feminina, casada, procedente de Porto Alegre. Trabalhadora na fabricação e preparação de alimentos e bebidas. R. M. L. afastou-se do trabalho em julho de 2007 por acidente causado por movimentos repetitivos, onde gerou reabramento de dor osteomuscular relacionado ao trabalho (costas e braços). Seu diagnóstico principal foi Espondilose Cervical. A paciente já apresentava Hipertensão Arterial Sistêmica e Obesidade, estando em acompanhamento no ambulatório de doenças ocupacionais do HCPA desde junho de 2004. A Espondilose cervical é o conjunto de alterações conseqüentes a artrose da coluna cervical, que é uma doença crônica caracterizada por degeneração da cartilagem articular (BRASIL, 1994). Com a idade, os discos intervertebrais perdem sua elasticidade, por perda progressiva do seu conteúdo de água. Os discos são normalmente nutridos a partir dos vasos sangüíneos das vértebras adjacentes, não tendo uma circulação sangüínea própria. Quando a nutrição discal se torna insuficiente, há perda dos seus elementos constituintes, que leva a redução da altura do disco, da sua resistência aos movimentos e aos traumas, mesmo pequenos, facilitando a sua rotura e degeneração. Estas alterações discais são seguidas de reações ósseas das vértebras adjacentes, com a formação de osteófitos, ou bicos-de-papagaio, que tendem a fundir as vértebras. Concomitantemente, há hipertrofia dos ligamentos e das outras articulações da coluna vertebral (GOLDENBERG, 2007). Este conjunto de alterações pode determinar uma redução do canal vertebral e dos forâmenes de conjugação. O canal vertebral contém a medula espinhal, que é uma estrutura nervosa responsável pela transmissão de todos os impulsos nervosos que chegam dos membros ao cérebro e que levam os estímulos nervosos do cérebro para os nervos e, conseqüentemente, para os músculos do corpo. Os forâmenes de conjugação são passagens laterais da coluna cervical por onde passam as raízes nervosas que formam os nervos para os membros superiores (GOLDENBERG, 2007). Não há uma única causa para essa degeneração articular, mas sim uma série de fatores de risco que podem contribuir para o aparecimento ou agravamento da doença. Sendo os principais fatores: a idade avançada, a obesidade, a lesão articular prévia, a deformidade anatômica, a suscetibilidade genética e o uso repetitivo da articular (ocupacional ou lazer). Algumas profissões, como as que exigem a utilização da força para carregar peso, alterações de temperatura contribuem para o desenvolvimento das lesões. Algumas práticas esportivas, aliadas à falta de alongamento adequado, também podem ser relacionadas. As afecções músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho, que no Brasil tornaram-se conhecidas como Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Doenças Ocupacionais Relacionadas ao Trabalho (DORT), representam o principal grupo de agravos à saúde, entre as doenças ocupacionais no nosso país, entre elas estão a Espondilose Cervical, a Tendinite, a Síndrome do Túnel do Carpo, a Fibromialgia, a Síndrome do Ombro doloroso, entre outras. As manifestações mais comuns são a dor cervical e a limitação dos movimentos do pescoço. Acompanham-se, muitas vezes, de uma sensação de ouvir "areia na coluna", criptações, aos seus movimentos. A pessoa refere que tem a impressão de que "falta lubrificação na coluna". Os sintomas podem ser intensificados com o excesso de movimentos, melhorando com o repouso. Estas alterações são extremamente freqüentes com o avanço da idade e não tem maior importância. Em algumas pessoas, no entanto, o estreitamento do canal e dos forâmenes vertebrais leva a

compressão nervosa. Nestes casos podem ocorrer três formas de comprometimento e que devem ser avaliados por médico especialista. A radiculopatia é a compressão de uma raiz nervosa, manifesta-se por dor irradiada do pescoço para a escápula e para um dos membros superiores, seguindo um trajeto bem definido e constante. Acompanha-se de uma sensação de formigamentos ou de dormência neste mesmo trajeto, desde o ombro até determinados dedos da mão. Muitas vezes, há também perda de força de um grupo muscular e que também depende da raiz ou raízes comprometidas. A mielopatia é a lesão da medula espinhal, comprimida em consequência da Espondilose. Manifesta-se por perda progressiva dos movimentos dos quatro membros. A mielorradiculopatia é uma combinação da radiculopatia e da mielopatia, com manifestações de ambas (GOLDENBERG, 2007). O diagnóstico é essencialmente clínico com sintomas e achados de exame físico característicos como a criptação articular. Segundo Barros (2003), as mobilizações ativas e passivas fornecem a amplitude de movimento e o possível segmento cervical acometido. Durante o exame físico, a presença de dor irradiada para os membros superiores denota a necessidade de avaliação cuidadosa para o estabelecimento de diagnóstico diferencial. A confirmação do diagnóstico é feita através do exame radiológico que evidencia diminuição do espaço articular, esclerose do osso subcondral e osteofitos. Na conduta é importante esclarecer o paciente sobre as características da doença. Embora nenhum tratamento detenha o processo degenerativo, determinadas medidas preventivas podem lentificar a progressão quando realizadas suficientemente cedo. Estas medidas incluem a redução de peso, a prevenção das lesões ocupacionais, e as modificações ergonômicas. As medidas de tratamento conservadoras incluem o uso de calor, a redução de peso, o repouso articular, os exercícios isométricos, posturais e aeróbicos. A terapia ocupacional e a fisioterapia podem ajudar o paciente a adotar as estratégias de autocuidado (SMELTZER; BARE, 2005). No ambiente laboral é importante que se adaptem cadeiras, bancadas, mesas e instrumentos de trabalho, para minimizar a sobrecarga e os vícios de postura. Da mesma maneira, incentivar as empresas a criar, na medida do possível, um sistema de recolocação para o trabalhador portador de dor crônica, para que ele assuma tarefas compatíveis com suas limitações (APPEL, 2002). Já o tratamento farmacológico dirige-se para o tratamento dos sintomas e controle da dor. A utilização de analgésicos é realizada concomitantemente com as estratégias não farmacológicas, os quais são o esteio do tratamento (STEFANI; BARROS, 2002).

Considerações Finais: Através desse estudo pôde-se perceber a complexidade das patologias relacionadas à saúde do trabalhador (LER/DORT), e de todo o desgaste físico e emocional que o impacto da descoberta da doença gera na vida das pessoas. Essas doenças, que estão diretamente relacionadas com as funções desenvolvidas pelos trabalhadores nos seus locais de trabalho, poderiam ser evitadas ou amenizadas, se houvesse melhorias nas condições de trabalho. Muitas vezes o trabalhador não é ouvido ou compreendido em suas necessidades. No mundo globalizado e capitalista em que vivemos, onde o que realmente importa é a produção, o lucro, faz com que o trabalhador esgote todas as possibilidades de manter-se saudável. Pois além de ter que trabalhar excessivamente, o funcionário tem que lidar com a possibilidade de não cumprimento das metas e simplesmente perder o seu emprego. A consulta de Enfermagem é extremamente importante para o auxílio da compreensão e manutenção das doenças relacionadas ao trabalho. Através do diálogo estabelecido entre o profissional e o paciente é possível fazer com que ocorra uma interação e a criação de um vínculo, capaz de fazer com que as orientações dadas pelo enfermeiro sejam compreendidas e

executadas pelo paciente, pois é papel do profissional de Enfermagem compreender a situação em que se encontra o paciente, que muitas vezes suas queixas de dor não são aceitas pelos outros. Portanto, com a realização deste estudo, pôde-se perceber o quanto é necessário o apoio do profissional de Enfermagem para que o paciente possa enfrentar de maneira mais humana as conseqüências causadas pelas suas limitações, e também, que com a criação de um vínculo adequado é possível que ocorra a concretização de todas as orientações dadas pelo profissional, gerando assim, uma melhora na qualidade de vida do paciente.

Descritores: Estudos de casos. Saúde do trabalhador. Educação em Enfermagem.

Referências:

1. APPEL, Fernando. Coluna vertebral – conhecimentos básicos. AGE editora, 2002.
2. BARROS, Alba. Anamnese e exame físico. Porto Alegre: Artmed, 2003.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. Manual de Doenças Reumáticas. Brasília, Ministério da Saúde, 1994.
4. GOLDENBERG, José. Portal da Coluna. São Paulo: Escola Paulista de Medicina – EPM, 2007. Disponível em:
5. <<http://www.portaldacoluna.com.br/conteudo.asp?IdMenu=3&IdSubMenu=4>> . Acesso em: 05 Out 2007.
6. SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner & Suddarth Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
7. STEFANI, Stephen Doral; BARROS, Elvino. Clínica Médica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

AVALIAÇÃO DA SAÚDE MENTAL DOS FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Karen Costa Carvalho, Adriana Aparecida Paz, Eunice Fabiani Hilleshein, Meira Gonçalves Teixeira, Liana Lautert

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

karen-carvalho@hotmail.com

Introdução: A temática da Saúde Mental e Trabalho (SMT) no Brasil não é um tema antigo, porém ainda pouco discutido. Tal fato decorre de que as questões de trabalho e saúde permeiam as políticas e as prioridades de cada organização. Em contrapartida, agrega-se a essas questões, o interesse, as aspirações e as necessidades individuais de seus trabalhadores. No entanto, a saúde mental no ambiente laboral passa ser discutida de maneira mais aberta quanto aos fatores que afetam as resistências individuais e conjuntas dos trabalhadores, especialmente, quando estas interfere de maneira significativa na qualidade do trabalho e de vida. Entretanto, o sofrimento mental refere-se ao mal-estar vivenciado no plano pessoal e este, por sua vez pode estar associado ao trabalho, o que torna importante estabelecer uma relação com a situação atual de trabalho, para compreender como esta interação repercute na subjetividade do mesmo (SELIGMANN-SILVA, 2005). O *Self Report Questionnaire* (SRQ) identifica os casos suspeitos de transtornos psiquiátricos em nível primário, sendo este, amplamente utilizado em países em desenvolvimento pela Organização das Nações Unidas (ONU). Este questionário realiza a triagem dos transtornos mentais através de vinte questões fechadas, do tipo dicotômicas (sim ou não) que foi proposto por Harding *et al.* (1980) e validado no Brasil, em 1986, por Mari e Willians. Conforme Soárez *et al.* (2007) se o indivíduo responder afirmativamente sete

ou mais questões, este apresenta predisposição ao estado depressivo. O escore varia de zero a vinte, em que zero representa o melhor estado de saúde e vinte considerado o pior. **Objetivo:** O objetivo deste estudo é identificar as relações de dependência de variáveis demográficas, socioeconômicas e ocupacionais com o índice de distúrbios psiquiátricos dos trabalhadores de um Hospital Universitário. **Método:** Trata de um estudo transversal com abordagem quantitativa e descritiva. Os sujeitos deste estudo foram trabalhadores de um hospital universitário, que constituíram uma amostra de 400 trabalhadores em atividades laborais ativas na instituição e contratados em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Os trabalhadores foram abordados no Serviço de Medicina Ocupacional (SMO), local que realizaram a avaliação ocupacional periódica ou no próprio local de trabalho, no período de julho a dezembro de 2008. A participação foi mediante a aceitação dos mesmos através da assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos da amostra trabalhadores licenciados ou que não aceitaram participar da pesquisa. Para tanto, aplicou-se a escala *Self-Report Questionnaire* (SRQ-20) para avaliação do índice de distúrbios psiquiátricos. . Juntamente com o SRQ foram coletados alguns dados demográficos, socioeconômicos e ocupacionais. Os resultados foram analisados através da estatística descritiva para comparação das médias das variáveis dicotômicas sendo utilizado o teste t-Student e para as variáveis com mais de dois grupos, utilizou-se a ANOVA, com nível de significância de 5%. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do próprio cenário do estudo, sob o número 07-482. **Resultados:** A relação entre o índice de distúrbios psiquiátricos e as demais variáveis do estudo que constituíram a amostra reforçam a multiplicidade de fatores precipitantes de sintomas decorrentes do distúrbio nos trabalhadores. Obteve-se, até o momento, evidências significativas entre os escores médios do índice SRQ-20 para os grupos de sexo ($p\text{-valor} \leq 0,001$), prática de atividades físicas ($p\text{-valor} \leq 0,001$) e turnos de trabalho ($p\text{-valor} = 0,031$). . Os dados evidenciam uma maior propensão ao estado de distúrbio psiquiátrico para os sujeitos de sexo feminino, não praticantes de atividade física regular, e sujeitos que trabalham no turno da tarde. Diante desses dados, é possível destacar que as mulheres demonstram uma predisposição aumentada, do que os homens para chegar ao estado de distúrbio psiquiátrico. Essa evidência pode estar relacionada à carga excessiva que as mulheres sofrem no seu cotidiano laboral. Essa hipótese pode ser reforçada com estudo já realizado por (Cavalcante, 2003) que através de uma pesquisa transversal e descritiva avaliou as cargas de trabalho das mulheres, sendo constatado que as cargas dupla e tripla de trabalho apresentavam forte relação com os problemas de saúde. Deste modo, as mulheres são desafiadas a conciliar as atividades profissionais com atividades domésticas (dupla jornada), quando a este somado aos cuidados com os filhos, a carga torna-se tripla. Em contrapartida, os homens não são responsabilizados por essa demanda doméstica nos dias atuais. Quanto à prática de atividade física, os dados apontam uma maior propensão ao estado de distúrbio psiquiátrico entre aqueles que são sedentários, e isso pode estar intimamente relacionado com o estilo de vida que influenciará a qualidade de vida. Além disso, a falta de atividade física pode estar relacionada com o sexo, justamente pelo fato de que as mulheres ao assumirem a dupla ou tripla jornada não conseguem organizar seu tempo para que pratiquem a atividade física. Entretanto, os homens não tendo essa sobrecarga de diversas atividades laborais, podem estabelecer um estilo de vida saudável mediante a prática de atividade física. Esta hipótese é corroborada pelo estudo já realizado por Cavalcante (2003), no qual a sobrecarga de trabalho das mulheres

além de não permitir tempo para a prática de atividade física, faz com que estas, apresentem excesso de peso, que é um fator importante que repercute na qualidade de vida. Quanto ao turno de trabalho, observou-se uma menor predisposição ao estado de distúrbio psiquiátrico para os trabalhadores do turno da noite. É possível explicar este resultado pelo fato de que o trabalho à noite seja mais tranquilo, e quando relacionado ao trabalho específico da enfermagem, para as atividades, tais como: banhos de leito, curativos e punções que são ações de demanda diurna. Cabe salientar que, os resultados apresentam em sua maioria, as características ocupacionais da equipe de enfermagem, por ser a categoria em maior presença entre os colaboradores nesse cenário de estudo. Associa-se também as características laborais noturnas (possui menos atividades, menos sobrecarga, e mais tempo para que os profissionais se relacionem) que propiciam um ambiente agradável e possibilita a união, maior consciência coletiva e cooperação entre os diversos colaboradores. **Conclusão:** O estudo demonstra alguns resultados preliminares que tornam-se importantes no que se refere aos índices de distúrbios psiquiátricos em trabalhadores de um hospital universitário. Apesar do estudo ainda ser incipiente e em fase de coleta de dados, o mesmo aponta para possíveis fatores que merecem ampla explanação, aprofundamento e discussões acerca da saúde mental, tendo a finalidade de implementar ações para prevenir fatores potencializadores de estados depressivos, e assim promover e reabilitar a saúde, garantido deste modo elevar a qualidade do trabalho e de vida desses trabalhadores.

Descritores: Enfermagem do Trabalho, Saúde Mental, Saúde do Trabalhador.

ESTRESSORES IDENTIFICADOS POR ENFERMEIROS NO AMBIENTE HOSPITALAR

Lilian Medianeira Coelho Stekel, Laura de Azevedo Guido, Luis Felipe Dias Lopes, Juliane Umann, Rafaela Andolhe, Graciele Linch

Relatório de Pesquisa financiada pela FAPERGS n 0401356

lcstekel@yahoo.com.br

As transformações ocorridas nas últimas décadas, associadas aos crescentes conflitos relacionados às questões pessoais, sociais, profissionais e familiares, exigem dos enfermeiros reflexões acerca de suas condições. Repensar sua prática, ousar, estabelecendo relações entre o trabalho dotado de especificidades na enfermagem, com as condições e os modelos de assistência predominantes na sociedade atual, vem exigindo dos enfermeiros esforços no desenvolvimento do cuidado de enfermagem associado à gestão, a educação e a pesquisa. A enfermagem foi classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante (BRITO E CARVALHO, 2003), este fato é atribuído à responsabilidade pela vida das pessoas e a proximidade com os clientes em que o sofrimento é quase inevitável, exigindo dedicação no desempenho de suas funções. Dessa maneira, os profissionais de enfermagem, e principalmente, as características do seu trabalho apresentam-se como objeto de pesquisas científicas. Todavia não se pode deixar de considerar e refletir sobre o trabalho do enfermeiro, na perspectiva de buscar formas de intervenção a partir de diagnósticos estabelecidos em situações de diferentes complexidades. Desse desafio, surgiu o interesse desenvolver estudos relacionados ao stress na assistência de enfermagem hospitalar. O presente estudo

verificou o nível de stress dos enfermeiros no ambiente hospitalar, identificando os fatores que, no trabalho constituem-se em causa de stress, sendo geradores de desgaste físico e/ou emocional. O trabalho do enfermeiro neste ambiente, especialmente relacionado às condições de trabalho, a necessidade de relacionamento interpessoal e gerenciamento do cuidado e do serviço é considerado estressante (BRITO E CARVALHO, 2003; GUIDO, 2003). A identificação dos estressores no trabalho corresponde a um dos grandes agentes de mudança, uma vez que desenvolvidas as possíveis soluções para minimizar seus efeitos, estas podem tornar o cotidiano do enfermeiro mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-lo mais como ser humano e como profissional. Nesta mesma direção Chaves (1994) afirma que o enfermeiro, age em seu cotidiano de trabalho, com pouca ou nenhuma consciência do stress que enfrenta, por conseguinte o conhecimento do processo de stress é imprescindível para seu adequado enfrentamento, caso contrário não haverá resolução, o que levará o trabalhador ao desgaste físico e emocional. Ao estudar o stress dos enfermeiros no ambiente hospitalar, haverá uma melhor compreensão das suas causas e ajudará a elucidar questões cotidianas, frequentemente enfrentadas por estes profissionais. Para Lazarus e Launier(1978) stress é definido como qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno, que exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Tendo consciência de que o stress está presente no cotidiano dos indivíduos, em maior ou menor intensidade, proveniente de situações internas com experiências anteriores, emoções, crenças, valores; ou oriundo de situações externas decorrentes do trabalho, na família, entre amigos, torna-se mais fácil e, possivelmente, menos desgastante a sua identificação, aceitação e conseqüentemente seu enfrentamento. Em vista disso, objetivou-se conhecer estressores comuns à atuação hospitalar. Refere-se a uma pesquisa realizada em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, hospital escola com 310 leitos, de nível terciário e que presta assistência nas mais variadas especialidades. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, exploratório, transversal e de campo. Identifica-se as situações estressantes entre os enfermeiros que trabalham em área hospitalar, estabelecendo relações com estado de saúde e estratégias de coping utilizadas por tais enfermeiros. A população pesquisada constituiu-se de 143 enfermeiros, perfazendo 89,93% de enfermeiros, independente do cargo ou função desempenhada. Em observância à legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, elaborou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, onde se atendeu aos aspectos éticos e legais que envolvem a pesquisa com seres humanos. A obtenção dos dados foi realizada utilizando-se questionários que foram entregues aos sujeitos, os quais foram consultados antecipadamente, da mesma forma que foi ressaltada a importância de cada um no estudo. Para a obtenção dos dados, foi utilizado o Formulário para levantamento das atividades diárias (BIANCHIN, 1990), o qual apresenta-se dividido em duas partes: na primeira, busca-se uma caracterização do perfil dos enfermeiros estudados; a segunda é composta por 51 itens referentes aos estressores presentes na atuação do enfermeiro, onde o enfermeiro classificará cada um destes itens em valores variáveis de um a sete, usando uma escala tipo Likert. Nesta escala o número um é determinado como “pouco desgastante”, o número quatro como valor médio e o número sete como “altamente desgastante”. O valor zero será utilizado quando o enfermeiro não executa a atividade abordada. O valor atribuído para cada item foi assinalado pelo próprio enfermeiro. Os resultados obtidos com o presente estudo permitiram destacar que 55,25% dos enfermeiros encontram-se com baixo nível de stress; 34,26%

encontram-se com médio nível de stress e 10,49% em alerta para o stress vivido no trabalho e nenhum enfermeiro apresentou alto nível de stress no trabalho do Hospital Universitário. O relacionamento com o serviço de manutenção é o item de maior stress quando o trabalho está relacionado com outras unidades e supervisores. Quando relacionado às atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade a solicitação de revisão/concerto de equipamentos é o item de maior stress. Controlar a equipe de enfermagem é o item de maior stress referente às atividades relacionadas à administração de pessoal; enfrentar a morte do paciente é o item de maior stress quando relacionado a assistência de enfermagem prestada ao paciente; e controlar a qualidade do cuidado é o item de maior stress quando relacionado a coordenação das atividades da unidade. Salienta-se a importância do estudo, visto que a identificação dos estressores no trabalho é fundamental para um melhor enfrentamento, bem como possibilitar uma qualidade de vida pessoal quanto profissional. Tem-se consciência que o estudo interferiu na realidade a partir da identificação da forma como as pessoas interagem com os estressores e como enfrentam as situações de stress, assim como, entende-se que seja muito importante divulgar os dados obtidos para melhorar as condições de trabalho dos enfermeiros do Hospital Universitário. Acredita-se que o desvelamento de tais fatores pode significar possibilidades de mudança e de melhor enfrentamento da vida, minimizando estressores. Importante papel das instituições de saúde é proporcionar segurança e satisfação ao profissional, fortalecer os elos entre organização, profissionais e clientes, permitindo uma melhor qualidade de vida no trabalho. Para tanto, sugere-se a realização de cursos que permitam aos profissionais uma reflexão sobre os dados levantados a partir da pesquisa relacionando-os a conceitos que conscientizem os sujeitos e valorizem a identificação dos estressores, atualizando e oferecendo instrumentos que permitam aos enfermeiros a melhoria das condições de trabalho e relacionamento interpessoal, no ambiente hospitalar e na vida pessoal.

Descritores: Estresse; Enfermagem; Hospital.

PREVALÊNCIA DE TABAGISMO E EXPOSIÇÃO TABÁGICA AMBIENTAL EM FUNCIONÁRIOS DO HCPA

Isabel Cristina Echer, Ana Paula Almeida Corrêa e Márcia Elaine Costa do Nascimento
Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Escola de Enfermagem da UFRGS
anacorrea@hotmail.com

Introdução: O tabagismo é um grave problema de saúde pública, sendo um importante fator de risco para mortes e causa de doenças. As ações e as campanhas não são suficientes para promover uma mudança política, cultural e social relacionada ao comportamento de fumar. **Objetivo:** Conhecer a prevalência de tabagismo e exposição tabágica ambiental em funcionários do HCPA. **Metodologia:** Estudo transversal, prospectivo, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição. Foram elaborados instrumentos para funcionários fumantes, fumantes em abstinência e não fumantes, esses aplicados junto Serviço de Medicina Ocupacional do HCPA. Os dados foram digitados no Excel e analisados no pacote estatístico SPSS. **Resultados:** Participaram do estudo 1475 (35,97%) de um total de 4100 funcionários, dos quais 978 (66,3%)

eram não-fumantes, 200 (13,5%), fumantes e 295 (20%), fumantes em abstinência. Desses, 424 (28,8%) eram homens e 1049 (71,2%) mulheres. Foram analisados: escolaridade, média de idade, cargos, turnos de trabalho, presença de doenças, hábito tabágico, tabagismo passivo e motivação para parar ou continuar fumando. Entre funcionários fumantes, destacaram-se como principais motivos para abandono do tabagismo, a preocupação com a saúde 54(34%) e os conhecimentos sobre os malefícios do cigarro 29 (18%).

Conclusões: Os resultados apontam que a escolaridade e o cargo influenciam no fato de ser ou não tabagista. A partir dos resultados verifica-se que é necessário realizar um trabalho de educação e saúde que envolva todos os segmentos sociais, com vistas a buscar estratégias para diminuir o número de fumantes e melhorar a qualidade de vida.

Descritores: tabagismo, prevalência, recursos humanos em hospital.

STRESS PROFISSIONAL NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CLÍNICA MÉDICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lilian Medianeira Coelho Stekel, Laura de Azevedo Guido, Luis Felipe Dias Lopes, Juliane Umann, Rafaela Andolhe, Graciele Linch

Relatório de Pesquisa financiada pela FAPERGS n 0401356

lcstekel@yahoo.com.br

O presente estudo verificou o nível de stress dos enfermeiros no ambiente hospitalar, identificando os fatores que, no trabalho constituem-se em causa de stress, sendo geradores de desgaste físico e/ou emocional. O trabalho do enfermeiro neste ambiente, especialmente relacionado às condições de trabalho, a necessidade de relacionamento interpessoal e gerenciamento do cuidado e do serviço é considerado estressante (BRITO E CARVALHO, 2003; GUIDO, 2003). A identificação dos estressores no trabalho corresponde a um dos grandes agentes de mudança, uma vez que desenvolvidas as possíveis soluções para minimizar seus efeitos, estas podem tornar o cotidiano do enfermeiro mais produtivo, menos desgastante e, possivelmente, valorizá-lo mais como ser humano e como profissional. Nesta mesma direção, Chaves (1994) afirma que o enfermeiro, age em seu cotidiano de trabalho, com pouca ou nenhuma consciência do stress que enfrenta, por conseguinte o conhecimento do processo de stress é imprescindível para seu adequado enfrentamento, caso contrário não haverá resolução, o que levará o trabalhador ao desgaste físico e emocional. Ao estudar o stress dos enfermeiros no ambiente hospitalar, haverá uma melhor compreensão das suas causas e ajudará a elucidar questões cotidianas, frequentemente enfrentadas por estes profissionais. A partir do conhecimento e compreensão tanto dos estressores diários, vivenciados no trabalho, quanto das formas de enfrentamento mais usadas pelos enfermeiros, acredita-se que será possível identificar e propor medidas de controle do stress no trabalho hospitalar. Para Lazarus e Launier(1978) stress é definido como qualquer evento que demande do ambiente externo ou interno, que exceda as fontes de adaptação de um indivíduo ou sistema social. Tendo consciência de que o stress está presente no cotidiano dos indivíduos, em maior ou menor intensidade, proveniente de situações internas com experiências anteriores, emoções, crenças, valores; ou

oriundo de situações externas decorrentes do trabalho, na família, entre amigos, torna-se mais fácil e, possivelmente, menos desgastante a sua identificação, aceitação e conseqüentemente seu enfrentamento. Em vista disso, objetivou-se conhecer as situações causadoras de stress geradoras de desgaste físico/ emocional, comuns à atuação hospitalar. Refere-se a uma pesquisa realizada em um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul, hospital escola com 310 leitos, de nível terciário e que presta assistência nas mais variadas especialidades. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, exploratório, transversal e de campo. Descreve a situação de stress entre os enfermeiros que trabalham em área hospitalar, estabelecendo relações com estado de saúde e estratégias de coping utilizadas por tais enfermeiros. Em observância à legislação sobre pesquisa envolvendo seres humanos, elaborou-se um termo de consentimento livre e esclarecido, onde atendeu-se aos aspectos éticos e legais que envolve a pesquisa com seres humanos. A obtenção dos dados foi realizada utilizando-se questionários que foram entregues aos enfermeiros do Hospital Universitário, os quais foram consultados antecipadamente, da mesma forma que foi ressaltada a importância de cada um no estudo. Para a obtenção dos dados, foi utilizado o Formulário para levantamento das atividades diárias (BIANCHIN, 1990). O questionário apresenta-se dividido em duas partes: na primeira, busca-se uma caracterização do perfil dos enfermeiros estudados; a segunda é composta por 51 itens referentes aos estressores presentes na atuação do enfermeiro, onde o enfermeiro classificará cada um destes itens em valores variáveis de 01 a 07, usando a escala tipo Likert. Nesta escala o número um é determinado como “pouco desgastante”, o número quatro como valor médio e o número sete como “altamente desgastante”. O valor zero será utilizado quando o enfermeiro não executa a atividade abordada. O valor atribuído para cada item foi assinalado pelo próprio enfermeiro. Após a coleta, os dados foram organizados e armazenados em uma planilha eletrônica, no programa EXCEL(office XP) para que, posteriormente, fossem analisados eletronicamente com o auxílio do programa Statistical Analysis System(versão 8.02). Para a análise dos resultados, foram utilizados testes não paramétricos, levando-se em conta a natureza das distribuições dos valores, ou a variabilidade das medidas efetuadas, uma vez que os valores individuais são originários de pontos de uma mesma escala(variáveis qualitativas). Na análise dos dados usou-se a distribuição de freqüências, com números absolutos e percentuais para a caracterização da população estudada. Para este estudo, foram analisados dados referentes às unidades de Clínica Médica I e II. A amostra constituiu-se de nove (100%) enfermeiros do sexo feminino, com idade entre 20 a 30 anos(50%), com um a dez anos de formado(60%). Verificou-se que 80% atuava nas unidades em questão no período de um a dez anos e 70% receberam treinamento e escolheram a unidade para trabalhar. Identificou-se que cinco(55,55%) enfermeiros estavam com baixo nível de stress, três(33,33%) com médio nível de stress e dois em estado de alerta para o stress(22,22%). Para Boller (2003), os trabalhadores estressados executam suas atividades com pouca precisão, faltam ao trabalho, são ansiosos e depressivos. Por outro lado, Guido (2003) afirma que é importante que os enfermeiros conheçam formas de identificar e diminuir o stress no trabalho para aumentar a satisfação em exercê-lo. A área de maior stress diz respeito as atividades vinculadas à administração de pessoal (40%), seguida da área que envolve atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade (30%). Por outro lado, a assistência direta ao paciente, não foi identificada como a de maior stress por nenhum enfermeiro. Salienta-se a importância do estudo, visto que a identificação dos estressores no trabalho é fundamental para um melhor enfrentamento, bem

como possibilitar uma qualidade de vida pessoal quanto profissional. Tem-se consciência que o estudo interferiu na realidade a partir da identificação da forma como as pessoas interagem com os estressores e como enfrentam as situações de stress, assim como, entende-se que seja muito importante divulgar os dados obtidos para melhorar as condições de vida pessoal e profissional dos enfermeiros do Hospital Universitário. Acredita-se que o desvelamento de tais fatores pode significar possibilidades de mudança e de melhor enfrentamento da vida, minimizando estressores. Importante papel das instituições de saúde é proporcionar segurança e satisfação ao profissional, fortalecer os elos entre organização, profissionais e clientes, permitindo uma melhor qualidade de vida no trabalho. Para tanto, sugere-se a realização de cursos que permitam aos enfermeiros do hospital Universitário uma reflexão sobre os dados levantados com a pesquisa relacionando-os a conceitos que conscientizem as pessoas e valorizem a identificação dos estressores, atualizando e oferecendo instrumentos que permitam aos enfermeiros a melhoria das condições de trabalho e relacionamento interpessoal, no trabalho e na vida pessoal.

Descritores: Estresse; Enfermagem; Hospital

**RELATO DE EXPERIÊNCIA - UMA PRÁTICA EDUCATIVA COM OS TRABALHADORES
RECÉM-ADMITIDOS DO GRUPO DE ENFERMAGEM (GENF) DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DE PORTO ALEGRE (HC)**

Fernanda Indriunas Perdomini, Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, Maria Lúcia Scola
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
mscola@hcpa.ufrgs.br

O HC realiza várias ações educativas que objetivam facilitar a integração inicial dos trabalhadores que ingressam na Instituição. Dentre essas, o Curso Introdutório para os trabalhadores de enfermagem. Esse curso acontece nas primeiras semanas após a admissão do novo trabalhador e contempla vários temas que são refletidos e analisados coletivamente, a partir da pedagogia da problematização. Um dos temas desenvolvidos trata da Geração e Descarte de Resíduos (lixo) gerados no Hospital, bem como os resíduos produzidos no cotidiano da atividade humana. Essa prática educativa inicia com a problematização do tema instigando os participantes a uma reflexão conjunta sobre o mundo em que vivem e sobre a responsabilidade que cada ser humano tem acerca da sustentabilidade da vida no planeta. Desse ponto de partida a educadora em serviço - trabalhadora e os educandos-trabalhadores vão trazendo a realidade concreta que envolve o descarte de resíduos produzidos no dia-a-dia de suas atividades no hospital para a discussão, reflexão e análise. É realizada uma prática onde são disponibilizados aos participantes materiais utilizados e produzidos no cotidiano do cuidado em saúde e nas demais atividades resultantes do dia-a-dia do trabalhador para serem descartados nos diversos recipientes padronizados na Instituição. Dessa forma é criado um espaço para discussão coletiva sobre os descartes do lixo, das razões que justificam as diversas formas de descarte, bem como o tratamento e destino final. Nessa prática educativa são compartilhadas alternativas de como melhorar as ações de descarte na instituição e no cotidiano da vida, valorizando os saberes e práticas de cada

trabalhador, bem como, a busca coletiva de melhores práticas. Ao final dessa ação educativa reflete-se sobre a responsabilidade social de cada um quanto à preservação do ambiente no sentido de uma melhor qualidade de vida no planeta.

Descritores: educação em saúde; capacitação em serviço; lixo.

PSICODINÂMICA DO TRABALHO DA ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: UMA BREVE REFLEXÃO

Francine Cassol Prestes, Carmem Lúcia Colomé Beck, Rosângela Marion da Silva, Juliana Petri Tavares,
Andrea Prochnow, Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi
Universidade Federal de Santa Maria
francassol@bol.com.br

A psicodinâmica do trabalho é uma abordagem científica que tem como objeto de estudo as relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação do trabalhador, ou seja, a atribuição de sentido que o trabalhador constrói com sua realidade de trabalho. A teoria foi desenvolvida nos anos 90, na França, por Christopher Dejours como uma “teoria crítica do trabalho” que envolve dimensões da construção e reconstrução das relações entre os trabalhadores e a realidade concreta (MENDES et al, 2007). O trabalho é o momento significativo do homem, podendo proporcionar felicidade, liberdade, e até mesmo, loucura e doença mental (CODO et al, 2004). Além disso, o trabalho representa o provimento do sustento, o estabelecimento das relações sociais, a possibilidade de reconhecimento, sofrimento e prazer, além de diversas outras possibilidades que esse pode proporcionar (MACHADO, 2006). Dentre as diversas áreas de atuação da enfermagem, destaca-se a especialidade da Nefrologia, um importante campo de atuação dessa profissão considerando-se tanto as necessidades específicas dos cuidados aos pacientes que possuem diagnóstico médico de Insuficiência Renal Crônica (IRC) quanto a crescente incidência dessa patologia, compreendida como um problema de saúde pública no Brasil. Segundo Beck, Dernardin e Gonzales (2005) o trabalho da enfermagem tem como atividade central o cuidado ao ser humano e a sua família, o que implica em um alto nível de exigência e complexidade e que por isso, precisa ser constantemente repensado no sentido de se oferecer oportunidades com vistas a promover o bem-estar e a felicidade desses trabalhadores. A partir dessas considerações, propomos este estudo que tem por objetivo apresentar uma reflexão acerca da psicodinâmica do trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise. Trata-se de um estudo crítico-reflexivo embasado em leituras e discussões referentes à temática no Grupo de Pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise, a exemplo do trabalho no âmbito hospitalar é realizado de forma parcelada, de modo que as tarefas são divididas entre os mais e os menos graduados (Pitta, 1991). Assim, as atividades técnica e socialmente mais qualificadas são de responsabilidade do enfermeiro que chefia e supervisiona os técnicos e auxiliares de enfermagem que executam o trabalho junto ao paciente. A autora supracitada ressalta que apesar dos auxiliares e técnicos de enfermagem desempenharem as tarefas mais intensas e repetidas, são

social e financeiramente menos valorizados. Em uma investigação sobre o sofrimento entre os trabalhadores da saúde, em diferentes áreas hospitalares, Pitta (1991) encontrou a maior taxa (45,5%) de suspeita de sofrimento entre os trabalhadores da hemodiálise, seguida da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Pediátrica (32,1%). Segundo a autora, esse serviço atende pacientes com “prognósticos sombrios” que aguardam avanços científicos e a possibilidade de um transplante renal necessitando submeter-se a sessões de hemodiálise como condição inerente à manutenção da vida. Ao discorrer sobre o trabalho dos técnicos de enfermagem em serviços de hemodiálise, Martins et al (2007) afirmam que esses trabalhadores são os que mais tempo possuem de relação com os pacientes, pois são os fornecedores de cuidados contínuos, ficando, assim, mais expostos às desorganizações psíquicas dos sujeitos portadores de doença crônica e/ou de seus familiares do que os demais profissionais da saúde. Considerando-se que as situações cotidianas de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados (DEJOURS, 2004) como imprevistos provenientes dos pacientes, das máquinas, dos colegas, dentre outros, o trabalho em turnos é um potencial fator de sofrimento ao trabalhador, pois implica que as tarefas sejam executadas num determinado espaço de tempo pré-estabelecido, a fim de não atrasar o trabalho do turno seguinte. Acredita-se que a pressão no tempo, além de gerar sofrimento também pode potencializar os riscos de acidente no trabalho. A esse respeito, Schulz et al (2004) mencionam que nos serviços de hemodiálise o trabalhador fica exposto a riscos, sendo que o acidente de trabalho é uma das maiores causas de lesão e doença profissional nesse ambiente de trabalho. Outro aspecto importante no trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise é a necessidade de manipular máquinas e equipamentos, os quais requerem habilidade técnica e monitoração contínua. Diante do sinal de alarme da máquina que indica que algo não está funcionando adequadamente durante a hemodiálise, observa-se, empiricamente, a preocupação dos trabalhadores de enfermagem, primeiramente, com funcionamento da máquina em detrimento das outras necessidades do paciente. Assim, evidencia-se que o trabalho da enfermagem em serviços de hemodiálise possui características que potencializam as vivências de sofrimento pelos trabalhadores como a necessidade de atuar junto a pacientes crônicos, que muitas vezes, encontram-se deprimidos pelas restrições impostas pela doença e “dependência da máquina”, de realizar as atividades que exigem alto nível de habilidade técnica, com pressão no tempo, bem como a exposição constante a acidentes de trabalho. Ao final do estudo, sugere-se a realização de ações no campo da saúde do trabalhador em serviços de hemodiálise com vistas a estimular a (re)significação do sofrimento nos trabalhadores, bem como a socialização das vivências de prazer no trabalho.

Descritores: saúde do trabalhador; enfermagem; nefrologia.

Referências:

1. BECK, C. L. C.; DENARDIN, M. L.; GONZALES, R. B. A banalização das crises vivenciadas pelas enfermeiras no mundo do hospital. *Rev. Técnico Científica de Enfermagem (RECENF)*, v.3, n. 13, p. 479-485, out./ dez. 2005.
2. CODO, W. (Organ.). *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.
3. DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.
4. DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. *Revista Produção*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 27-34, 2004.
5. MACHADO, A. G. *Cuidadores: seus amores e suas dores – o prazer e o sofrimento psíquico dos auxiliares e técnicos de enfermagem de um hospital cardiológico*. Dissertação [Mestrado em Psicologia Social e Institucional] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

6. MARTINS, A. P. et al. Trabalho em Hemodiálise: Intervenção Junto a uma Equipe de Enfermagem. In: Jornada de Avaliação Institucional, 1. , 2007, Vitória. Anais da I Jornada de Avaliação Institucional: Faculdade Saberes, 2007, p. 133-136. Disponível em: <http://www.petpsicologiaufes.com/anaisdajornada/trabalhos/trabalho%20em%20hemodialise.pdf> . Acesso em 15 Nov. 2008.
7. MENDES, A. M. (Organ.). Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método e Pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
8. PITTA, A. M. F. Hospital dor e morte como ofício. São Paulo, SP: Hucitec. 2. ed. 1991.

SOBREPESO E OBESIDADE EM TRABALHADORES DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Carla Vendrame Basso, Rozemy Gonçalves, Neusa Picetti, Maria Alice Souza de Abreu, Maria Cristina Sant'Anna da Silva, Leone Ferreira Pereira, Eunice Hilleshein Liana Lautert
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
carlavbasso@terra.com.br

Introdução: O crescente aumento da população com excesso de gordura corporal é um problema que iniciou nas sociedades consideradas desenvolvidas e hoje afeta inúmeros países, entre os quais está o Brasil. Devido a sua magnitude, se transformou em um problema de saúde pública da sociedade contemporânea, pois afeta negativamente a qualidade de vida, sendo uma complicação relacionada principalmente às doenças cardio e cerebrovasculares e à Diabete Melito (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2003). Uma revisão de 57 investigações desenvolvidas na Europa e Estados Unidos com 900 mil adultos revelou que um Índice de Massa Corporal (IMC) alto aumenta as taxas de mortalidade (PETO; WHITLOCK, 2009). A mortalidade se mostrou menor no IMC considerado ideal (entre 22,5 e 25 kg/m²), nos dois sexos. Cada 05 kg/m² adicional representou um aumento de: 40% na mortalidade por doenças cardíacas, acidentes vasculares e outros problemas vasculares; 60% a 120% para diabetes e doenças hepáticas e renais; 10% em relação ao câncer; e 20% de aumento para indivíduos com doenças pulmonares. A obesidade moderada reduziu a expectativa de vida entre dois e quatro anos. Para casos de obesidade grave ou mórbida, a diminuição foi de oito a dez anos, e cada 05 kg/m² acima do valor máximo ideal (25 Kg/m²) resultou em aumento de um terço na mortalidade geral. Portanto, sendo a obesidade um problema que afeta negativamente a qualidade de vida e em consequência a vida do trabalhador e, em consequência, seu desempenho profissional, optamos por esta investigação. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é identificar as relações de dependência das variáveis sobrepeso e/ou obesidade por meio do IMC com a prática de Atividade Física Regular (AFR), idade e sexo de trabalhadores do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Método:** Estudo descritivo, quantitativo que apresenta dados parciais do Projeto Avaliação dos Fatores Potencializadores de Saúde-Adoecimento dos Trabalhadores do HCPA, tendo como variável de interesse o IMC. O IMC (definido pelo peso em kg dividido pela altura em metros quadrados) é uma medida útil para avaliar o excesso de gordura corporal, sendo que adultos com IMC igual ou superior a 30kg/m² devem ser classificados como obesos e sobrepeso aqueles com IMC entre 25 e 30Kg/m² (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). A amostra foi de 582 (14%) trabalhadores, de uma população de 4155 contratados em regime de Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), que estavam trabalhando no período

entre julho e dezembro de 2008 e aceitaram participar do estudo. Os trabalhadores foram abordados no momento em que realizavam o Exame Periódico de Saúde ou no local de trabalho, durante sua jornada laboral. A coleta de dados ocorreu com aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os quais foram pesados e submetidos à mensuração da altura e posteriormente responderam a um questionário. Foram excluídos da amostra trabalhadores licenciados ou que não aceitaram participar da pesquisa. Os dados foram submetidos à estatística descritiva através do software Statistical for Package Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 12.0. Os resultados foram analisados através da estatística descritiva para comparação das médias das variáveis dicotômicas sendo utilizado o teste t-Student com nível de significância de 5%. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Instituição, com o número 07-482. **Resultados:** Entre os indivíduos da amostra, 24 apresentam baixo peso (IMC abaixo de 18,5), 243 apresentam medidas compatíveis com eutróficos, 208 tem sobrepeso, 83 foram classificados como obesos I, 24 obesos II e 04 obesos III; 319 (54,81%) apresentam IMC maior ou igual a 25, indicando sobrepeso e/ou obesidade. Quanto às demais variáveis em estudo, 346 (59,45%) têm idade de 40 anos ou mais, 451 (77,5%) são do sexo feminino, 274 (42,8%) tiveram algum afastamento do trabalho, sendo que 67 (11,5%) tiveram afastamentos por períodos superiores a 15 dias, 72 (12,4%) são tabagistas e 374 (64,03%) não realizam AFR. Ao testar a diferenças entre as variáveis do estudo, verificou-se que deve haver diferença significativa na média do IMC entre os grupos de sexo (p -valor=0,022), idade (p -valor=0,013) e afastamento do trabalho por mais de 15 dias (p -valor=0,040). Observou-se um IMC significativamente maior entre as mulheres, assim como entre os sujeitos com 40 anos ou mais, e entre o grupo de sujeitos que se afastaram do trabalho por um período superior a 15 dias. Observou-se ainda que a proporção de indivíduos com sobrepeso aumenta com a idade; na faixa etária de 30 a 39 anos 45,85% da amostra apresenta sobrepeso/obesidade, enquanto na faixa de 40 a 49 anos o percentual é de 56,79% e na de 50 a 59 anos é de 61,61% respectivamente. No entanto o IMC não foi associado com afastamento do trabalho (p -valor=0,716), com tabagismo (p -valor=0,360) e com prática de Atividade Física Regular (p -valor=0,454). No entanto entre os 375 (70,63%) que não realizam AFR, apenas 149 (39,73%) têm peso adequado. **Conclusão:** Os dados indicam prevalência de sobrepeso entre os trabalhadores, e este ocorre em maior número em mulheres com idade de 40 anos ou mais. O peso dos trabalhadores não apresentou significância estatística com a realização de AFR, provavelmente porque aqueles com peso adequado possuem fatores que os favorecem (genéticos e/ou alimentares). Entre os trabalhadores com aumento de peso, metade teve afastamento do trabalho.

Descritores: Índice de Massa Corporal; Saúde do Trabalhador; Avaliação em Enfermagem.

Referências:

1. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Doenças crônico-degenerativas e obesidade: uma estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília, 2003. Disponível em: www.saude.gov.br/bvs/publicacoes. Acesso em: 05 de abril de 2009
2. PETO, Richard; WHITLOCK, Gary. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *The Lancet*, Oxford UK, n.373, p.1083-96, 18 mar. 2009. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 14 abr. 2009.
3. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity. Geneva; 1998.

ACIDENTES COM MATERIAIS BIOLÓGICOS EM TRABALHADORES DA SAÚDE DA 4ª REGIÃO SANITÁRIA DO RS: REALIDADE OU SUBNOTIFICAÇÃO?

Sueli Terezinha Goi Barrios, Silvia Beatriz Santos da Silva, Jaime Rosalino, Sergio Arthur Fernandes da
Silva, Sueli Terezinha Goi Barrios

Centro de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – Região Centro/RS

sueligbarrios@bol.com.br

A exposição a acidentes com materiais biológicos representa um sério risco aos profissionais das instituições de saúde, em decorrência da possibilidade de transmissão de diversos agentes patógenos, sendo o vírus da imunodeficiência humana (HIV), o da hepatite B (HBV) e o da hepatite C (HCV) os agentes infecciosos comumente envolvidos. Os ferimentos com agulhas e materiais perfurocortantes, além de serem os mais frequentes, são também considerados os mais perigosos por envolverem sangue e outros fluidos orgânicos. Segundo a literatura, os riscos estimados de infecção por HIV pós-exposição ocupacional com sangue contaminado é de 0,3%. No caso, da hepatite C o risco é de 1,8 %, aumentando em relação a hepatite B variando de 6 a 30%. Devido às consequências destes acidentes, são considerados pelo Ministério da Saúde e devem ser tratados como emergência médica, uma vez que para atingir maior eficácia, as intervenções devem ser iniciadas logo após a sua ocorrência. Os profissionais envolvidos na assistência a saúde, especialmente os da área da enfermagem, são os mais suscetíveis a este tipo de acidente, tendo em vista ser o maior grupo de trabalhadores nos serviços de saúde, estarem envolvidos mais diretamente na assistência e realizarem maior número de procedimentos que utilizam agulhas, responsáveis por 80 a 90% dos acidentes. Com essas características, mesmo com apurada destreza e grande competência técnica, a ocorrência desse tipo de acidente poderia ser alta. Entretanto, os registros disponíveis demonstram o contrário. A subnotificação dos casos impossibilita um diagnóstico real do número de trabalhadores acidentados, bem como das consequências causadas por estes acidentes, dificultando o planejamento e a adoção de medidas de intervenção para controle e prevenção. No Brasil, alguns trabalhos indicam aproximadamente 50% de subnotificação desses acidentes. Essa situação entre os profissionais de saúde tem sido apontada por autores como NISHIMURA & FERRREIRA, 2004, como falta de conscientização sobre o risco, tanto por parte dos trabalhadores como dos gestores da saúde. O medo de perder o emprego, e a culpabilização que sentem em relação a esse evento, a falta de organização adequada do serviço de atendimento ao trabalhador, as dificuldades do sistema de informação e principalmente a descrença na importância desse tipo de acidente de trabalho, transforma-o em um evento natural e parte integrante das atividades profissionais na área da saúde. A complexidade representada por essa percepção expõe o desafio de implantar a Política de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador - PAIST, tendo em vista que a naturalização do risco e do acidente pelo profissional da saúde pode impedi-lo de reconhecer o papel determinante que o trabalho exerce sobre as condições de vida e saúde dos trabalhadores atendidos por ele. Neste contexto, considerando a necessidade de construir indicadores de morbi-mortalidade no campo da saúde do trabalhador o Estado do RS implantou, em 2000, o Sistema de Informações em Saúde do Trabalhador - SIST/RS, que torna os agravos relacionados ao trabalho de notificação compulsória, permitindo assim o desenvolvimento de um banco de dados com informações de

todos os acidentes, doenças e óbitos relacionados à atividade laboral. O Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST Região Centro, com sede em Santa Maria, desde sua inauguração tem investido na capacitação dos gestores e trabalhadores de saúde dos municípios de sua área de abrangência com vistas a implantar e consolidar o SIST, para que efetivamente retrate a realidade das doenças e acidentes relacionados ao trabalho que acometem o conjunto dos trabalhadores dos 32 municípios da Região Centro. Especificamente em relação aos acidentes com material biológico, existe o entendimento de que ocorram, porém não é possível dimensionar sua importância epidemiológica nem as consequências destes, em função da sub-notificação. Considerando que ao CEREST cabe a implantação da PAIST, incluindo o trabalhador da saúde, este trabalho teve como objetivos: (a) Identificar o número de acidentes de trabalho com exposição a material biológico notificados através do Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador – SIST/CEREST e (b) Mapear os locais de trabalho e as categorias profissionais com maior coeficiente de acidentes de trabalho com materiais biológicos nos serviços de saúde da 4ª região sanitária, de acordo com o banco de dados do SIST. Trata-se de um estudo retrospectivo, cujos dados foram levantados através do banco de dados do SIST/RS relativos à região de abrangência do CEREST Região Centro, alimentado pelas notificações efetuadas através dos Relatórios Individuais de Notificação de Agravamento - RINA, que foram digitados pelas Secretarias de Saúde dos 32 municípios que compõem sua área de abrangência. As notificações obedeceram ao Código Internacional de Doenças – CID-10, e apresentaram como diagnóstico principal “contato com ou exposição a doenças transmissíveis; inclui acidente com material biológico ou perfurocortante” Os dados informados no SIST produziram relatórios gerados pelo Sistema de Análise de Negócios - SAN, os quais apontaram os seguintes resultados: (1) durante o ano de 2008 foram notificados 10 acidentes com materiais biológico ou perfuro cortante. (2) Estes acidentes ocorreram em oito dos trinta e dois municípios que fazem parte da área de abrangência do CEREST, sendo que apenas um registrou três acidentes e os outros sete registraram apenas um acidente durante todo o ano de 2008. (3) Os locais onde os acidentes aconteceram foram: Hospitais = 2 ; Pronto Atendimento = 2 e Unidades Básicas de Saúde = 6. (4) Dentre as categorias profissionais, 6 acidentes ocorreram na categoria de enfermagem, sendo que destes, quatro eram técnicos e duas enfermeiras; 2 em profissionais dos serviços de limpeza; uma farmacêutica e uma auxiliar de laboratório. Diante dos resultados, confirma-se que as profissões mais suscetíveis a sofrer acidentes com material biológico são as da área de enfermagem, principalmente os técnicos de enfermagem. Com relação à unidade de trabalho, grande parte dos acidentes ocorreu nas unidades básicas de saúde que são os locais onde mais são realizados procedimentos de riscos usando materiais perfurocortantes, além de abarcar um quantitativo significativo de profissionais de saúde. Este estudo evidenciou o desafio apresentado ao CEREST, em parceria com a 4ª CRS, no sentido de promover a implantação do Protocolo de Acidentes com Material Biológico, com a construção de rede de atenção ao acidentado, com fluxos bem definidos, mas principalmente intensificar os processos de sensibilização e conscientização dos gestores e trabalhadores do setor saúde, sobre a importância em relacionar os acidentes com material biológico à atividade laboral, notificando-os no SIST, de modo que estas informações possam de fato refletir a realidade epidemiológica de cada município, tornando-se uma ferramenta com potencialidade para subsidiar o planejamento e consequentemente qualificar a gestão. Conhecer os acidentes de trabalho com material biológico de nossa

região pode ser o ponto de partida para a priorização do desenho de medidas de correção das condições que envolvem o trabalhador de saúde em seu ambiente de trabalho. Eis aí um importante desafio para os gestores do Sistema de Saúde.

Descritores: Enfermagem; Acidente de Trabalho, Notificação de doenças.

ESTRESSE: UM FATOR AGRAVANTE À SAÚDE DE PESQUISADORES

Rafael Haeffner, Teila Ceolin, Rita Maria Heck, Andrieli Daiane Zdanski de Souza, Marcos Klering Mesquita, Marisa Vanini, Rosa Lia Barbieri, Vanda Maria da Rosa Jardim, Cibele Velleda dos Santos, Caroline Vasconcellos Lopes

Universidade Federal de Pelotas

rafaelhaeffner@ibest.com.br

Introdução: O interesse à realização deste trabalho, tem como força motriz a observação histórica em torno da Saúde do Trabalhador. Esta classe que sofreu e ainda sofre deteriorações físico-mentais ao longo das décadas, por falta de condições adequadas em seu processo de trabalho resultando em inúmeras e distintas doenças, como as crônicas degenerativas, invalidez, muitas vezes levando até mesmo ao óbito. O risco de doenças é função direta da duração e intensidade da exposição à fatores negativos/ estressores, não é devidamente considerado do regime de trabalho, podendo tais deteriorações na saúde dos trabalhadores sofrer desvios da legislação¹. Como campo de práxis, de produção de conhecimentos orientados para uma ação/ intervenção transformadora, a Saúde do Trabalhador defronta-se com questões emergentes, que impelem a definição de novos objetos de estudo, contemplando demandas explícitas ou implícitas dos trabalhadores². Faz parte de uma importante sub-área da Saúde Pública, a Epidemiologia Ocupacional, especialmente após a consolidação das Leis Trabalhistas, ocorre uma maior atenção a essa temática. A cada dia que passa os trabalhadores vem conquistando novos e fundamentais direitos, contribuindo no processo saúde doença. A LOS (Lei Orgânica da Saúde), nº 8080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelece ainda como campo de atuação a Saúde do Trabalhador. Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho³, tornando desta maneira a saúde do trabalhador dever do Estado e direito de todos. Portanto esta complexa dinâmica envolve Governo e as suas mais diversas esferas, iniciativa privada e a população. O objetivo do presente trabalho é pontual no processo de trabalho, pois tem a pretensão de conhecer os fatores que podem levar tanto estresse como ao cansaço, dos trabalhadores pesquisadores, em uma empresa agropecuária de grande porte. **Método:** O estudo foi realizado a partir de um projeto de pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, constituindo-se em uma abordagem quantitativa descritiva, em uma empresa agropecuária ao Sul do Rio Grande do Sul, vinculada ao Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Os dados foram coletados no período que

compreende os meses de junho à julho de 2008. Na referida empresa os trabalhadores em pesquisa eram de 81 indivíduos, sendo que destes 10 estavam afastados e/ou licença para aperfeiçoamento profissional, viagens à trabalho, totalizando assim 71 trabalhadores ativos na empresa no período de realização do estudo. Somados aos demais trabalhadores das outras categorias da empresa, o universo do quadro de funcionários chegou ao total de 326 indivíduos. Foram realizadas 39 entrevistas (59,2% do total de pesquisadores). Foi realizada uma amostragem aleatória simples, tendo como critérios para inclusão dos sujeitos no estudo, trabalhar como pesquisador, entendimento e consentimento para que os dados sejam divulgados. O instrumento da pesquisa é formado de um questionário estruturado com questões abertas e fechadas. Todos os participante assinaram o Consentimento Livre e Esclarecido, sendo lhe resguardado todos os seus direitos no transcorrer da entrevista, através dos preceitos éticos baseados no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. O projeto de extensão, do qual foi colhido os dados para este estudo, foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia da Universidade Federal de Pelotas, tendo o parecer favorável sob o n.º 011/2008. Para análise dos dados, foi utilizado o software Epi Info versão 6.04.

Resultados e discussão: A faixa etária dos trabalhadores variou de 31 a 69 anos, sendo que a média de idade é de 48,3 anos. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)⁴ a proporção de homens e mulheres no Brasil é de 95/100, no entanto o número de pesquisadores do sexo masculino (69,2%) sobrepunha-se ao feminino (30,8%). As jornadas de trabalho nas estações físicas da empresa começavam em torno das 8h. O horário de intervalo para almoço era livre dentro de um período entre 11h e 13h, horários de abertura e fechamento do restaurante, sendo que uma proporção relativamente alta (76,9%) realizava as refeições na própria empresa. O término da jornada dava-se às 17h, horário em que os trabalhadores deixavam o local de trabalho. Quando se avaliou a pausa no trabalho, pelo menos 79,5% dos entrevistados acham necessário um intervalo de descanso durante o período de trabalho para o tipo de função que exercem, sendo que 71,8% dos pesquisadores realizam no mínimo 10 minutos de intervalo de descanso entre as horas de trabalho. Ainda 51,3% às vezes costumam levar trabalho para casa e na mesma proporção se dedicam ao lazer, enquanto que 30,8% sempre possuíam o hábito de levar trabalhos para casa. O cansaço gerado que atinge 51,3% destes pode estar relacionado a estes fatores. Outro risco ocupacional que se torna relevante neste estudo é o estresse, pois 56,4% dos entrevistados referiram irritação ou nervosismo. A presença de sobrecarga (43,6%), a repetição de tarefas (61,5%), as pressões de tempo (79,5%), a necessidade de rápida execução das tarefas (71,8%) e a exigência do trabalho sobre si (64,1%) são dados de acordo com pesquisa realizada⁶, que revelam fatores estressores, podendo estar intrinsecamente relacionados ao trabalho. Pesquisas⁸⁻⁹ relacionadas a outras categorias profissionais também evidenciaram o estresse dos trabalhadores, podendo desencadear agravos a saúde. Contudo apesar dos dados apresentados anteriormente, em relação à auto-avaliação da saúde nos últimos 30 (trinta) dias antecedentes a entrevista, 23,1% dos pesquisadores referiu que esta se apresenta regular, 25,6% relataram estar boa e 48,7% variam de muito boa a excelente. Esse dado demonstra que pelo menos 50,0% desses trabalhadores consideram-se estar em bom estado de saúde. **Conclusão:** No referido estudo foi possível concluir, que existem algumas condições agravantes de riscos ocupacionais como estresse, cansaço/fadiga e fatores relacionados a esta problemática, que incidem sobre a saúde de pesquisadores. Sendo assim, nossa sugestão é que sejam implementadas estratégias/ações

de cuidado na saúde destes trabalhadores, para alívio dos pontos conflitivos, como a realização de atividades físicas, de integração e lazer, juntamente com auxílio de uma equipe multidisciplinar em saúde.

Descritores: Saúde do trabalhador. Pesquisador.

Referências:

1. Saúde no Trabalho: uma revolução em andamento.(Daphnis Ferreira Souto). Disponível em: Acessado em: 15 de abril de 2009.
2. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: percursos e dilemas.(Carlos Minayo- Gomes¹, Sonia Maria da Fonseca Thedim-Costa¹). Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo>.Acessado em 12 de abril de 2009.
3. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003.
4. Goldim JR. Manual de iniciação à pesquisa em saúde. Porto Alegre: Da casa, 1997.
5. Brasil. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Informação Demográfica e Socioeconômica. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2007.
6. Glowinkowski SP, Cooper CL. Managers and professionals in business/industrial settings: the research evidence. In: Ivancevich JM, Gangster DC (Orgs.). Job stress: from theory to suggestion. Nova York: Haworth, 1987.
7. Martinez MC, Latorre MRDO. Saúde e capacidade para o trabalho de eletricitários do Estado de São Paulo. Ciênc. saúde coletiva. Jun 2008; 13(3): 1061-1073.
8. 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. Ago 2006; 14(4): 517-525.
9. Battiston M, Cruz RM, Hoffmann MH. Condições de trabalho e saúde de motoristas de transporte coletivo urbano. Estud. psicol. (Natal). Dez 2006; 11(3): 333-343.

FATORES ESTRESSANTES VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

Maria da Graça Oliveira Crossetti, Amanda de Souza Magalhães, Cecília Zys Magro, Fabiana Grings das Chagas, Gabriela Garcia Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

gabyinha@gmail.com

Introdução: Dentre as diferentes áreas de atendimento de um hospital, as unidades de emergência constituem um dos setores de maior importância, onde situações críticas e inesperadas ocorrem diariamente. Destacam-se os serviços públicos de emergência, cuja demanda está cada vez mais crescente, determinando superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais que nele atuam (DAL PAI; LAUTERT, 2006). A falta de estruturação das Unidades Básicas de Saúde e a pouca oferta de serviços para resolver problemas simples da população levam os pacientes a procurarem os hospitais que têm atendimento de emergência (TOSCANO; DE OLIVEIRA, 2001). Considerando a natureza das práticas de cuidado que a equipe de enfermagem possui no seu cotidiano como desafios, ameaças e vivência direta com o processo de dor, morte e sofrimento (BATISTA; BIANCHI, 2006), a qualidade de vida desses trabalhadores tende a abalar-se, ocasionado diminuição na capacidade de produção, absenteísmo, criando assim um ambiente estressor tenso e cansativo (BOLLER, 2003). O estresse tornou-se marcante na atuação da equipe de enfermagem na unidade de emergência, e percebe-se a preocupação sobre o assunto com o aumento nas

publicações de estudos (BATISTA; BIANCHI, 2006). A partir disso, torna-se imprescindível uma melhor orientação sobre o modo de conviver da forma mais saudável com este, assim como a busca de mecanismos de prevenção. **Objetivo:** conhecer os fatores que determinam o estresse na equipe de enfermagem em unidade de emergência. **Metodologia:** estudo qualitativo exploratório descritivo do tipo pesquisa bibliográfica segundo Gil (2002). As fontes compreenderam artigos de enfermagem inerentes à temática, publicados na realidade nacional. Realizou-se a pesquisa na base de dados do LILACS, SCIELO, BIREME e BDENF. Incluíram-se os artigos publicados no período entre 1998 a 2008. Artigos que não tinham a equipe de enfermagem como foco na discussão dos fatores estressantes foram excluídos. A análise de dados iniciou com uma leitura detalhada dos artigos, seguidos por uma categorização dos aspectos semelhantes. Foram obedecidas às normas de citação conforme ABNT (Associação Brasileira de Normas e Técnicas). A amostra do estudo compreendeu 21 artigos científicos dos 44 que foram selecionados. **Resultados:** A partir da década de 60, a enfermagem foi apontada como uma profissão estressante, pois já se sabia que os setores em que o enfermeiro presta assistência eram exaustivos, tanto pelos fatores relacionados ao ambiente de trabalho, como pelo contato constante com o sofrimento humano e os conflitos interpessoais (MENZIES, 1960 apud BATISTA; BIANCHI, 2006). Em atenção aos objetivos, identificaram-se as categorias: a) fatores laborais, caracterizados pela sobrecarga de trabalho, ambiente físico, escassez de material ou tecnologia inadequada e a falta de pessoal para sustentar a equipe de enfermagem; b) fatores subjetivos, como relações interpessoais, carga emocional e assistência prestada; c) cuidando do cuidador. *Fatores laborais:* Segundo Batista e Bianchi (2006), as más condições de trabalho - sobrecarga de atividades a serem desempenhadas, a falta de estrutura do ambiente físico, a deficiência de material ou tecnologia inapropriada e a carência de recursos humanos – são causadoras dos altos níveis de estresse. Podemos relacionar a sobrecarga de trabalho com o tempo reduzido para a realização da assistência, marcado pela alta demanda de pacientes e pelo acúmulo de atividades. É comum no Brasil trabalhadores da área de enfermagem manterem dois empregos. Esses aspectos colaboram com a geração da sobrecarga, possuindo estreita relação com a diminuição da qualidade de vida desses profissionais, visto que, pelo acúmulo de horas de serviço, possuem poucos momentos de descanso e lazer (BRITO, 2000; PORTELA; ROTENBERG; WAISSMANN, 2005 apud PINHO, 2007). O ambiente físico pode também constituir outro fator laboral significativo do estresse na equipe de enfermagem. Acomodação inapropriada de pacientes, dimensão inadequada dos mobiliários, ausência de cadeiras e insuficiência de material de manutenção são exemplos comuns da falta de estrutura física existentes em algumas emergências (MARZIALE, 1995 apud MIQUELIM et al., 2004). Também os materiais e o uso da tecnologia apropriada são recursos essenciais para o bom andamento do trabalho em enfermagem (BATISTA; BIANCHI, 2006). A ausência ou precariedade desses aspectos em um setor de emergência resulta em má qualidade da assistência prestada e pode gerar conflitos entre os profissionais. Além disso, a carência de recursos humanos, de acordo com Stacciarini e Troccoli (2001), prejudica o desenvolvimento da assistência e pode ser vista como fonte geradora de conflitos entre os profissionais, principalmente numa unidade de emergência onde são necessários dinamismo e agilidade na realização do trabalho. Tacs e Vendruscolo (2004) explicam que, no setor de emergência, os enfermeiros precisam tomar decisões imediatas pelo fato de ficarem responsáveis por inúmeros pacientes, gerando a necessidade de uma

equipe de enfermagem completa e bem integrada. Para Miquelim et al. (2004), são inegáveis os benefícios proporcionados aos profissionais quando o seu ambiente laboral mantém um equilíbrio com relação ao nível de estresse. Esse equilíbrio proporciona uma maior qualidade do trabalho por parte dos profissionais e, conseqüentemente, uma maior qualidade no atendimento aos pacientes. *Fatores subjetivos:* O processo saúde-doença desencadeia alguns fatores vividos pelos enfermeiros, principalmente nos setores de emergência, entre eles: incompreensão, desespero e morte (BATISTA; BIANCHI, 2006). Ao procurar o atendimento de emergência, o paciente não traz consigo somente dor, sofrimento, a gravidade da sua doença ou a dúvida em relação ao seu diagnóstico. Agregados a estes fatores existem fragilidade, medo, insegurança, familiares preocupados e ansiosos, desejo de encontrar agilidade, qualidade e eficácia no atendimento recebido. Esses, entre outros fatores já citados, podem ser classificados como fontes causadoras externas. Essas podem ser exemplificadas através das relações pessoais que o profissional desenvolve no seu dia-a-dia, tais como: problemas de comunicação com a equipe, mau relacionamento com superiores, relacionamento interpessoal desestruturado com pacientes, familiares, colegas e outros profissionais e falta de suporte e apoio para tomadas de decisões, configurando uma equipe apática e descontente (MIQUELIM et al, 2004). O convívio com a dor do próximo e sua percepção pela equipe gera uma resposta, uma proteção. Ao perceber a dor do outro surge uma emoção que pode fazer com que o profissional assuma uma postura de intolerância ou indisponibilidade (COLLET; ROZENDO, 2003 apud BOLELA; JERICO, 2006). Monitoramento constante de parâmetros vitais e vigília permanente são potenciais causadores de fadiga mental e estresse nos profissionais de enfermagem. *Cuidando do cuidador:* A enfermagem nasceu da necessidade de alguém receber cuidados e da voluntária decisão do outro de doar-se a esse alguém, não somente garantindo o cuidado emocional e a manutenção da dignidade aos pacientes e seus familiares, como também assegurando o cuidado à própria equipe de trabalho, de modo a melhorar o relacionamento, a interdependência, coesão e competência (WALDOW, 1998). O cuidado só pode ser definido de maneira eficaz e humanizado se o profissional estiver bem com ele mesmo para produzir de forma satisfatória e saudável. É a partir das inúmeras conseqüências causadas pelo estresse que programas ao cuidador de enfermagem são preconizados atualmente por políticas nacionais de humanização. Em 2002 foi criada a Política Nacional de Humanização (PNH), o Humaniza – SUS, na tentativa de melhorar a qualidade e eficácia dos serviços prestados pelas instituições de saúde (BOLELA; JERICÓ, 2006). É importante que o profissional tenha conhecimento dos fatores estressantes, do seu trabalho ou de outros contextos, para que possa identificar formas eficientes de enfrentar o estresse, assim como preveni-lo. A busca de um local para descanso, a manutenção da calma, paciência e controle, a oferta de apoio e ajuda entre colegas, e a busca de alguma forma de ‘lazer’ (BOLLER, 2003) são estratégias que não exigem muito e, uma vez desenvolvidas, podem tornar o cotidiano mais produtivo e menos desgastante. Outros cuidados podem ser: melhora na organização do ambiente físico, contando com as escalas de trabalho diário, mensal e de férias; melhora das relações inter-pessoais, cada qual respeitando as diversas opiniões e o conhecimento do profissional; estímulo a relações mais positivas e de cooperação entre as equipes; oferecimento de cursos com enfoque no estresse pelas instituições; utilização de técnicas de relaxamento (MIQUELIM et al 2004). **Conclusões:** A partir desse estudo, concluímos que os fatores estressantes são aqueles inerentes ao trabalho (fatores laborais) e ao estado emocional, tanto da

equipe como do paciente e de sua família (fatores subjetivos). Também, diante das estratégias de enfrentamento do estresse apresentadas, concluímos que não depende somente do profissional, mas também de ações administrativas e, principalmente, políticas para transformação deste panorama. O ideal é existir uma plena qualidade organizacional concomitante à qualidade de vida de seus funcionários.

Descritores: Estresse, Emergência, Cuidado Humano.

Referências:

1. MENZIES EP. Nurses under stress. *Int Nurs Rev* 1960;7(6):9-16.
2. BRITO JC. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro: 2000; 16:95-204.
3. PORTELA LF, ROTENBERG L, WAISSMANN W. Health, sleep and lack of time: relations to domestic and paid work in nurses. *Rev Saúde Pública*. 2005; 39(5):802-8.
4. MARZIALE, M.H.P. Estudo da fadiga mental de Enfermeiros atuantes em Instituição Hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternantes. 1995, f.. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Rib. Preto, 1995.
5. COLLET N, ROZENDO CA. Humanização e trabalho na enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2003 mar/abr; 56(2): 189-192.

II CAMPANHA DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA DIRECIONADA AOS TRABALHADORES DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Junara Nascentes Ferreira, Maria Conceição da Costa Proença, Célia Mariana Barbosa de Souza, Adriana Tessari, Cinthia Dalasta Caetano Fujii, Karen Patricia Macedo Fengler, Marlise Meyer, Ângela do Carmo Grant, Claudio Menezes, Adriana Meireles da Rosa, Jefferson Soares da Rosa, Verônica da Silva, Flávia Maria Rodrigues Spaniol, Alessandra Rosa Vicari, Andréia Soares Binotto, Sonia Liandra Marques Finger, Jose Faruko Simão Ghani, Stela Maris Theisen Mônaco, Tatiana Pereira Gomes, Jusene Dias Pithan, Jairo Michael da Silva, Cristiano Campos Cardoso
Serviço de Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Junaraferreira@gmail.com

Introdução: O serviço de enfermagem em Nefrologia, Cardiologia e Imagem da Unidade de hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em parceria com o Serviço de Medicina Ocupacional, Unidade Básica de Saúde do HCPA/Santa Cecília e com o apoio da Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) realizou no último dia doze de março a II Campanha de Prevenção da Doença Renal Crônica (DRC). Esta campanha teve como foco a troca de informações e orientações sobre prevenção da DRC para os trabalhadores do HCPA. Entende-se por saúde do trabalhador ações de promoção e de proteção da saúde do trabalhador através da vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação de assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no Sistema Único de Saúde (SUS) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Trabalhadores são todos os 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, nos setores formais ou informais da economia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). A campanha realizada pela equipe de enfermagem da unidade de hemodiálise do serviço de nefrologia é parte integrante de um programa de prevenção da DRC idealizado e estimulado pela SBN desde 1999. As atividades de prevenção são realizadas em todo o país e no mundo, geralmente, no dia mundial do rim, tendo

como objetivo o diagnóstico precoce da DRC e um alerta para os fatores de risco, uma vez que a prevalência da patologia tem aumentado de forma alarmante a cada ano. A DRC já vem sendo considerada como uma epidemia, estimativas de 2006 divulgadas através do censo realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia, revelam que cerca de dois milhões de brasileiros são portadores de DRC e aproximadamente 60% dos indivíduos não sabem disso. No mesmo ano, pouco mais de setenta mil pacientes estavam em diálise e vinte e cinco mil transplantados renais com enxerto funcionante. Essas constatações são motivos de cuidados em relação aos indivíduos que fazem parte do grupo de risco para o desenvolvimento de doenças renais. O diabetes mellitus e a hipertensão arterial são os fatores de risco mais comuns e importantes para doença renal. Fala-se em uma verdadeira epidemia de hipertensão arterial em nossos dias e a abordagem adequada inclui o uso das medicações anti-hipertensivas e uma modificação no estilo de vida. Há cada vez mais evidências de que a modificação no estilo de vida tem efeitos relevantes sobre o controle da pressão arterial; tais medidas incluem: maior atividade física, redução da ingestão de sal, perda de peso, moderação na ingestão de álcool, aumento do aporte de potássio e uma dieta de um modo geral saudável segundo a SBN, 2006. No mundo todo, hoje, cerca de um milhão e meio de pessoas sobrevivem às custas de terapia de substituição renal (diálise ou transplante). O diagnóstico precoce destas alterações cria perspectivas de interrupção ou lentificação da perda de função renal. **Objetivos:** Este relato de experiência objetiva descrever as ações desenvolvidas na II Campanha da Doença Renal Crônica do Hospital de Clínicas que teve como objetivo orientar a importância da prevenção e diagnóstico da DRC aos trabalhadores do HCPA. **Metodologia:** Para a campanha a equipe de enfermagem instrumentalizou-se com dados epidemiológicos relacionados a DRC e seus fatores de risco (diabetes mellitus, hipertensão arterial e doença familiar). A forma de atendimento deu-se em quatro aspectos: distribuição de folderes com orientações sobre diagnóstico e maneiras de prevenção da doença nas principais portarias do HCPA; aferição de pressão arterial e verificação de glicemia capilar no quiosque da ala sul; apresentação de filme educativo no refeitório; e mesa redonda sobre DRC. Tivemos durante a campanha a participação de sete enfermeiros, quatorze técnicos de enfermagem, seis acadêmicos de enfermagem e um auxiliar administrativo. Os trabalhadores que apresentaram alterações nas aferições (glicemia e/ou pressão arterial) eram encaminhados às enfermeiras, que além de verificar a história clínica e familiar, eram responsáveis pelo encaminhamento ao SMO para realizar acompanhamentos das alterações detectadas no período da campanha. Estas atividades foram realizadas durante o período das 6h às 19h e abrangeu trabalhadores de todos os setores da instituição. **Resultados:** Na II Campanha de prevenção da DRC no HCPA tivemos um total de seiscentos atendimentos, sendo 25,8% homens (155), 74,2% mulheres (445). Destes, 23,5% eram negros e 32,3% brancos e 1,3% do total foram encaminhados para atendimento no SMO por glicemia capilar pós-prandial entre 120 mg/dL e 413 mg/dL. Foram distribuídos em torno de oito mil folderes de orientações sobre a doença e sobre os valores normais de glicemia capilar e pressão arterial normais segundo respectivamente as diretrizes da Associação Americana de Diabetes e da Sociedade Brasileira de Hipertensão. **Considerações Finais:** A II Campanha foi relevante uma vez que houve a participação de trabalhadores de diversas áreas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os encaminhamentos realizados para possível detecção precoce de dano renal. Destacamos a importância do enfoque educacional da campanha sobre DRC devido ao aumento do número

de casos da doença e por essa patologia ser silenciosa e por seu diagnóstico dar-se, geralmente, quando a função renal já esta bastante prejudicada. Cabe salientar que além da conscientização e das orientações aos trabalhadores da instituição terem sido serem importantes no campo da saúde do trabalhador, estes também atuam como multiplicadores das informações sobre esta doença. Destacamos que essa iniciativa de prevenção primária foi desenvolvida pela equipe de enfermagem do serviço de nefrologia do HCPA.

Descritores: Prevenção de doenças, saúde do trabalhador, insuficiência renal.

PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM SOBRE O QUE É SER IDOSO

Francine Cassol Prestes, Juliana Petri Tavares, Carmem Lúcia Colomé Beck, Rosângela Marion da Silva,
Margrid Beuter, Lucimara Rocha, Andrea Prochnow
Universidade Federal de Santa Maria
francassol@bol.com.br

Mundialmente, percebe-se um aumento na expectativa de vida das pessoas. No Brasil, esse fato pode estar relacionado à melhoria da qualidade de vida das pessoas, aos avanços da ciência, assim como à melhora dos serviços de saúde prestados à população, uma vez que o acesso a esses foi facilitado com a implantação e consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006). O envelhecimento da população é uma perspectiva real e necessita de reflexões, em especial, na área da saúde e da enfermagem. Estima-se que no ano de 2050 haverá, aproximadamente, dois bilhões de idosos no mundo, sendo que a maioria estará vivendo em países em desenvolvimento como o Brasil. Estima-se que haverá mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, fenômeno nunca antes observado (BRASIL, 2006). Em se tratando do trabalho da enfermagem, essa realidade remete a uma reflexão sobre os serviços prestados por esses trabalhadores, uma vez que a tendência é de que os idosos representem uma parcela importante dos pacientes hospitalizados. Assim, o objeto deste estudo focaliza a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o que é ser idoso. Há necessidade da compreensão do processo de envelhecimento humano desvinculado da concepção de velhice problematizada cuja imagem é de idoso inútil, doente, ou de velhice idealizada representada pelo idoso sábio, saudável. Nessa concepção, o cuidado não deverá ocorrer tão somente de modo mecânico, técnico, mas também envolver sentimentos, emoção e prazer no ato de cuidar. O idoso hospitalizado necessita da ajuda dos trabalhadores de saúde para manter sua autonomia, integração social, auto-estima, individualidade, valorização e integridade (SANTOS, 2001). Essa ajuda pode minimizar o agravamento de complicações e/ou o surgimento de novas patologias. A partir dessas considerações, apresentamos este estudo que teve por objetivo conhecer a percepção dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital Universitário (HU) sobre o que é ser idoso. Esta é uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva que percorre a trajetória metodológica da pesquisa qualitativa. A escolha desse método propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação, além de permitir a elucidação de processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares (MINAYO, 2007). Os auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros que atuavam nos turnos manhã, tarde ou noite das

unidades de internação de Clínica Cirúrgica (CC) e de Clínica Médica II (CMII) foram convidados a participar da pesquisa. As duas unidades investigadas pertencem a um HU localizado no interior do Rio Grande do Sul, de alta complexidade que atende, exclusivamente, pacientes do SUS. Essas unidades hospitalares foram escolhidas por possuírem maior contingente de idosos internados para tratamento clínico e/ou cirúrgico. Os critérios de inclusão do estudo foram: aceitar participar da pesquisa, atuar há pelo menos um ano em uma das unidades de internação (CC e CMII) e pertencer ao quadro efetivo de trabalhadores de enfermagem da instituição. Foram excluídos aqueles que estavam em licença do trabalho. A entrevista semi-estruturada com roteiro para orientação e guia da interlocução foi utilizada como instrumento para a coleta de dados (Souza et al., 2005). Os sujeitos foram convidados a participar da pesquisa, sendo informados sobre os objetivos do estudo, do caráter voluntário da participação e da garantia do anonimato. Também foram orientados de que os dados por eles informados seriam utilizados para fins científicos, conforme preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os dados foram submetidos à análise temática, uma das modalidades da análise de conteúdo, fundamentada na regularidade das afirmações, denotando dessa forma, estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes ou subjacentes nos depoimentos (MINAYO, 2007). Assim, a análise dos dados ocorreu em torno um eixo temático pré-estabelecido: o significado de ser idoso. As entrevistas foram transcritas e lidas para apreensão inicial do conteúdo. A leitura do material permitiu apreender o conteúdo manifesto e agrupar os fragmentos que se repetiam e/ou possuíam semelhança semântica nos diferentes depoimentos. Posteriormente, procedeu-se a categorização dos elementos constitutivos do tema, completando-se as três etapas de análise: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação. O projeto tramitou nos órgãos competentes, aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, sob número do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0035.0.243.000.08. A amostra pesquisada foi constituída em sua totalidade pelo sexo feminino (100%), sendo quatro enfermeiras, três técnicas de enfermagem e seis auxiliares de enfermagem. Esse dado evidencia a prevalência das mulheres no exercício da enfermagem. As trabalhadoras de enfermagem tinham idade entre 31 e 39 anos (38,46%), 40 e 49 anos (46,15%) e acima de 50 anos (15,38%), indicando um grupo de trabalhadoras, possivelmente, com mais experiência de vida, o que poderá oportunizar a elaboração de questionamentos e reflexões em relação ao futuro e ao processo de envelhecimento. No eixo temático, *o significado de ser idoso*, os depoimentos das trabalhadoras foram agrupados em duas categorias: *imagem corporal transformada pela velhice e envelhecer é adoecer*. Na categoria *imagem corporal transformada pela velhice*, as trabalhadoras de enfermagem associaram o idoso aos aspectos idade avançada, cabelo branco, pele enrugada e dificuldade de locomoção. As trabalhadoras de enfermagem acentuaram a imagem corporal relacionada às manifestações visíveis do processo de envelhecimento como estereótipo do idoso. Esse é o conceito ainda predominante na sociedade atual, reproduzido, portanto, no cenário hospitalar. Alguns dos efeitos mais visíveis desse processo começam a surgir após a quarta década de vida, sendo que nessa fase os homens apresentam perda do cabelo e os dois sexos desenvolvem o embranquecimento dos cabelos e rugas. Com o passar do tempo, surge a atrofia da gordura corporal, as orelhas ficam com aparência alongada, os olhos empapuçados e a estatura diminui, dentre outras alterações fisiológicas (ELIOPOULIOS,

2005). A categoria *envelhecer é adoecer* foi retratada por meio das falas das trabalhadoras de enfermagem que relacionaram aspectos como doença, depressão e debilidade ao envelhecimento. Os resultados deste estudo corroboram com a investigação realizada com auxiliares de enfermagem em que se identificou uma tendência de visualizar o envelhecimento com preponderância dos aspectos negativos (RODRIGUES; BRETÃ, 2003). Nesse sentido, evidencia-se o preconceito da sociedade em relação ao idoso, julgando-o como doente, dependente e improdutivo para o trabalho. Infelizmente, esse pensamento está presente na concepção de alguns trabalhadores da área da saúde, sendo um fator que tende a prejudicar seu trabalho e a sua relação com o idoso (COLOMÉ; JAHN; BECK, 2003). A percepção pessimista associada ao processo de envelhecimento pode expressar o despreparo técnico-científico de alguns trabalhadores de enfermagem para prestar o cuidado ao idoso hospitalizado, o que denota a falta de compreensão acerca do envelhecimento como parte da existência humana.

Descritores: Enfermagem Geriátrica; Enfermagem; Saúde do Trabalhador.

Referências:

1. COLOMÉ, I. C. S.; JAHN, A. C.; BECK, C. L. C. O idoso sob a ótica de um grupo de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs). *Revista Nursing*, 2003; 67(6).
2. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (BR). Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos. Resolução N° 196/96, de outubro de 1996. Brasília, 1996.
3. ELIOPOULIOS, C. *Enfermagem gerontológica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 532p.
4. MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). *Cadernos de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília (DF), 2006.
6. PROCHET, T.C.; SILVA, M.J.P. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* [on line] 2005 jun [citado 2008 maio 15]; 12 (2): 310 - 5. Acesso em 30/07/2008.
7. RODRIGUES, M. R.; BRETÃ, A. C. P. As concepções de auxiliares de enfermagem quanto à relação dependência: autonomia de idosos hospitalizados. *Texto & Contexto Enferm.* 2003; 12: 323-31.
8. SANTOS, M.I.P.O. Perfil dos idosos internados no Hospital Geral em Belém (Pará). *Esc. Anna Nery Rev Enferm.* [on line] 2007 mar [citado 2008 jul 30], 11(1): 23-29.
9. SANTOS, S.S.C. *Enfermagem gerontogeriatrica: reflexão à ação cuidativa*. 2. ed. Robe: 2001.
10. SOUZA, E. R. et al. Construção dos instrumentos qualitativos e quantitativos. In: MINAYO, M.C.S.; ASSIS, S.G.; SOUZA, E.R. organizadores. *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.133-156.

SEGURANÇA DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM EM SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE: UMA BREVE REFLEXÃO

Francine Cassol Prestes, Onélia da Costa Pedro Cordenuzzi, Adelina Giacomelli Prochnow, Carmem Lúcia

Colomé Beck, Geni Burg, Marta Kirchoff Farias

Universidade Federal de Santa Maria

francassol@bol.com.br

De acordo com Marx (1982), a relação do homem com a natureza ocorre pelo trabalho. Desta forma, apreende-se que esta relação ocorre por intermédio do trabalho que este indivíduo exerce, sendo por meio dele que se adquire uma identidade social e que as relações de reciprocidade são estabelecidas. Em nosso

contexto atual, de hegemonia capitalista, o trabalhador estabelece uma relação de troca com a empresa, vendendo sua força de trabalho como uma mercadoria diferenciada ao tempo que busca a superação de seus limites e incapacidades para o alcance de recompensas financeiras e reconhecimento junto ao seu empregador. No Brasil, os trabalhadores de enfermagem, em função de uma concepção idealizada da profissão, submetem-se aos riscos ocupacionais, sofrendo acidentes de trabalho e adoecendo, não atribuindo esses problemas às condições insalubres e aos riscos oriundos do trabalho. (Nishide, Benatti e Alexandre, 2004). Grande parte dos autores que se dedicam ao estudo dos acidentes do trabalho considera esses fenômenos como pluricausais e complexos, requerendo abordagem interdisciplinar e que, exceto em alguns processos produtivos de alta complexidade, trata-se de eventos previsíveis, dado que os fatores capazes de desencadeá-los encontram-se presentes na situação de trabalho muito antes que ocorram. Binder e Almeida (2003) destacam que vários fatores capazes de desencadear acidentes do trabalho estão, na maioria das vezes, presentes na situação de trabalho muito tempo antes de sua ocorrência. Sendo assim, os acidentes podem ser prevenidos por meio da eliminação ou da neutralização desses fatores. O controle dos riscos ocupacionais em qualquer atividade é um desafio e nos serviços de hemodiálise esta situação não é diferente. Os trabalhadores de enfermagem dos serviços de hemodiálise estão expostos a riscos gerados por situações que incluem desde os procedimentos diretos com o paciente até o reprocessamento dos dialisadores e ainda, o manuseio dos resíduos ali produzidos. A exposição aos riscos químicos pelo contato com produtos tóxicos destinados a desinfecção e desincrustação das máquinas de hemodiálise e dialisadores, e riscos ergonômicos pela exigência de posturas repetitivas e inadequadas, também são relevantes. A avaliação e análise dos riscos ocupacionais em sua grande maioria ainda são limitadas e superficiais, não revelando a origem das verdadeiras causas que propiciam as condições para que o acidente se concretize e, ainda, identifica-se a escassez de estudos relativos à gestão de riscos ocupacionais direcionados ao trabalho de enfermagem em serviços de hemodiálise. Pelo exposto, justifica-se a relevância deste estudo que tem por objetivo apresentar uma reflexão sobre as iniciativas voltadas a segurança dos trabalhadores de enfermagem em serviços de hemodiálise. Trata-se de um estudo crítico-reflexivo que se deu a partir das vivências como enfermeira assistencial em uma clínica de hemodiálise do sul do Brasil, da atuação como membro da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) e ainda, através de discussões no Grupo de Pesquisas Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Os acidentes de trabalho entre trabalhadores do serviço de nefrologia são freqüentes, devido ao número elevado de manipulação de materiais perfuro-cortantes e sangue, representando uma ameaça aos trabalhadores, principalmente a equipe de enfermagem. Segundo o Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2002), o risco de transmissão de patógenos podem ocorrer desde acidentes com materiais perfurocortantes, equipamentos contaminados, até a veiculação de vírus por meio das mãos ou luvas contaminadas dos profissionais. Em estudo realizado com os trabalhadores de unidades de hemodiálise, foi demonstrada elevada prevalência para infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) e baixa para o vírus da hepatite C (VHC) (LOPES, 2004). O ambiente dialítico foi apontado como possível fonte de transmissão ocupacional deste vírus, especialmente para o VHB, enfatizando a necessidade de medidas de controle e prevenção adotadas nesses serviços. Nishide, Benatti e Alexandre (2004), afirmam que o conhecimento dos trabalhadores de saúde hospitalar no desenvolvimento

de suas atividades existe de forma genérica e que esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma ação que venha modificar essa situação. Nesse sentido, observa-se, empiricamente, que nos serviços de hemodiálise o envolvimento dos trabalhadores de enfermagem com ações voltadas a saúde do trabalhador ocorre de forma superficial e limita-se a associação com a prevenção de acidentes com pérfuro-cortantes e ao uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Entende-se que a partir do conhecimento dos riscos ocupacionais, se pode estudar e avaliar os fatores relacionados a ocorrência de incidentes e acidentes no trabalho e, assim, propor ações efetivas de segurança no trabalho. O enfermeiro deve assumir a responsabilidade quanto à promoção de ações que favoreçam a saúde dos demais trabalhadores de enfermagem e que minimizem os impactos advindos das cargas e processos de desgaste presentes nas atividades cotidianas. (Felli e Tronchin, 2005). Dentre as possibilidades de atuação do enfermeiro, destaca-se a realização de ações educativas voltadas à promoção da saúde do trabalhador por meio de discussões, exemplificações de situações práticas, socialização de vivências e de reflexões sobre os riscos ocupacionais e condições de trabalho. Neste sentido, Santos-Filho e Barros (2007), defendem o espaço em saúde como agregador de seus diferentes atores para a realização de avaliações participativas dos riscos e potencialidades no trabalho, apontando coletivamente estratégias de intervenção. Dessa forma, o papel gerencial realizado pelo enfermeiro nos serviços de saúde, especialmente nos de hemodiálise, está imbuído de muitas possibilidades de intervenções e transformações com vistas a mudança de postura dos trabalhadores em relação as medidas de prevenção de riscos ocupacionais e à melhoria das condições de trabalho.

Descritores: Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Hemodiálise.

Referências:

1. BRASIL, Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília: Ed. MS, 2002.
2. BINDER, M. C. P. ; ALMEIDA, I. M. Acidentes do trabalho: acaso ou descaso. In: MENDES, R. Patologia do Trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 18. p. 769-808.
3. FELLI, V.E.A.; TRONCHIN, D.M.R. A qualidade de vida no trabalho e a saúde do trabalhador de enfermagem. In: Kurcgant P. (coord). Gerenciamento em enfermagem; 2005: 89-107.
4. LOPES, L. K. de O. et al. Atendimento aos profissionais vítimas de acidente com material biológico em um hospital de doenças infectocontagiosas. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S. l.], Goiânia, v. 6, n. 3, p. 324-329, 2004.
5. MARX, Karl. 1982. O Capital: crítica da economia política. São Paulo: Difel. 7ª edição.
6. NISHIDE, V.M.; BENATTI, M.C.; ALEXANDRE, N.M.C. Ocorrência de acidente do trabalho em uma unidade de terapia intensiva. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. v.12, n.2, p.204-211, mar./abr. 2004.
7. SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de. Trabalhador da Saúde: muito prazer! Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 73 a 96

SEGURANÇA E SAÚDE NO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS EM UNIDADES DE HEMODINÂMICA

Graciele Fernanda da Costa Linch, Laura de Azevedo Guido, Juliane Umann, Lilian Medianeira Coelho
Steckel, Clarissa Garcia Rodrigues

Universidade Federal de Santa Maria
gracielelinch@gmail.com

Introdução: Os Estabelecimentos de Assistência à Saúde (EAS) são locais de trabalho que se apresentam com condições peculiares, por vezes, desfavoráveis aos profissionais envolvidos, tais como falta de funcionários, carência de materiais e equipamentos de proteção individual, área física inadequada, entre outros. Dentre os EAS destaca-se o Laboratório de Hemodinâmica, uma unidade fechada, com iluminação artificial, sons e ruídos característicos dos equipamentos, e ainda emprega radiação ionizante para a realização dos procedimentos. Configura-se com um ambiente que incorpora novas tecnologias, demandando novos riscos e cargas de trabalho, que requerem treinamentos e novos conhecimentos para um bom desempenho. São diversos os riscos ocupacionais a que estão submetidos os trabalhadores da área da saúde; entre eles encontram-se os riscos biológicos, os físicos, os químicos, os psicossociais e os ergonômicos. Tais riscos predisõem os trabalhadores a se tornarem enfermos e a sofrerem acidentes de trabalho quando medidas de segurança não são adotadas. **Objetivo:** Buscamos neste trabalho relatar e discutir sobre questões de segurança e saúde no trabalho dos profissionais em unidades de hemodinâmica. **Método:** Para isso, pesquisaram-se na literatura aspectos específicos da legislação trabalhista, e normas que regulamentam questões de segurança e saúde no trabalho dos profissionais em unidades de hemodinâmica. **Resultados:** A legislação trabalhista avançou a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, com a qual houve melhorias na condição social dos trabalhadores. A partir desta, as leis referentes a saúde do trabalhador foram regulamentadas pelo Ministério da Saúde, sendo anteriormente de responsabilidade do Ministério do Trabalho (Sarquis et al., 2004). Dessa maneira, a assistência à saúde do trabalhador passa a ser de competência do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 200, que regula o Direito à Saúde, além de outras atribuições refere que compete ao SUS executar as ações vigilância sanitária e epidemiológica, bem como de saúde do trabalhador (BRASIL, 2006). Outro avanço na legislação foi a Portaria nº 3.214/78 pela qual foram aprovadas as Normas Regulamentadoras (NRs) relacionadas à Segurança e Medicina do Trabalho, que são de observância obrigatória para empresas públicas e privadas (Sarquis et al., 2004). Por parte do Ministério de Trabalho e Emprego (MTE) entra em vigor em 2005 a NR 32 para a Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde, que tem por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral. Esta NR beneficia os profissionais de saúde que se expõem a riscos biológicos, químicos, radiações ionizantes e trabalhadores que cuidam da limpeza e conservação dos ambientes, tendo como focos a capacitação contínua dos trabalhadores, definição dos programas que tratam dos riscos e medidas de proteção contra os riscos (Portaria 485/2005). A NR 32 foi estabelecida por riscos ocupacionais e não por locais específicos dos estabelecimentos de saúde, sendo que

nesta NR entende-se por serviços de saúde qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, e todas as ações de promoção, recuperação, assistência, pesquisa e ensino em saúde em qualquer nível de complexidade. No entanto, anterior a NR 32 o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) formulou em 01 de Julho de 1998 a Resolução 211/98 que dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com radiação ionizante nos serviços de radiodiagnóstico na área da saúde (Resolução 211/98). Um estudo realizado com o objetivo de verificar o cumprimento dessa resolução pelos profissionais de enfermagem nos setores de hemodinâmica e outros em alguns hospitais públicos mostrou que os mesmos não cumprem a referida resolução devido ao desconhecimento e a falta de capacitações (Flor e Kirchof, 2005). A deficiência de informações quanto aos efeitos da radiação, assim como a ausência de exames periódicos, na área de radiodiagnóstico, favorece maior desgaste do trabalhador, e conseqüentemente, adoecimento. No que se refere a algumas disposições da NR 32 referentes a radiação ionizante, destaca-se o atendimento das exigências desta NR, com relação às radiações ionizantes, não desobriga o empregador de observar as disposições estabelecidas pelas normas específicas da Comissão Nacional de Energia Nuclear – CNEN e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, do Ministério da Saúde. O trabalhador que realize atividades em áreas onde existam fontes de radiações ionizantes deve: permanecer nestas áreas o menor tempo possível para a realização do procedimento; ter conhecimento dos riscos radiológicos associados ao seu trabalho; estar capacitado inicialmente e de forma continuada em proteção radiológica; usar os EPI adequados para a minimização dos riscos; estar sob monitoração individual de dose de radiação ionizante, nos casos em que a exposição seja ocupacional. Toda trabalhadora com gravidez confirmada deve ser afastada das atividades com radiações ionizantes, devendo ser remanejada para atividade compatível com seu nível de formação. Toda instalação radiativa deve dispor de monitoração individual e de áreas. Os dosímetros individuais devem ser obtidos, calibrados e avaliados exclusivamente em laboratórios de monitoração individual acreditados pela CNEN. E ainda, cabe ao empregador: implementar medidas de proteção coletiva relacionadas aos riscos radiológicos; manter profissional habilitado, responsável pela proteção radiológica em cada área específica, com vinculação formal com o estabelecimento; promover capacitação em proteção radiológica, inicialmente e de forma continuada, para os trabalhadores ocupacionalmente e para-ocupacionalmente expostos às radiações ionizantes; manter no registro individual do trabalhador as capacitações ministradas; fornecer ao trabalhador, por escrito e mediante recibo, instruções relativas aos riscos radiológicos e procedimentos de proteção radiológica adotados na instalação radiativa; dar ciência dos resultados das doses referentes às exposições de rotina, acidentais e de emergências, por escrito e mediante recibo, a cada trabalhador e ao médico coordenador do PCMSO ou médico encarregado dos exames médicos previstos na NR-07 (Portaria 485/2005). **Conclusões:** A NR 32 é considerada de extrema importância como legislação federal específica que trata das questões de segurança e saúde no trabalho nos serviços de saúde. Considera-se fundamental que os profissionais da área tenham conhecimento da referida legislação para que possam requerer condições adequadas de trabalho para que assim possam cumprir seus deveres e reafirmarem os seus direitos, **principalmente o de trabalhar com segurança.**

Descritores: Enfermagem, Saúde do Trabalhador, Hemodinâmica.

Referências:

1. Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 211 de 01 de Julho de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com radiação ionizante. Rio de Janeiro: COFEn; 2004. Disponível em: www.portalCOFEn.org.br/legislação. Acesso em: Abril 2008.
2. FLOR, R.C; KIRCHHOF, A.L.C. Radiação Ionizante e o cumprimento de resolução do Conselho Federal de Enfermagem. Revista de Enfermagem UERJ; v.13, p. 347-353, 2005.
3. Portaria do Ministério do Trabalho e Emprego nº485, 11 de Novembro de 2005. Aprova a Norma regulamentadora nº 32 – Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de saúde. DOU de 16/11/05.
4. SARQUIS, L.M.M. et al. Uma reflexão sobre a saúde do trabalhador de enfermagem e avanços da legislação trabalhista. Cogitare enfermagem v.9, n.1, p. 15-24, jan-jun. 2004.



***Enfermagem na
Saúde Mental***

O TRABALHO DE ENFERMAGEM E O CUIDADO EM SAÚDE MENTAL: DOS MANICÔMIOS AOS CAPS

Graciela Stroppler de Oliveira, Marcio Wagner Camatta, Jacó Fernando Schneider

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

gracistroppler@yahoo.com.br

Introdução: O presente trabalho foi realizado como requisito obrigatório na avaliação da disciplina Enfermagem em Saúde Mental II, durante a vivência em campo de estágio em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), que possibilita vivenciar, observar e praticar cuidados no campo da atenção psicossocial. **Objetivos:** Apresentar como o trabalho da enfermagem se constituiu ao longo das transformações ocorridas no campo da saúde mental, destacando a sua inserção no modo de cuidado psicossocial. **Método:** Na construção desta trajetória optou-se pela utilização de relato de experiência subsidiada pela leitura da produção científica produzida sobre serviços substitutivos no campo da saúde mental. A vivência aqui relatada ocorreu em um CAPS de Porto Alegre de julho a novembro de 2008. **Resultados:** A assistência de enfermagem vem transformando-se ao longo da história no âmbito da saúde mental, passando do modelo manicomial para um modelo psicossocial. Neste evidencia-se o potencial terapêutico nas ações da equipe de enfermagem. Por muito tempo a enfermagem permaneceu empírica e desarticulada, e somente com o surgimento da sociedade capitalista transformou-se em uma prática profissional institucionalizada. A enfermagem moderna surge na Inglaterra no século XIX com Florence Nightingale, e no Brasil, ainda na década de 1920, tem entre suas principais representantes Anna Nery. No século XVIII, as Santas Casas de Misericórdia foram incumbidas de incluir os doentes mentais em seus cuidados, mas estes recebiam tratamento diferenciado dos demais doentes, pois eram confinados em porões, sem assistência médica, maltratados e contidos. A criação do hospício Pedro II, no Rio de Janeiro em 1852, marca o nascimento da psiquiatria e da enfermagem psiquiátrica no Brasil. O doente mental, que pôde desfrutar durante longo tempo de apreciável grau de tolerância social e de relativa liberdade, teve essa liberdade cerceada por não conseguirem, ou não poderem, adaptar-se a uma nova ordem social, sendo vistos então como um fator ameaçador a esta ordem; por isso foram excluídos e removidos dos centros das cidades e colocados em manicômios (BARROS; EGRY, 1994). Nas primeiras décadas do século XX, o trabalho da enfermagem nos hospitais psiquiátricos era cercado de preconceitos, seja por ser associado ao trabalho manual, seja por ser visto pelas pessoas como uma atividade degradante e insalubre, devido à agressividade que supostamente caracterizava os doentes mentais (KIRSCHBAUN, 1997), já que à enfermagem sempre coube o papel de prestar cuidados diretos aos doentes mentais, sendo agentes de procedimentos disciplinares e mantenedores da ordem e do espaço asilar, objetivando apenas a cuidado da doença mental em busca de sua cura. No final da II Guerra Mundial, vários movimentos de contestação das práticas psiquiátricas foram levantados em todo o mundo. No Brasil, a Reforma Psiquiátrica foi influenciada fortemente pela experiência italiana no final dos anos 1970. No ano de 1987, na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental ficaram instituídas três diretrizes para nortear a reforma psiquiátrica: a substituição do modelo asilar por outro baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde, a criação de uma rede variada de serviços em níveis

primário, secundário e terciário de atenção à saúde e o resgate da cidadania do doente mental. As ações de enfermagem, que até então vinham sendo centradas na estratégia de segregação e confinamento, passam a ocupar-se dos conflitos e das inaptações individuais, incorporando assim a atenção aos sadios, mas potencialmente capazes de desenvolver doença mental. Desta maneira, o objeto de trabalho torna-se mais complexo e amplo, pois se trata agora da saúde mental (BARROS; EGRY, 1994). Frente às mudanças ocorridas na assistência ao doente mental, a enfermagem modificou suas ações e inseriu-se em novos modelos de atendimento e cuidados. A reforma psiquiátrica possibilitou uma participação mais ampla da enfermagem, pois com o trabalho multidisciplinar e a humanização preconizada, o enfermeiro deixa de ser aquele sujeito “carcereiro” e submisso ao saber médico e passa a ser, também, um sujeito terapêutico. Assim, a equipe de enfermagem pode proporcionar ações individualizadas e em grupo, promovendo a participação do usuário em seu processo de tratamento, estimulando seu autocuidado, sua auto-estima e sua reinserção nos grupos sociais e comunitários. Essas ações visam direcionar os cuidados ao sujeito em sofrimento psíquico, visando melhorar sua qualidade de vida. Dessa forma, a equipe de enfermagem poderá criar vínculo com o usuário e este com o serviço, favorecendo o relacionamento terapêutico e o desenvolvimento do tratamento. Com a Reforma Psiquiátrica os serviços de saúde se diversificaram, pois os cuidados em saúde mental passam a serem desenvolvidos em hospitais gerais, hospitais-dia, CAPS, serviços da atenção básica (Unidade básica de saúde e de saúde da família). Os CAPS são instituições destinadas a acolher os sujeitos em sofrimento psíquico, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecendo-lhes atendimento diversificado (clínico-psiquiátrico e geral, psicológico, de enfermagem, terapia ocupacional, educação física, pedagógica, entre muitas outras). Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004). O trabalho da enfermagem nos CAPS divide-se em recepcionar os usuários, acolher, observar e avaliar os pacientes. O controle, orientação e administração de medicamentos, acompanhamento e saída dos usuários do serviço, atendimento aos familiares, em atividades de grupo, oficinas, visitas domiciliares e atividades burocrático-administrativas são algumas das funções desempenhadas pela equipe de enfermagem nos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Para que o serviço nos CAPS se desenvolva dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica, a enfermagem deve desconstruir as concepções de “louco” herdadas do modelo asilar, recusar o modelo manicomial e investir nas novas formas de tratamento, buscando o tratamento humanizado. Ser enfermeiro neste novo contexto de serviços requer disposição para construir um novo saber e fazer nos cuidados de enfermagem, baseado na humanização da assistência, por meio do relacionamento terapêutico com os usuários, objetivando melhorar a qualidade de vida e a inserção desses na sociedade (CASTRO, 2007). Conviver com a diversidade, trabalhar com as diferenças, supor no outro, sempre, um potencial de ser e o que poderá vir a ser, estimular sua autonomia, proporcionar seu autoconhecimento e autocontrole, superar preconceitos e estigmas, são premissas básicas de um cuidado humanizado na assistência de enfermagem em saúde mental (GRANELLA et al., 2006). **Conclusões:** Com a vivência do estágio no CAPS, percebe-se a importância da evolução nos cuidados prestados as pessoas em sofrimento psíquico e quão importante é o

trabalho da enfermagem nesta modalidade de serviço. Enfim, poder acompanhar as conquistas dos usuários, a superação de suas dificuldades e em entender que mais do que uma doença, ali se encontra um ser humano em toda sua complexidade. Assim, o modo psicossocial e humanizado da atenção psicossocial tem propiciado à equipe de enfermagem reconhecer e implementar seu potencial terapêutico no cuidado em saúde mental dos sujeitos em sofrimento psíquico e suas famílias. Contudo, cabe a cada profissional buscar a inovação de saberes e práticas no campo da saúde mental. A oportunidade de fazer estágio de graduação em saúde mental em CAPS oportuniza reconhecer a importância do trabalho interdisciplinar, a construção de vínculo profissional-usuário e o respeito à totalidade do usuário.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de saúde mental; Enfermagem.

A FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO PSIQUIÁTRICO: DA GRADUAÇÃO À ASSISTÊNCIA

Andréa Moreira Arrué, Cíntia Raquel Heldt de Carvalho, Marlene Gomes Terra

Universidade Federal de Santa Maria

cissajui@hotmail.com

Pinel, o pai da psiquiatria, a partir de 1973 considerou a alienação mental como um distúrbio das funções intelectuais do sistema nervoso, a partir daí a loucura passou a ser denominada doença mental. Os cuidados a esses doentes foram prestados por diferentes pessoas através dos tempos até a institucionalização da Enfermagem como profissão. Por meio desse cuidado, a enfermagem perpassa sobre as vidas, os sentimentos e as ações dos portadores de sofrimento psíquico. Nesse contexto insere-se a formação acadêmica como norteador dessa prestação de cuidados na graduação e na prática. A inserção do aluno no ambiente hospitalar e comunidade possibilitam seu aprendizado ao mesmo tempo em que oferece novos conhecimentos para os profissionais da área. A educação continuada é de fundamental importância para a capacitação e a atualização do profissional para que o mesmo possa prestar uma assistência integral e de qualidade. Durante a década de 60, a Reforma Psiquiátrica entra no contexto mental com novas abordagens de assistência, a fim de promover a reinserção do portador de sofrimento psíquico na sociedade visando à integralidade do ser humano. Por meio de um trabalho em equipe pautado na interdisciplinaridade e na educação continuada, busca-se uma melhor qualidade de vida para o portador de sofrimento psíquico. Hoje, na assistência psiquiátrica há um distanciamento entre a teoria e a prática. De acordo com Kantorski, et al (p 415, 2005) as propostas da reforma psiquiátrica de novas formas de assistência e quebra de paradigmas sobre a loucura, vêm ocorrendo de forma dicotomizada no meio acadêmico. O presente trabalho tem como objetivo focar o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica e saúde mental na formação acadêmica e continuada do enfermeiro. A escolha do tema formação do enfermeiro psiquiátrico: da graduação à assistência, foi devido às observações e atividades desenvolvidas nas aulas práticas na unidade Paulo Guedes do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), disciplina do 5º semestre Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de Vida – Saúde Mental, ministradas de setembro a outubro de 2008. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, não sistematizada, realizada a partir de um levantamento da literatura científica da Biblioteca Virtual de

Saúde (BVS-BIREME) pelo acesso às bases eletrônicas de dados BDENF (Bases de dados em Enfermagem), LILACS (Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde), SCIELO-Scientific Electronic Library on-line (Biblioteca Científica Eletrônica em Linha) e Google Acadêmico, numa seqüência cronológica e temática. Para o mesmo foram utilizados os critérios como: artigos científicos publicados entre o período do ano de 2005 a 2008 em periódicos nacionais e livros que abordam o ensino em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, indexados nos bancos de dados citados. Foram encontradas e lidas 10 obras científicas, onde apenas 5 atenderam ao tema proposto. Diante do levantamento bibliográfico realizado, identificou-se por meio de uma leitura integral das publicações selecionadas que a identidade profissional do enfermeiro parte de uma formação muito centrada no modelo biomédico, mas que vem sofrendo processos de mudanças pautadas na reforma psiquiátrica e alterações curriculares. Embora em processo lento, docentes buscam alternativas para garantir ao futuro profissional uma formação crítica de acordo com a Reforma Psiquiátrica de modo a prestar assistência de qualidade aos que procuram o serviço. O docente quer um aluno inserido no contexto do paciente, a par da realidade, reflexivo sobre o cuidado que presta; que compreenda as próprias ações e reações emocionais quando cuida, reflexivo sobre a utilização da comunicação terapêutica e que tenha competência interpessoal. O modelo de assistência de enfermagem, quando bem desenvolvido na graduação, permite o aprimoramento de conhecimentos, estimula a interação acadêmico/cliente e faz com que esse profissional reconheça a presença da saúde ou da doença como resultado de múltiplas características de uma pessoa que interage com fatores ambientais. Esses atributos são necessários para uma avaliação e intervenção, bem como a eficácia do tratamento. Muitos enfermeiros com formação generalista não recebem educação específica em psiquiatria e saúde mental durante a graduação. Ao ingressar numa unidade psiquiátrica, eles acabam por desenvolver atividades mais burocráticas principalmente pela falta de conhecimento na área. Atualmente, devido à escassez de enfermeiros na área psiquiátrica, geralmente a procura se dá por profissionais recém-graduados que receberem pouca ou nenhuma orientação de saúde mental na graduação. Embora o profissional não tenha conhecimento específico da área, é necessário capacitação a fim de desenvolver-se profissionalmente e pessoalmente, obter mais conhecimento e habilidades para enfrentar as mudanças do desenvolvimento técnico-científico. A atualização possibilita o aumento de sua competência para cumprir com suas responsabilidades, gerando uma qualidade de assistência. O enfermeiro tem de manter-se em processo de aprendizagem contínua, engajando-se em programas de educação continuada procurando, promovendo ou exigindo da instituição na qual trabalha apoio para a vida profissional na área específica de atuação. Para tanto, esse não é somente o papel da instituição, mas sim do enfermeiro que como profissional da saúde tem a responsabilidade de manter-se qualificado para desempenhar o cuidado adequado aos portadores de sofrimento psíquico seja qual for sua área de atuação. Ao fazer as devidas reflexões sobre o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica e saúde mental na formação acadêmica e continuada do enfermeiro, observamos que nos últimos anos muitos docentes têm buscado atender às modificações curriculares, com base na reforma psiquiátrica, a fim de desenvolver um ensino de qualidade com a formação de um profissional crítico, reflexivo e capacitado para prestar uma assistência de qualidade. Verificou-se a função do professor como ser transformador - responsável pela troca de saberes, e do aluno como receptor e disseminador desse conhecimento. O papel do

aluno também é alvo de mudanças. Aquele aluno antes considerado passivo, receptáculo do conhecimento descontextualizado, que não sabe por que e para que estuda determinados conteúdos, passa a ser visto como ser ativo e participativo na construção do conhecimento. Durante a formação do enfermeiro generalista, percebemos que não há o devido enfoque na área de saúde mental, o que gera baixo nível de competência e habilidades para realizar os devidos cuidados quando o profissional atua em uma instituição psiquiátrica. Concluímos que todo profissional deve adequar-se às necessidades do paciente, buscar atualização e capacitação com a finalidade de exercer sua função com eficácia. Verificamos como sendo de responsabilidade do enfermeiro a atualização constante na sua carreira profissional, tanto para adequar-se às metas exigidas pela instituição, bem como para fornecer cuidados de excelência aos portadores de sofrimento psíquico, tendo em vista que a educação contínua também os capacita para atender às mudanças sociais. Finalizamos este trabalho não com o intuito de criticar a formação do profissional de enfermagem, mas sim de ilustrar as mudanças e transformações evidenciadas a partir da reforma psiquiátrica, que tem por objetivo a formação de profissionais capacitados para atuar no cuidado aos portadores de sofrimento psíquico. Acreditamos que a contínua aquisição de conhecimentos e competências se torna essencial para exercer uma assistência de enfermagem com qualidade.

Descritores: enfermagem psiquiátrica, educação continuada, saúde mental.

Referências:

- KANTORSKY, et al. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP. 2005; vol 39, n 3, p 317-324. Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/24.pdf>>. Acessado em 10/11/08.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS: UNIÃO EM BUSCA DA RECUPERAÇÃO

Ana Gabriela Batista Marques, Andreia Peres de Oliveira, Emilyn Martins Matias, Jéssica Consoni Abruzzi, Joseane Nascimento da Silva, Mariá Barbalho Nardi, Elizeth Heldt
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do sul
joseanends@gmail.com

Introdução: Alcoólicos Anônimos (AA) é uma irmandade mundial de homens e mulheres, que se reúnem para compartilhar experiências relacionada ao alcoolismo, com o objetivo de alcançar e manter a sobriedade. Os membros trocam experiências, esperanças e forças para atingir o único requisito que é o desejo de parar de beber, e assim conseguir ajudar uns aos outros a se recuperarem do alcoolismo. Buscam a abstinência do álcool evitando o primeiro gole, um dia de cada vez. **Objetivo:** Compreender como os “Alcoólicos Anônimos” auxiliam no enfrentamento do alcoolismo. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado por acadêmicas de enfermagem durante estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Resultados:** Os encontros ocorrem semanalmente, com duração de duas horas. As reuniões são coordenadas e secretariadas por alcoolistas em recuperação. O relato de cada participante do dia tem duração aproximada de dez minutos e os ouvintes não podem emitir opiniões. Segundo os integrantes, uma pessoa somente conseguirá virar membro do AA quando aceitar que a

bebida se tornou um problema e que não é mais possível controlar sozinho. O anonimato é o alicerce dos AA, o grupo empenha-se em tornar conhecido o programa de recuperação e não os indivíduos que dele participam. Pode-se observar que o enfrentamento da dependência do álcool através da participação no AA baseia-se na atitude de compartilhar as vivências entre os membros. **Considerações Finais:** Fazer parte do AA é uma estratégia terapêutica que possibilita a recuperação do dependente do álcool, por intermédio do resgate de sua responsabilidade física e moral. É por isso que a estratégia terapêutica dos AA não visa apenas à abstinência de bebidas alcoólicas, mas visa à manutenção da sobriedade, por meio da integração do doente numa nova ordem de sentido a tudo que o rodeia.

Descritores: Alcoólicos Anônimos; Alcoolismo; Grupos de Auto-Ajuda.

INVESTIGANDO A PERCEPÇÃO/SENTIMENTOS DE PACIENTES EM PROCESSO DE DESINTOXICAÇÃO ALCÓOLICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniele das Neves Jardim, Natália Madalosso Chielli, Maria Honorato, Morgana Teodoro, Júlio César da Silva Soares, Ana Paula Belini, Tatiane Marques de Castro
Faculdade Nossa Senhora de Fátima
jardimdaniele@ig.com.br

Introdução: O alcoolismo tem se tornado um grande problema, o ministério da saúde deixa evidente a preocupação quanto a transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, necessitando de atendimento regular cerca de 6 a 8% da população. **Objetivo:** Investigar a percepção e sentimentos relacionados à dependência química de álcool de pacientes em processo de desintoxicação. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem da atividade desenvolvida em uma clínica especializada em tratamento para alcoólatras e psiquiátricos em geral de Caxias do Sul. Foram realizados dois encontros, onde 5 pacientes que participam do programa de desintoxicação alcoólica relataram suas experiências. **Resultados:** Evidenciou-se que na maioria dos relatos surgiram os motivos que os levam as recaídas e os mecanismos utilizados como motivação para a desintoxicação, como a preocupação com a saúde e com as pessoas que ainda possuem vínculo, além da vontade de viver em condições melhores. Descrevem o alcoolismo como uma doença que leva a muitas perdas sociais, familiares, financeiras e sentimentos de vergonha. Observou-se a preocupação com algumas doenças como hepatite e depressão, e também sinais e sintomas como perda de memória e tremores, que afetam o usuário de álcool. Em um dos relatos surgiu a negação total da doença, onde a desintoxicação fica atrelada apenas ao trabalho da equipe de saúde sem a colaboração e comprometimento do paciente no tratamento. **Considerações:** Percebe-se que o processo de desintoxicação é um trabalho árduo, desgastante que necessita de uma equipe de saúde especializada, para trabalhar a motivação e rendição do paciente ao tratamento, assim sendo, o mesmo deve estar consciente de que é uma doença grave, incurável, progressiva que pode levar a morte prematura ou a uma vida de dependência física em metal.

Descritores: Alcoolismo; Desintoxicação; Negação.

O PAPEL DA ENFERMAGEM NO CUIDADO AO DEPENDENTE QUÍMICO

Ana Gabriela Batista Marques, Gabriela Doebber Souto, Jéssica Consoni Abruzzi, Joseane Nascimento

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

anagabrielaba@gmail.com

Introdução: O uso de drogas representa um sério problema de saúde pública devido à sua alta prevalência e aos seus prejuízos sociais e psicológicos. A droga além de alterar o psiquismo do indivíduo também provoca alterações no funcionamento do seu corpo. Diante de tais dados constata-se que as drogas vêm se constituindo atualmente em um fenômeno alarmante, inserindo-se como um problema social. **Objetivo:** compreender o papel do enfermeiro no cuidado desses dependentes químicos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo qualitativo descritivo do tipo pesquisa bibliográfica segundo Gil. Constituíram fontes do estudo artigos de enfermagem e livro de enfermagem psiquiátrica publicados na realidade nacional. **Resultados:** No cuidado aos dependentes químicos o enfermeiro é um dos principais profissionais que integra a equipe interdisciplinar na abordagem deste tipo de paciente. Esse profissional deverá ter condições técnicas de exercer o papel de psicoterapeuta, percebendo que as possíveis dificuldades presentes na vida desse indivíduo, influenciarão no processo saúde-doença mental e que isto deve ser identificado e trabalhado no tratamento do dependente químico. De acordo com a Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 11, cabe ao enfermeiro exercer, entre outras, as seguintes funções: prescrição da assistência de Enfermagem, cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida, cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas. **Considerações finais:** Percebe-se que o enfermeiro tem autonomia para exercer os devidos cuidados, devendo atuar no sentido de fortalecer o cliente, tornando-o capaz de recuperar seu potencial, sem o abuso de drogas. Analisando os artigos compreendemos que o enfermeiro é o grande articulador no processo de cuidado ao dependente químico e no contexto que o envolve, considerando seus conhecimentos científicos sobre o assunto e sua capacidade de lidar com essa realidade agindo de forma humanizada.

Descritores: dependente químico, enfermagem e dependente químicos, cuidados de enfermagem.

A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA SAÚDE MENTAL

Thiana Sebben Pasa, Allan Cristian Rodrigues Jorge, Ana Claudia Soares de Lima, Bruna Sodré Simon,

Dafne Alves Naressi, Kellen Cervo Zamberlan, Margot Seiffert

Universidade Federal de Santa Maria

thianasp@hotmail.com

O processo de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) propõe a lógica da integralidade, levando em conta aspectos biológicos, psicológicos e sociais da população. Sendo assim, nenhum sistema sanitário estará completo se não atender às necessidades de Saúde Mental da população. A reforma psiquiátrica ocorrida no final da década de 70, que trabalha com a lógica da desospitalização, dá um enfoque especial

para a família e para a comunidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, ou seja, as mesmas diretrizes e propostas feitas pelo SUS. A inserção da Saúde Mental na atenção primária permite que os sintomas psíquicos sejam detectados e tratados precocemente, evitando as desospitalizações desnecessárias. Na Atenção Primária à Saúde o usuário terá o acesso mais facilitado, o que permite esse tratamento precoce, além disso, ele adquire um vínculo maior com os profissionais, o que facilita a continuidade do tratamento. Segundo o Ministério da Saúde, as queixas psíquicas são a segunda causa mais freqüente da procura por atendimento na Atenção Básica. A integração entre a rede comunitária e a saúde mental ainda é um dos principais desafios do ministério da saúde. Somente uma rede com âmbito coletivo é capaz de garantir resolutividade e promover autonomia e cidadania as pessoas com transtorno mental. O diálogo e o vínculo são estritamente necessários, deve haver ações de apoio matricial as equipes de atenção básica; “A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva de problemas de saúde pela equipe local.” (Brasil, 2003). A OMS estabelece como prioridade a capacitação em saúde mental dos profissionais da atenção básica. A abrangência desses serviços e sua busca ativa pelos pacientes possibilitarão ampliar e antecipar a detecção de casos, interrompendo mais precocemente o processo de adoecimento. O papel dos agentes de saúde torna-se imprescindível, pois é através desses profissionais que são identificados precocemente os casos e estes podem ser encaminhados à Unidade Básica e tratados logo no início. Várias experiências de saúde mental na atenção básica estão acontecendo hoje, com apoio dos CAPS, agentes comunitários, equipe de saúde mental das unidades básicas de saúde interagindo. Nota-se que nos municípios onde tem CAPS o acompanhamento às equipes de atenção básica tem sido organizado e realizado a partir desses serviços. Com essa revisão de literatura de característica qualitativa, constatou-se que a principal vantagem da atenção primária é a possibilidade de estender a cobertura em saúde mental a um maior número de usuários e diminuir os encaminhamentos de pacientes menos graves para a atenção especializada. A maior possibilidade de coordenação e aproveitamento dos recursos da comunidade por parte dos serviços primários pode também contribuir para a redução total de custos. O doente mental que é diagnosticado precocemente tem mais chances de tratamento e continuação do mesmo, pois acaba criando um vínculo com os profissionais da unidade básica, e principalmente, tem mais aceitação por parte da comunidade, pois não é retirado dela para tratamento. Portanto, não participará de uma hospitalização desnecessária, isolando-se da sociedade e especialmente, da família.

Descritores: Enfermagem, Atenção Primária à Saúde, Saúde Mental.

Referências:

1. BANDEIRA M, Lesage A, Morissette R. Desintitucionalização: importância da infra-estrutura comunitária de saúde mental. *J Bras Psiquiatr* 1994.
2. BANDEIRA M, Gelinás D, Lesage A. Desintitucionalização: o programa de acompanhamento intensivo na comunidade. *J Bras Psiquiatr* 1998.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Por uma política de saúde mental. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Políticas e Estratégias. Área Técnica de Saúde Mental. Brasil 1999.

A SAÚDE MENTAL DA MULHER: FATORES DETERMINANTES DO SOFRIMENTO PSÍQUICO FEMININO

Letícia Delfino Oliveira de Freitas

Estudo vinculado ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre

00134480@ufrgs.br

Introdução: As diferenças entre os gêneros sempre permearam as relações sociais. Tais diversidades também ocorrem quando se trata de incidência, prevalência, comportamento e curso dos transtornos mentais entre homens e mulheres. Fatores genéticos, biológicos e psicossociais estão envolvidos, na maior parte dos casos em associação, interagindo para determinar tais diferenças. **Objetivos:** Discutir os transtornos mentais que mais atingem o gênero feminino e suas possíveis causas. Expor os fatores que determinam esses transtornos, abordando aspectos biológicos, sociais e culturais. Apresentar um panorama sobre a associação entre a violência física e sexual e o sofrimento psíquico da mulher. **Método:** Utilizou-se a revisão bibliográfica de artigos conforme sua relação com o tema, selecionados em bases de dados virtuais. **Resultados:** Mulheres são mais suscetíveis a transtornos do humor, principalmente depressão, e transtornos ansiosos. Bulimia e anorexia nervosa são largamente mais incidentes no sexo feminino. Depressão e sintomas psicóticos durante o puerpério causam grandes malefícios para a relação mãe-bebê. Fatores genéticos e biológicos, como a oscilação hormonal, parecem ter íntima relação com a ocorrência desses transtornos. Fatores socioeconômicos e culturais estão implicados, destaca-se a tripla jornada exercida pela mulher que assume tarefas domésticas, a maternidade e o trabalho, gerando conflitos e sentimento de pesar pela não satisfação das exigências que lhe são impostas. Exposição à violência física e sexual, tanto no âmbito público quanto no privado, é fator gerador de seqüelas psicológicas graves. **Conclusões:** Faz-se necessária uma maior atenção dos profissionais de saúde para as peculiaridades da doença mental na mulher, para que conscientes delas possam direcionar a assistência e promover sua qualidade de vida. Mulheres expostas à violência física e sexual precisam que se resguarde sua saúde mental, e que seus transtornos psíquicos sejam encarados com o respeito devido e tratados como um problema de saúde pública.

Descritores: saúde mental; transtornos mentais; saúde da mulher.

A VISÃO DO PROCESSO DE ENVELHECIMENTO NA VIVÊNCIA DE GRUPOS DE IDOSOS

Fernanda Berwaldt Justen, Maiana Pinheiro dos Santos, Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Wendel

Mombaqué dos Santos, Thomas Josue Silva

Universidade Federal do Pampa

fernandajusten@gmail.com

O envelhecimento é um processo dinâmico que provoca alterações físicas e psicológicas, podendo até mesmo causar limitações na capacidade do idoso realizar atividades cotidianas, colocando então, o grupo senil em maior vulnerabilidade social. A convivência grupal estimula a busca por maiores conteúdos, o

autocuidado e a atualização. Assim, este trabalho tem como objetivos perceber a visão de mundo do idoso sobre saúde, doença, fé, morte e relação com os grupos de convivência. Desta forma, realizou-se um estudo qualitativo e descritivo, com uma amostra de cinco idosos do sexo feminino, entre 60 e 70 anos, atendidos em Grupos de Convivência para a Terceira Idade oferecidos na cidade de Uruguaiana/RS. A coleta de dados ocorreu no período de junho e julho de 2008. Observou-se que os grupos abrem espaço para o idoso relatar suas vivências e construir bases para enfrentar situações difíceis, também compartilhar de atividades que estimulem integração com outros membros. Com relação ao processo de envelhecimento, os idosos aprendem a conviver com suas limitações e impossibilidades impostas pela idade. Porém, um assunto de grande dificuldade durante as entrevistas foi o tema morte, pois, a idade mais avançada para alguns pode indicar a aproximação da morte e, não só para o adulto tardio como para todas as pessoas, a morte é um assunto delicado e difícil de encarar. Portanto, ao realizar-se este estudo, percebe-se que o tempo e a fé são formas de enfrentamento do processo de envelhecimento, observa-se que realmente a reunião em grupo auxilia tanto no bem-estar físico quanto psicológico dos seus integrantes. É de grande relevância que todos os profissionais da saúde compreendam os aspectos psicossociais que envolvem a convivência de pessoas da mesma faixa etária, para possibilitar um atendimento mais humanizado a este grupo social.

Descritores: idosos - grupos de convivência - envelhecimento.

ALÉM DAS QUATRO PAREDES DO CAPS: AS LIMITAÇÕES DO SERVIÇO E DOS PROFISSIONAIS

Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Beatriz Franchini

Universidade Federal do Pampa

enf-vilma@bol.com.br

Introdução: Este estudo consiste num Relato de Experiência de prática realizada num CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) em Uruguaiana/RS. Onde o acadêmico teve a oportunidade de participar das práticas realizadas e observar a rotina do serviço. **Objetivos:** Descrever atividades realizadas fora do ambiente físico do CAPS II. Relatar o trabalho de visita domiciliar e busca ativa do serviço. **Método:** Foi realizada uma pesquisa Qualitativa, exploratória, do tipo Relato de Experiência a partir de observação participante durante as atividades de rotina do CAPS no que tange a busca ativa e visita domiciliar. Os dados foram anotados em diário de campo e discutido à luz da teoria. O período de observação se deu durante o mês de fevereiro de 2009. **Resultados:** Observou-se que algumas classes de profissionais de nível médio se destacavam na execução de tarefas consideradas pelos demais profissionais como de menor valia. Pode-se perceber que estes profissionais tinham um domínio da clientela excluída dentro do CAPS. Esta clientela era composta por moradores de rua, pessoas que não aderiam ao tratamento convencional do CAPS ou que não possuíam condições de participar das atividades do CAPS por motivos diversos. Mesmo assim, estas pessoas recebiam visitas regulares para administração de medicações, oferta de alimentação e avaliação do estado geral. Observou-se também uma rigidez e estereotipia dos papéis de cada classe profissional dentro do serviço,

onde se restringiam às suas atribuições específicas e demonstravam dificuldade em trabalhar em equipe e se flexibilizar diante das demandas existentes. **Considerações Finais:** Percebeu-se que o papel da reabilitação nos CAPS não é apenas um processo voltado para o sujeito, mas também para o profissional, o qual deve se despir de hierarquização de práticas e estereótipos das profissões. A realização de tarefas além das restritas as suas incumbências pode criar melhores condições de trabalho favoráveis à reabilitação.

Descritores: Saúde Mental, Serviços Comunitários de Saúde Mental, Recursos Humanos.

APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY COMO FERRAMENTA IMPORTANTE PARA AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA EM PSIQUIATRIA

Cristiani C. Knöpker, Angela Luft, Letícia D. O. De Freitas, Renata C. Centena, Rita De Cássia Henz,
Cosme N. J. Junior, Fabrício S. Braga, Fernando L. Pierozan
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
cknöpker@yahoo.com.br

Introdução: O Modelo Calgary foi criado por duas enfermeiras canadenses na Universidade de Calgary, é freqüentemente utilizado ao trabalhar com famílias. Esse modelo enfoca a promoção, melhora e sustentação de um funcionamento familiar eficaz em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental. Os instrumentos para avaliação estrutural são o Genograma: espécie de árvore representando a estrutura familiar interna. Propicia dados ricos sobre relacionamentos, ao longo do tempo, inclui dados de saúde, doença, ocupação, religião, etnia e migração. Ecomapa: representa uma visão geral da família. Possibilita conhecer os relacionamentos dos membros da família com os demais sistemas (comunidade, igreja, apoios, unidade básica de saúde, vínculos). **Objetivos:** relatar a experiência/aprendizado de um grupo de alunos do quarto semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul da aplicação do modelo Calgary proposto pela disciplina de Saúde Mental I oferecida no segundo semestre de 2007. **Método:** utilizou-se como metodologia o estudo de caso, onde é possível analisar e compreender as diversas faces que envolvem o Usuário, tais como o seu histórico, o cuidado dispensado a esse indivíduo (POLIT e HUNGLER, 1995) e também o ambiente no qual ele está inserido, observando essas interações (GALBREATH, 2000, p.203). A coleta de dados foi realizada através de entrevista não estruturada e gravada com uma adolescente e sua mãe na Casa de Apoio Viva Maria, instituição que fornece abrigo a mulheres vítimas de agressão física. Além das entrevistas foram construídos o genograma e o ecomapa com a participação da jovem e de sua responsável. A identidade dos sujeitos da pesquisa será preservada, sendo os mesmos identificados apenas por iniciais de seus nomes. **Resultados:** M. é uma adolescente de 18 anos que se encontra alojada na Casa de Apoio Viva Maria. As recordações remotas de M. sobre sua infância iniciam-se aos quatro anos, M. lembra que seu pai chegava bêbado. Só queria dormir, e brigar muito com ela. O pai a trancava dentro de casa. Não deixava ela brincar com as outras meninas. Aos seis anos, lembra que o pai agredia a mãe e as irmãs. Prossegue dizendo que, certa vez, a mãe fugiu de casa com ela e a irmã e que, quando retornaram, seu pai veio a falecer. Aos 13 anos, M. tentou suicídio, pois achava sua vida “podre, que

não havia nada de importante, nada de interessante, nada de bom para se fazer”. Chegou a ser internada várias vezes no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Quando saía do hospital, ficava com vergonha de voltar para o colégio e por isso perdia o ano letivo. Informou que trocou de colégio oito vezes. Em relação à vida social, M. tinha dificuldades de se relacionar com pessoas de ambos os sexos. Em relação aos namoros, informou que dos 13 aos 15 anos “ficou” com dois rapazes. Com 15 anos, cursou a 6ª série e conheceu D. Apaixonou-se por ele e começaram a ter as primeiras relações sexuais. Conta que sua mãe (T) não gostava dele e não apoiava essa união. Diz que quando o conheceu não sabia que ele era usuário de drogas, nem que era violento. Os dois fizeram planos de ter um filho e passaram a morar na casa de T. Entretanto, quando M. engravidou, D. começou a culpá-la pelo ocorrido, dizendo que não desejava o filho. Nesse período, D. tornou-se cada vez mais agressivo e passou a forçá-la a manter relações sexuais. Quando L. nasceu, dormia com o casal. Presenciava as brigas, as discussões, as agressões e também as relações sexuais do casal. A avó materna vendo esta situação pegava o neto do quarto do casal e dava seu peito para a criança sugar. Depois de algum tempo, D. começou a enclausurar a esposa em casa, quando M. descumpria as ordens pré-estabelecidas e saía para a rua, D. batia nela e a arrastava para casa pelos cabelos, fazendo-a passar vexame. Durante a última briga, T. saiu em defesa da filha com uma faca, acabou se ferindo e teve que ser internada no HCPA. Após essa situação, mãe e filha registraram ocorrência contra D. Devido a esta denúncia, T., M. e L. foram para a Casa de Apoio Viva Maria. Atualmente, M está fazendo o pró-jovem no Monteiro Lobato cursando a 6ª, 7ª e 8ª série. Hoje M. diz sentir nojo e ódio de D. e nega querer vê-lo, principalmente por ele ter tentado matar sua mãe. A adolescente teme sair na rua por medo de represálias por parte do ex-companheiro. Conta que pretende trabalhar, quer continuar estudando. Diz que pensa em fazer Magistério, ou Psicologia”. M. pretende morar fora do RS, levando consigo sua mãe e o filho L. Através do Genograma verificamos o ex-sogro sogro de M. também é alcoolista e tomamos conhecimento que sua sogra possui problemas psiquiátricos. Um dos pontos relevantes observados durante essa dinâmica foi a diferença na composição de M. e de T. Para M., sua família era ela, T. e o filho L. Já, para T; a família incluía a outra filha MO. e o outro neto, MI. Durante a realização do Ecomapa, foi possível traçar as relações entre M. e sua mãe e entre elas com as pessoas e instituições de seu convívio e distinguir os vários tipos de relações categorizadas a seguir. Verificamos que M. tem vínculos positivos com o grupo de crianças, com a enfermeira da casa, com duas amigas e com a escola. Vínculos muito fortes com L., com T., com D., com a família de D., com aquelas duas amigas e com a escola. Vínculo forte com o pai (já falecido). Vínculos superficiais com MI, com M., com a tia D. e com B e a família dele. Vínculo muito superficial com a religião. Vínculos estressantes com a avó materna, com D., com a família de D., com MI, com as usuárias da casa e com o grupo técnico da casa. Vínculos negativos com o bairro, com a escola e a família de D. A seguir os vínculos de T. Vínculos positivos: bairro, escola e tia D. Muito fortes: religião, B e a família dele. Superficiais: grupo de crianças da Casa Viva Maria e Muito superficiais: família de D. Vínculos estressantes: pai de Mariana (já falecido), usuárias e grupo técnico da Casa Viva Maria. Salienta-se também, que, durante a realização desse trabalho, em campo, percebeu-se a dificuldade de L. com as outras crianças da Casa. Algumas vezes, chegava a agredí-las. **Conclusões:** Feita a avaliação de Família pelo modelo Calgary, e feitas as relações com o referencial teórico pode-se entender os fatores precipitante para o desenvolvimento

da baixa auto-estima, da desesperança, do medo e da ansiedade e da depressão da adolescente em questão. Este trabalho reforça o conhecimento científico de que existe uma tendência maior para aqueles que, na infância, conviveram em ambientes familiares violentos, reproduzirem este modelo em seus próprios lares; e de que a violência doméstica quando faz parte do cotidiano da criança (as)s faz com que elas reproduzam este tipo de relação em todos os seus círculos de relacionamento. Além dessa problemática da violência, M. também desenvolveu um comportamento suicida, que segundo a literatura, pode ter como fatores precipitantes mais frequentes: confrontos entre os pais, perda de um dos pais, divórcio dos pais, fracasso escolar e, queixas de tédio - todas situações presentes no discurso de M. ao longo do estudo. Diante do exposto, os autores sugerem que a avaliação de família pelo modelo Calgary configura-se como uma ferramenta ideal para diagnóstico e visualização do indivíduo dentro da dinâmica familiar e social na qual ele está inserido, possibilitando estratégias de cuidado eficientes.

Descritores: Relações Familiares, Psiquiatria do adolescente, Violência Doméstica.

AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE SAÚDE MENTAL: VISITA DOMICILIAR UMA ESTRATÉGIA DE INCLUSÃO DA SAÚDE MENTAL NO TERRITÓRIO

Fernanda Barreto Mielke, Agnes Olschowsky

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

fbmielke@gmail.com

O movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, iniciado no final da década de 1970, tem propiciado mudanças na lógica da assistência em saúde mental, centralizando o cuidado no indivíduo em sofrimento psíquico, valorizando sua experiência de vida e priorizando o atendimento no território. Em 1994, foi criada a Estratégia Saúde da Família (ESF), entendida como modelo reorientador da prática assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde, implantando equipes multiprofissionais, que devem estabelecer vínculo com a população mediante adscrição do território, possibilitando o compromisso e a co-responsabilidade dos profissionais com a comunidade (BRASIL, 2004). Assim, a partir da mudança do modelo centrado no hospital para a criação de serviços territoriais abertos, houve o encontro entre a saúde mental e a atenção básica nas comunidades, propondo uma mudança efetiva e radical na assistência à saúde, privilegiando a descentralização e a abordagem comunitária e familiar (LYRA, 2007; PEREIRA, 2007). Dentre os objetivos em comum dessas duas áreas de cuidado, destacamos o atendimento territorializado, a participação da família no cuidado, a priorização do acolhimento e da escuta ao usuário como objetivos fundamentais para a efetivação de ações de saúde mental no território. Em 2001, o Ministério da Saúde discutiu o Plano de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica, cujos resultados foram compilados no relatório lançado em 2003, sob o título “Saúde Mental na Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários” (BRASIL, 2003) no intuito de aproximar as duas áreas: saúde mental e atenção básica. Tendo em vista a inclusão de ações de saúde mental no âmbito da ESF, a visita domiciliar aparece como importante estratégia, pois preconiza o vínculo e a responsabilização pelo cuidado, permitindo compreender cada contexto em sua

singularidade, mas atentando para a integralidade da situação. Temos o objetivo de avaliar as ações de saúde mental desenvolvidas na ESF, destacando a visita domiciliar como estratégia de inclusão das ações de saúde mental no território. Trata-se de um estudo avaliativo qualitativo, desenvolvido por meio dos pressupostos da Avaliação de Quarta Geração, proposta por Guba e Lincoln (1989), adaptada por Wetzel (2005). Os sujeitos do estudo foram 14 profissionais das duas equipes da ESF, situada na zona leste do município de Porto Alegre/RS, participando do processo avaliativo dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). A coleta de dados foi realizada por meio de observação e entrevistas individuais. Para a análise de dados utilizamos o Método Comparativo Constante (LINCOLN; GUBA, 1985), emergindo, ao final, três categorias, dentre as quais destacamos a intitulada “ações de saúde mental”. Nesta apresentação trataremos do eixo temático das tecnologias em saúde, do qual faz parte a visita domiciliar, foco de nossa discussão. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, sob o número 238, tendo todos os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No processo avaliativo, os profissionais da ESF estudada avaliam a visita domiciliar como uma ação em saúde mental realizada no contexto estudado, facilitando a inclusão da saúde mental na atenção básica, a partir da ESF. A visita domiciliar não é uma prática nova no campo da saúde, mas na atualidade aparece como prática inovadora, pois facilita o acesso ao serviço bem como às ações de saúde, respondendo às necessidades dos usuários por meio do acolhimento e do vínculo, sendo um instrumento que busca o fortalecimento das mudanças propostas para a atenção básica (MANDÚ et al, 2008). A prática da visita domiciliar, enquanto tecnologia em saúde, implica na co-responsabilização do cuidado, envolvendo o profissional, o usuário e sua família, cada um com sua parcela de comprometimento e responsabilidade. A utilização da visita domiciliar abrange ações desde a promoção até a recuperação da saúde, englobando mais do que o fornecimento de um tratamento padrão (LACERDA et al, 2006). A estratégia da visita domiciliar propicia o fortalecimento do vínculo entre o serviço e a comunidade, se caracterizando como aspecto positivo no cuidado integral, possibilitando conhecer a realidade das condições sócio-econômicas e das relações no ambiente familiar (COIMBRA, 2007). Entrar na casa das pessoas, observar hábitos, relações, rotinas pode ser importante para planejar e executar ações saúde. É importante respeitar a individualidade da família bem como os objetivos do projeto terapêutico traçado para fortalecer o vínculo estabelecido entre serviço e família (ABRAHÃO; LAGRANGE, 2007). A visita domiciliar na ESF estudada é com maior frequência realizada pelo ACS, pois além de ser uma atividade inerente ao seu trabalho, é esse profissional que vive na comunidade e, portanto, transita no território com maior facilidade e acesso à comunidade, sendo “porta de entrada” para os demais profissionais das equipes. Durante as visitas, aos usuários com transtorno mental, os agentes de saúde conhecem as condições de saúde do usuário e sua família e, por meio do questionamento do uso da medicação psicotrópica buscam iniciar uma interlocução sobre as questões de saúde mental. Não se pode deixar de destacar a importância de não reduzir a visita domiciliar em saúde mental ao simples acompanhamento do uso de medicação psicotrópica, devendo essa estar direcionada sempre para a integralidade do cuidado à saúde e abordando as demais questões que envolvem a vida cotidiana. A visita domiciliar enquanto uma ação de saúde mental possibilita uma interação mais efetiva entre os atores envolvidos, aparecendo como um instrumento que pode facilitar a

assistência integral ao usuário, assim como, o cuidado à família. Concretizando-se, desse modo, numa estratégia eficaz para conhecer a organização das atividades cotidianas dos usuários e familiares e realizar uma intervenção mais próxima da realidade (OLIVEIRA, 2001). A visita domiciliar tem proporcionado o cuidado no território, podendo ser mais valorizada como estratégia de inclusão das ações de saúde mental na ESF, devido ao potencial que essa tecnologia em saúde proporciona no cuidado. Assim, avaliamos a importância da utilização da visita domiciliar no cuidado em saúde mental no âmbito da ESF, considerando que essa tecnologia em saúde pode propiciar o fortalecimento do vínculo, estimulando a reinserção social do usuário, a partir de seu próprio contexto.

Descritores: Avaliação em saúde. Saúde mental. Saúde da família. Visita domiciliar.

CAPSI HARMONIA E OFICINAS TERAPÊUTICAS: IMPRESSÕES DE UM ESTAGIÁRIO DE ENFERMAGEM

Denis Iaros Silva da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

iaros.silva@ufrgs.br

Introdução: A saúde é um conjunto de fatores e não se resume à saúde do corpo. Não existe saúde perfeita se não considerarmos o nosso corpo e nossa mente como um só, ou seja, só teremos saúde quando estivermos bem por inteiro. Em relação à saúde mental, vê-se que ela não é tão fácil de ser medida, por exemplo, como a saúde do corpo. Por isso mesmo, ela não é nada palpável para os olhos de pessoas despreparadas, necessitando geralmente de apoio de pessoas especializadas em identificarem as alterações na mesma e capacitadas para tratá-la. No Centro de Atenção Psicossocial Harmonia, encontramos esse pessoal capaz. E aí encontraremos instrumentos terapêuticos, como as oficinas terapêuticas. **Objetivos:** Identificar as principais oficinas terapêuticas existentes no CAPSi Harmonia, assim como demonstrar sua importância na reabilitação/habilitação de crianças e adolescentes com transtornos relacionados ao estado mental. **Revisão de literatura:** Segundo Costa e Figueiredo¹, cada indivíduo possui diversas facetas em sua vida, necessitando obter uma certa saciedade para cada uma delas. Indivíduos possuidores de transtornos mentais passam por complicações, mais do que os indivíduos saudáveis mentalmente, para alcançar esta satisfação global de seu ser. Buscando que esses indivíduos possam superar suas limitações e que consigam satisfazer de forma holística seus seres, inclusive possibilitar a inclusão do transtornado mental na sociedade de forma que este exerça sua cidadania, o movimento da reforma psiquiátrica na atualidade coloca disponíveis, como uma alternativa de reabilitação/habilitação a estes pacientes, as oficinas terapêuticas, sendo que estas deverão ter papel tanto terapêutico, quanto de re-inserção e/ou inserção (no caso de crianças e adolescentes) social. As oficinas são terapêuticas quando existe uma troca entre terapeuta e paciente, quando naquele momento o paciente passa a pertencer a um grupo e, neste, estabelecer relações de convivência e comunicação com outros indivíduos e consegue desenvolver, inclusive, atividades propostas pelo terapeuta/oficineiro, não somente as de sua escolha, mas também estas. Não tirando a possibilidade da criança e do adolescente de

rumarem através de suas próprias escolhas pelos caminhos de sua inserção na sociedade, ainda assim são de grande importância ações que desenvolvam sua capacidade de interação, negociação e vinculação. Para isso são necessários espaços onde estes possam trabalhar na prática e de forma lúdica suas deficiências. Estes espaços podem ser encontrados no desenvolvimento de oficinas terapêuticas. No CAPSi Harmonia algumas delas são desenvolvidas. Podemos encontrar nele a oficina de beleza, a oficina de brinquedo, entre outras. De acordo com o “Projeto Terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial Harmonia²”, que é, segundo o que consta no mesmo, um “serviço especializado em Saúde Mental para o atendimento de crianças e adolescentes portadores de transtornos mentais priorizando os casos severos e persistentes, incluindo psicoses, neuroses, transtornos gerais do desenvolvimento, dependência química (co-morbidade)”, este tem, entre outros objetivos, o de “oferecer modalidades terapêuticas diversificadas: terapias individuais e grupais, terapia ocupacional, grupos operativos, oficinas de saúde, educacionais, culturais e de cidadania, além da atenção nas áreas clínicas, enfermagem, serviço social, psicologia, de modo a construir juntamente com o usuário o seu plano terapêutico”. As oficinas terapêuticas têm sido de suma importância no trabalho com as crianças e adolescentes, sendo que geralmente procura-se adaptar os trabalhos de acordo com as necessidades relativas aos transtornos apresentados pelos pacientes. Entre os transtornos a serem tratados, os principais são: “Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno de Oposição e Desafio, Transtornos de Conduta, Transtorno de Humor Bipolar, Transtorno Depressivo, Transtorno de Abuso de Substância para crianças até 12 anos, conforme Plano de Saúde Mental Municipal (no entanto, a dependência química pode ser incluída como co-morbidade associada a outros transtornos), Transtorno Psicótico, Esquizofrenia, além do Retardo Mental Leve”. A faixa etária alvo do atendimento vai de sete até dezoito anos de idade. São três as modalidades de atenção no CAPSi Harmonia: Modalidade de Atenção Intensiva (atendimento diário), ou seja, o CAD – Centro de Atenção Diária, até vinte e dois dias por mês; Modalidade de Atenção Semi-intensiva (não precisa ser todos os dias), até doze dias por mês; e, Modalidade de Atenção Não-intensiva (demanda imediata e pontual), até três dias por mês. Em relação às oficinas terapêuticas, as existentes neste CAPSi são as seguintes, assim como suas principais funções: Pintura (arte e exercício da cidadania. Enfoque em criatividade, arte e aprendizado de técnicas. Preparação para o trabalho e geração de renda); Pintura em Tela (criatividade e a produção de subjetividade, despertar da auto-estima, superação de dificuldades); Bijuteria (estimular aspectos individuais dos usuários e suas relações de grupo); Culinária (receitas, higiene e asseio corporal. Utilização adequada de ingredientes, preparação para trabalho e fonte de renda); Musicante (reflexão, facilitar expressão de emoções); Leitura (reflexão, entendimento de conflitos emocionais. Estimular hábito de leitura); Brinquedo (estímulos lúdicos, avaliação e intervenção terapêutica no desenvolvimento global, familiar e social); Beleza (trabalhar auto-estima); Saúde (cuidado, promoção e prevenção da saúde); Vídeo (lazer, cultura, debate); Cartões (no CAD, confecção de cartões artesanais. Trabalhar as potencialidades individuais); Brincarte (no CAD, atividades de artes plásticas experimental, lúdica e voluntária. Para pacientes mais desestruturados ou com mais necessidade de suporte de ambientoterapia); Biscuit (no CAD, trabalha habilidades e coordenação motora); Artes Plásticas na Casa de Cultura Mário Quintana (produtor de inclusão social dos pacientes); Costura (trabalha aspectos individuais nas relações interpessoais do grupo. Está dentro do CAD); Cestaria e Artes de Papel (habilidades manuais.

Viabilizar o vínculo dos pacientes que estão em atendimento intensivo ou semi-intensivos entre si e com os profissionais); Oficina de Sabonete (em implatação). São estas as oficinas que propõem-se a auxiliar na reabilitação/habilitação das crianças e adolescentes vinculadas ao CAPSi Harmonia. **Metodologia:** Foi utilizado como base a experiência de estágio curricular realizado no CAPSi Harmonia, como também algumas referências indicadas pela professora orientadora do estágio. **Análise dos resultados:** O trabalho em saúde mental é um trabalho que exige muita paciência e persistência, tanto para pacientes, como para os profissionais. Os resultados das terapêuticas costumam ser demorados de acontecer e são comuns as recidivas. Apesar de tudo isso, a persistência com trabalhos de terapias bem direcionadas sempre deverá valer a pena. As oficinas terapêuticas, pelo que foi observado, parecem ser um bom instrumento de reabilitação/habilitação para as crianças e os adolescentes. **Considerações finais:** Este estágio curricular em Saúde Mental, realizado no CAPS Harmonia, permitiu-me enxergar um outro lado da enfermagem. Uma visão ampliada das coisas me foi apresentada. Dos procedimentos tradicionais de intervenção nas doenças físicas, passei a ver um pouco melhor e de forma mais ampla os pacientes, agora procurando vê-los em seu todo. Aprendi que às vezes atividades aparentemente simples (oficina de pintura etc.), podem ser tão terapêuticas quanto qualquer outra terapia, dependendo das necessidades de cada paciente.

Descritores: Saúde Mental; Serviços de Saúde Mental; Terapia pela Arte.

Referências:

1. COSTA, Clarice Moura (org.); FIGUEIREDO, Ana Cristina (org.). Oficinas terapêuticas em saúde mental. Rio de Janeiro. – Contra Capa Livraria, 2004. 282p..
2. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. GERÊNCIA DISTRITAL CENTRO. Projeto Terapêutico do Centro de Atenção Psicossocial Harmonia. Porto Alegre, 2006. 14p..

CONTRIBUIÇÃO DA ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA À ESQUIZOFRENIA

Beatriz Franchini, Fabiani Weiss Pereira, Raquel Einloft Kleinübing
Universidade Federal do Pampa
fabi-weiss@hotmail.com

Introdução: Este trabalho é baseado em pesquisas bibliográficas e em ensaios acadêmicos, pesquisados durante o estágio curricular de saúde mental no quinto semestre, a fim de aprofundar os conhecimentos acerca da intervenção de profissionais enfermeiros(as) capacitados(as), em episódios de transtorno esquizofrênico, na redução do sofrimento físico e emocional, das pessoas e dos familiares que estão passando por um período de transtorno de causa variada dependendo de cada paciente. **Objetivos: 1)** Identificar e explicar as formas de início agudo e insidioso do episódio esquizofrênico. **2)** Descrever quais intervenções de enfermagem podem contribuir no tratamento. **3)** Esclarecer como as intervenções cumprem o papel de auxiliar o indivíduo e sua família a se colocarem frente à sociedade diante de seus problemas associados ao transtorno. **4)** Relatar a experiência das acadêmicas durante o quinto semestre de enfermagem em práticas da disciplina de saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial(CAPS) na cidade de Uruguaiana. **Metodologia:** Pesquisa bibliográfica, através do levantamento de artigos científicos na base de

dados: SCIELO, CAPES, LILACS e GOOGLE ACADÊMICO. **Desenvolvimento:** A esquizofrenia é uma doença mental grave, pois afeta as emoções, o pensamento, as percepções e o comportamento. Esta patologia chega a estágios de diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, trabalhar, manter pensamentos completos e de se relacionar individual e socialmente. O transtorno desenvolve-se de duas formas, a primeira de início agudo, quando os sintomas como, por exemplo, excitação motora, confusão e ansiedade que progridem para o estado de pânico são intensos e evoluem para uma deterioração se não tratados imediatamente ou de início insidioso (KAPLAN,2006). Este caracteriza-se por um desenvolvimento da psicose de forma amena, onde o desenvolvimento psicomotor é normal, porém o aspecto emocional do paciente apresenta desvios extremos que vão desde mudanças fortes de humor a atos obsessivo-compulsivos, sendo de suma importância levar em consideração que quando não há uma intervenção nesse início, ele evolui para uma aceleração aguda de psicose em um momento futuro , ambos os episódios são intercaladas com períodos de remissão. Dentre as intervenções de enfermagem que podem contribuir no tratamento, conforme Giacon e Galera (2006) citaremos: 1- Tratamento Farmacológico, consiste no uso de medicamentos antipsicóticos (neurolépticos) no primeiro episódio de esquizofrenia, esse tratamento deve ser mantido durante os dois primeiros anos após o surto para não haver recaídas drásticas, nesse tratamento o(a) enfermeiro(a) observa efeitos colaterais da medicação e acompanha a saúde geral do paciente e da família; 2- Intervenção Psicossocial, envolve o tratamento de pacientes na interação com atividades sociais e ocupacionais com direção orientada, o(a) enfermeiro(a) irá promover diversas atividades, tais como a coordenação de grupos com oficinas recreativas que estimulem os pacientes a produzir para que esses sintam-se úteis, valorizados, possibilitando uma reinserção social, já que ainda há preconceitos a respeito dessa doença , também pode-se fazer visitas domiciliares, orientando o paciente e a família. Contudo essas atividades devem ser restritas quando o paciente ainda não controla os níveis agudos da esquizofrenia; 3- Inclusão da Família, uma alternativa indispensável no primeiro episódio esquizofrênico, o profissional enfermeiro deve fazer um conhecimento prévio da família, abordando suas limitações, seus medos e inseguranças, não há como orientar sem conhecer pelo menos uma parcela do período de sofrimento do familiar. A intervenção do tipo sistêmica é a mais recomendada porque através dela é possível promover educação sobre a doença, seus sintomas, além de ajudar a família a enfrentar o impacto sobre a doença. Todas essas intervenções envolvem a equipe multiprofissional, composta no mínimo de médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, enfermeira com especialização em psiquiatria, assistente social e não apenas o(a) enfermeiro(a), as ações são interdisciplinares. É importante esclarecer que ao decorrer do texto haverá outras intervenções de suma importância relacionadas especificamente com a inclusão familiar. Deve-se atentar para a observação dos aspectos biopsicossociais do paciente e da família nas intervenções de enfermagem, avaliando as necessidades individuais de cada paciente, levando em consideração suas individualidades e sua cultura para que se possa ter uma reorganização do estado do paciente e uma prevenção para futuros episódios de crise. Esses aspectos biopsicossociais interagem, ou seja, acontecimentos psicológicos e orgânicos relacionam-se e podem criar situações, as quais podem ser favoráveis ou não ao aparecimento do transtorno, já que a esquizofrenia pode ser associada por um conjunto de todos esses fatores. Todas as intervenções visam melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família. O (a) enfermeiro

(a) tem outras atividades que ressaltam o âmbito familiar, o (a) profissional deve ter a responsabilidade de criar e implementar planos para melhorar as condições de vida do paciente englobando também seu familiar, orientando-os sobre as características da doença, do seu tratamento, dos recursos disponibilizados. Este trabalho também envolve a orientação da família e do paciente, tendo total certeza, através da atualização de leituras de estudos e pesquisas, a fim de não cometer equívocos ou deixar dúvidas, dando suporte para um bom entendimento e uma melhor aceitação da doença para que haja, assim, uma melhora na adesão aos tratamentos. Através da orientação, intervenção e assistência de enfermagem o paciente, com o apoio da família, poderá levar uma vida normal, com qualidade, podendo interagir com a sociedade, estando ciente dos seus limites, valorizando o tratamento. Através das informações prestadas pelo profissional o paciente estará apto a comportar-se de maneira a não prejudicar a si próprio e a sua família, como por exemplo, deixando de usar a medicação, ou deixando de frequentar oficinas de lazer que lhe proporcionam autoconfiança através dos trabalhos realizados. O entendimento a respeito dos malefícios que uma parada súbita do tratamento farmacológico pode acarretar na vida da pessoa, e a importância na sua interação na sociedade, com o suporte fornecido pelo (a) profissional enfermeiro (a), caso não haja um acompanhamento efetivo o paciente psiquiátrico e sua família poderão enfrentar medos, angústias e receios a respeito da doença e do seu restabelecimento. Após todas essas informações faz-se necessário, a título de complementação e relato de ensaios acadêmicos, relatar uma breve experiência demonstrando como são as intervenções de enfermagem na prática assistencial em um Centro de Atenção Psicossocial, na cidade de Uruguaiana, onde observou-se a importância da reabilitação do paciente psiquiátrico durante a participação de oficinas, lazer e esporte, que buscavam além do controle da patologia mental, associado ao tratamento farmacológico, uma melhoria na qualidade de vida. Contudo, percebeu-se que ainda é insuficiente a participação da família neste processo, sendo este um desafio para ações futuras. **Conclusão:** Com as intervenções de enfermagem, mudanças positivas no quadro clínico dos pacientes, na interação do familiar-paciente, paciente- sociedade e paciente- adesão ao tratamento são observadas. O enfrentamento, diante de uma sociedade ainda preconceituosa quando trata-se de transtornos mentais é adquirido mediante a intervenção de enfermagem, através de orientações e principalmente de oficinas de apoio, como observamos no CAPS de Uruguaiana, podendo ajudá-los na integração social após o seu aparecimento, auxiliando na cooperação da adesão ao tratamento e à adaptação de sua nova condição com vistas à manutenção da qualidade de vida.

Descritores: Esquizofrenia, enfermeiro, serviços de saúde mental.

CONVERSANDO SOBRE INSTABILIDADE DO HUMOR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vera Beatriz Delgado, Christine Wetzel, Agnes Olschowsky

Hospital de Clínicas de POA e Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

vbsantos@hcpa.ufrgs.br

O presente trabalho tem o objetivo de relatar a experiência de um grupo terapêutico realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Essa atividade surgiu com o propósito de promover o cuidado de usuárias acompanhadas nesse serviço que apresentavam diagnóstico de Transtorno de Personalidade Borderline, que têm como principais sintomas oscilações constantes do humor, comportamento autodestrutivo, problemas de autoestima, impulsividade e recorrentes tentativas de suicídio. O grupo terapêutico é coordenado pela enfermeira, com cocoordenação do residente médico e com participação do estagiário de enfermagem do último semestre. Ocorre uma vez por semana, com duração de uma hora e, no máximo, com oito participantes. O grupo tem como objetivo central possibilitar um espaço de trocas para essas mulheres que apresentam instabilidade nos relacionamentos interpessoais, pois são pessoas sensíveis aos estímulos externos, ocasionando tensão na sua vida cotidiana. Assim, o grupo tem possibilitado escuta, verbalização dos sentimentos e desejos, bem como a reflexão dos comportamentos por meio de trocas entre os participantes. Consideramos que a técnica grupal tem permitido uma reflexão e um aprendizado de diferentes recursos internos e externos para um melhor controle dos impulsos e convívio familiar, promovendo bem-estar na vida dessas pessoas.

Descritores: Grupo, Enfermagem Psiquiátrica, Transtorno de Personalidade Borderline.

DESMISTIFICANDO A LOUCURA: RELATOS DE EXPERIÊNCIA EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSQUIATRICA

Luisa Franzon Brun, Agnes Ludwig, Cimone Noal Haas, Cristina Tavares Bosquerolli, Fernanda Rodrigues,

Meira Teixeira, Mônica dos Santos, Savana Scheffer Robalo, Luisa Diehl

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

lulifb@yahoo.com.br

Mesmo diante dos avanços científicos e tecnológicos ainda perduram muitas indagações de épocas remotas. Algumas r à diferença entre o normal e o patológico no contexto da saúde mental. Sendo assim, a partir das vivências do grupo de acadêmicas de enfermagem do 5º semestre da Disciplina Enfermagem em saúde Mental II, da UFRGS, na Unidade de Internação Psiquiátrica do HCPA, foi criado um relato de experiências, baseado no convívio com pacientes e equipe. O objetivo deste trabalho é desmistificar os preconceitos acerca da loucura para que profissionais e comunidade possam modificar seu pensar, agir e sentir. O relato deu-se a partir dos registros efetuados pelas alunas ao final de cada dia de estágio num diário de campo, no qual eram relatadas as atividades desenvolvidas e observadas, as interações com os usuários, além de percepções e sentimentos. Tendo em vista o medo e o preconceito que tínhamos previamente em relação à loucura,

podemos dizer que o primeiro contato que tivemos com os doentes de uma unidade de internação psiquiátrica causou-nos grande impacto. Entretanto, o processo de interação com esses nos possibilitou melhor compreensão da doença e do doente mental diminuindo, assim, a idéia de que doença mental é sinônimo de loucura. Percebemos assim que, na internação psiquiátrica, ouvir, acolher e vincular-se ao paciente constituem-se as principais ferramentas de cuidado. Nas supervisões realizadas pela professora pudemos entender sinais e sintomas apresentados pelos pacientes buscando subsídios na literatura e discutindo possibilidades de manejo. Nesse período, tivemos a oportunidade de mudar nosso pensamento a respeito das doenças mentais por meio da interação com os pacientes e das supervisões e seminários realizados. Em conjunto, pudemos compreender que o paciente psiquiátrico é um ser humano que necessita de atenção especial e que a forma de cuidá-los em enfermagem não é apenas medicá-los, é principalmente saber ouvi-los.

Descritores: Enfermagem, Saúde Mental e Transtorno Mental.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM CABÍVEIS A UMA PACIENTE INTERNADA PARA AVALIAÇÃO DE SINTOMAS MANÍACOS E PSICÓTICOS

Cristiani Caroline Knöpker, Angela Luft

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cknöpker@yahoo.com.br

Introdução: A enfermagem tem importante papel no cuidado aos pacientes que apresentam sintomas maníacos e psicóticos. Além disso, esses profissionais também fornecem apoio e suporte à família do indivíduo em sofrimento psíquico. É preciso que se entenda que a família pode tornar-se uma aliada importante na coleta de dados referente ao humor do paciente possibilitando um diagnóstico mais preciso.

Objetivo: relatar o atendimento de paciente internada para avaliação de sintomas maníacos e psicóticos ressaltando os diagnósticos e as intervenções de enfermagem realizadas a partir dessas interpretações.

Método: os dados foram coletados durante o estágio da disciplina de Saúde Mental II no hospital Materno Infantil Presidente Vargas na unidade de internação psiquiátrica entre os meses de março e junho de 2008 através da prática do exame do estado mental e entrevista com familiares. **Resultados:** ICMP, 41 anos, branca viúva, católica, do lar, primeiro grau incompleto (segunda série), natural e procedente de Porto Alegre, internada em 9 de maio de 2008 para avaliação de sintomas maníacos e psicóticos. No momento da internação, referia ser investigadora, especialmente da família de Jesus Cristo e que ela e o marido (já falecido) mantinham a família de Jesus Cristo presa no porão de casa. Acreditava que o marido estava vivo e que as irmãs mortas ressuscitaram, e conversam com ela, falando mal de suas filhas. Refere conversar com a irmã de Jesus Cristo e que ela e seu marido dormem na sua cama. Sentia a respiração de uma pessoa em sua face, mas não sabia de quem era. Segundo os familiares, a paciente passava a maior parte do tempo fumando e falando sozinha ou com a televisão. Algumas vezes, ficava agressiva com a TV dizendo que eles não tinham direito de divulgar seus assuntos particulares em rede nacional ou falando que não sabiam o que

estavam dizendo, que ela sabia melhor das notícias que os jornalistas. Também era agressiva verbalmente com a mãe, e atualmente vinha manipulando um facão no pátio da casa. Tinha períodos que passava triste e chorosa, dormia 3 a 4 horas por dia, falava muito discutia com as pessoas na rua, apresentava déficit de autocuidado e não realizava nenhuma tarefa em casa, apesar de demonstrar bastante energia. Durante a internação, em 9 de maio, quando perguntado sobre a razão da internação a paciente referiu que estava internada porque sua mãe não entendia seu trabalho. Contava que era investigadora, principalmente da família de Jesus Cristo, pois acreditava que eles queriam o mal da humanidade e que ela precisava defender a todos. Referia que a irmã de Jesus Cristo era uma mulher “horrível, que fazia coisas horríveis” e que inclusive dormia com seu marido (da paciente) na cama dela (da paciente). Relata que ela e o marido mantêm a família de Jesus Cristo presos no porão de casa e que ela precisa estar muito atenta para impedir que nada de mal aconteça e que para isso ela tem que repetir frases como “tira as costas amor” segundo ela para salvar seus entes queridos. Quando perguntada se sentia cansaço devido ao trabalho, referiu estar exausta devido a sua grande responsabilidade. Ao exame do estado mental se apresentava normovigil, normotenaz, com alucinações auditivas, consciente, desorientada autopsíquicamente (no que se refere à consciência da enfermidade), orientada alopsíquicamente, com pensamento mágico, com delírios de grandeza de cunho místico, taquilálica, hipermímica, inteligência não avaliada, hiperativa, com estereotípias e afeto exaltado. Diante do exposto, as interpretações; ou seja, os diagnósticos de enfermagem percebidos foram: Percepção sensorial perturbada relacionada às alterações sensoriais, interpretação equivocada evidenciada pelos delírios de grandeza e déficit de auto cuidado relacionado aos sintomas psicóticos evidenciados pelos delírios de grandeza. A conduta foi solicitar que se preocupasse mais consigo para não ficar tão cansada. Propomos que participasse das atividades da unidade. Em 15 de maio, conta que sua mãe matou seu marido a mando da irmã de Jesus Cristo. Diz que “os lá de cima” chamam-na de puta e colocam piolhos nela, “sinto eles caminhando por todo meu corpo”. Ao exame do estado mental as percepções foram normovigil, normotenaz, com alucinações auditivas e táteis, consciente, desorientada autopsíquicamente (no que se refere à consciência da enfermidade), orientada alopsíquicamente, com pensamento mágico, com delírios de grandeza de cunho místico, taquilálica, hipermímica, inteligência não avaliada, hiperativa, com estereotípias, afeto exaltado. A interpretação de enfermagem foi Percepção sensorial perturbada relacionada às alterações sensoriais, interpretação equivocada evidenciada pelos delírios de grandeza, Déficit de auto cuidado relacionado aos sintomas psicóticos evidenciados pelos delírios de grandeza; Interação social alterada relacionado ao comportamento egocêntrico e narcisista, evidenciado pela incapacidade de desenvolver relações satisfatórias. A conduta escolhida foi solicitar que se preocupasse mais consigo para não ficar tão cansada. Propor que participasse das atividades da unidade interagindo melhor com as demais pacientes. Em 30/05/08, após realização da 4ª sessão de eletroconvulsoterapia (ECT), a paciente questiona se professora de enfermagem sabia que ela era viúva. Diz que precisa se cuidar e que os filhos estão cuidando dela e vindo visitá-la. Relata não realizar mais o trabalho de investigadora. Refere dor de cabeça. Ao exame do estado mental apresentava-se Hipovigil, hipotenaz, nega alterações na sensopercepção, memória prejudicada (comporta-se como se os últimos cinco anos não tivessem passado), consciente, orientada autopsíquicamente, orientada alopsíquicamente, bradilálica, falando baixo, ansiosa. Como diagnósticos de

enfermagem percebemos Ansiedade relacionada à tomada de consciência da doença mental evidenciada por melhora dos sintomas psicóticos. Como condutas, continuar observação dos sintomas, orientação da paciente no tempo, orientação a respeito dor de cabeça como efeito do ECT, centrar paciente nas atividades da unidade. Obs.; há previsão de mais duas sessões de ECT. Em 13 de junho, a paciente refere que agora não tem mais pensamentos “fora do normal”. Relata que o trabalho de investigadora e o pensamento de que estava num reality show (relatado durante consulta médica) eram “fora do normal”. Pergunto sobre o marido, ela diz que já é falecido. Relata que, após alta, irá para a casa da mãe e que a primeira coisa que quer fazer é ver seu neto. Diz que não quer trabalhar. Pergunto quem sustentará a casa, ela responde que a mãe faz reciclagem e pagará as contas. Pergunto por que não quer trabalhar e ela não sabe responder. Ao Exame do Estado Mental; lúcida, normovigil, normotenaz, nega alterações na sensopercepção, orientada autopsíquicamente, orientada no espaço, desorientada no tempo (acreditava que estávamos em 2003, não tinha idéia do mês, nem do dia), pensamento interceptado, bradilálica, hipomímica, tensa. Nossas condutas foram orientá-la a conversar com os filhos a respeito do falecimento do esposo. Mostro o quadro na sala com a data. **Conclusões:** A realização desse estudo oportunizou aplicar o exame do estado mental e reconhecer a importância dele na prática da enfermagem psiquiátrica. Além disso, foi possível aplicar os diagnósticos de enfermagem, propor intervenções e avaliar a importância do papel da enfermagem no cuidado ao paciente com transtorno mental. Além disso, a relação com a equipe médica possibilitou entender um pouco da complexibilidade da formulação do diagnóstico médico devido à difícil tarefa de coleta de dados prévios da internação com familiares, que, às vezes, torna-se distorcida ou insuficiente, gerando dúvidas. Durante a realização desse estudo, também tivemos a oportunidade de conversar com a filha e com a irmã de ICMP e entender a importância de atender também a família do paciente em sofrimento psíquico na medida em que as consequências da doença mental recaem sobre toda a família obrigando a mesma a reestruturar-se e a redistribuir o papel social que cabia a esse indivíduo. No caso em estudo, a incapacitação da mãe devido aos sintomas psicóticos, principalmente, levou a filha entrevistada a assumir o papel de mãe dos irmãos mais novos e de cuidadora da família. Além disso, durante esse momento ela verbalizou sentir-se bem por estar recebendo bastantes informações sobre o tratamento da mãe; o que não tinha ocorrido até então, nas outras instituições em que a mãe estivera internada. Também pudemos rever nosso preconceito quanto à eletroconvulsoterapia, pois, como fica explícito nesse caso, a paciente apresentou melhora da mania e dos sintomas psicóticos. Os sintomas psicóticos reapareceram mais tarde, porém menos graves em comparação com o quadro inicial. No momento, paciente segue em tratamento com lítio e risperidona, ainda sem confirmação do diagnóstico devido à falta de dados concretos a respeito do humor dela antes do falecimento do esposo. Caso essa informação não seja obtida, o diagnóstico será dado levando-se em consideração o comportamento apresentado a partir da internação, de acordo com informação da médica que acompanha o caso.

Descritores: Psicoses, Transtorno maníaco, Transtornos Psicóticos de Humor.

ELETROCONVULSOTERAPIA E RESULTADOS OBSERVADOS EM PACIENTE DURANTE ESTÁGIO NO HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS

Rita de Cássia Henz

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

rita.henz@gmail.com

A eletroconvulsoterapia (ECT) é um tratamento eficaz para uma série de transtornos psiquiátricos, além de ser um tratamento controverso e polêmico da psiquiatria. Segundo muitos clínicos e pesquisadores sua indicação e frequência é ainda muito baixa. O objetivo deste trabalho foi comparar a base teórica sobre este tema e os reais resultados observados no caso clínico da paciente MS, conhecer o procedimento desde como surgiu, suas indicações e contra-indicações, efeitos adversos e conhecer o papel da Enfermagem neste contexto durante estágio curricular da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II da Escola de Enfermagem da UFRGS realizado no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HPV). A metodologia usada foi o estudo de caso da paciente MS, internada na ala psiquiátrica do HPV no ano de 2008, utilizando-se a coleta de dados registrados no prontuário e na observação contínua da paciente após as sessões de ECT. Os resultados observados pós-ECT foram comparados com o estado mental da paciente antes deste tratamento, sendo que os resultados foram notavelmente diferentes em relação a consciência, sensopercepção, atenção, orientação, pensamento, conduta e juízo crítico. A realização dos ECT comprovou-se como sendo eficaz no tratamento da paciente MS que não respondia ao esperado e continuava com sintomas resistentes ao tratamento convencional, além de evitar o risco de morte que a paciente apresentava. Assim, este trabalho demonstrou que a eletroconvulsoterapia é um método terapêutico seguro e eficaz quando aplicado com a técnica e indicações precisas sendo capaz de melhorar a qualidade de vida da paciente em curto prazo.

Descritores: ECT, Terapia eletroconvulsiva, eletrochoqueterapia.

EXPERIÊNCIAS DE MONITORIA EM SAÚDE MENTAL

Savana Scheffer Robalo, Agnes Ludwig, Cimone Noal, Cristina Bosquerolli, Fernanda Rodrigues, Luisa

Brun, Meira Teixeira, Mônica dos Santos e Aline Duarte

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

savanars@gmail.com

Introdução: Este trabalho apresenta as experiências vivenciadas como monitora da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II do curso de Enfermagem da UFRGS. Um dos campos de estágio desta disciplina é a internação psiquiátrica do HCPA, onde atuo como monitora dos alunos do 5º semestre. Prestamos o cuidado ao paciente hospitalizado, visando não só o aprendizado em saúde mental, mas também tivemos como objetivo o bem-estar do indivíduo. **Objetivo:** Relatar vivências de monitoria em enfermagem psiquiátrica. **Método:** Observação dos acadêmicos e pacientes e participação de atividades desenvolvidas na

Unidade. Também foi utilizado um questionário no qual os alunos relataram suas emoções e percepções de saúde mental e do estágio. **Resultados:** Ingressar no estágio em saúde mental pode ser um momento difícil, visto que a maioria das pessoas sente receio frente ao paciente psiquiátrico e mesmo a internação psiquiátrica. Além disso, como é primeiro contato com um serviço de saúde mental, os alunos ainda vêem os pacientes com um certo preconceito. Os alunos participam de algumas das atividades de rotina das enfermeiras da unidade e também acompanharam os pacientes no serviço de recreação terapêutica. Os alunos são acompanhados no campo de estágio pela professora e pela monitora. Uma vez por semana acontece a supervisão, onde são discutidos assuntos referentes a situações ocorridas com pacientes da unidade, são levantados questionamentos e dúvidas sobre as patologias e expostos e sentimentos vivenciados. **Conclusões:** Fazer com que os acadêmicos superem seus medos e vejam o transtorno mental de outra forma que não a loucura mistificada é um desafio. Com o passar do tempo é notável o desenvolvimento e mudança comportamental dos alunos perante o indivíduo com transtorno mental. Trabalhar como monitora de alunos nesse campo de estágio tem sido uma nova experiência a cada dia.

Descritores: Saúde Mental , Enfermagem Psiquiátrica, Alunos de Enfermagem

EXPERIÊNCIAS E PERCEPÇÕES DE UM GRUPO DE CAMINHADA

Juliana Dias, Patrícia Silva da Silva

Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul

patriciairan@ig.com.br

Introdução: Esse trabalho é produto de uma vivência prática proporcionada pela disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II durante o semestre 2008/01 no CAPS Mental Centro. O CAPS Mental Centro é um serviço da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre destinado ao atendimento de jovens e adultos psicóticos e neuróticos graves. **Objetivos:** Teve-se como objetivo relatar sobre uma oficina terapêutica denominada Grupo de Caminhada. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, baseado nas referências teóricas revisadas. Analisaram-se as interações dos usuários com a equipe, assim como suas relações familiares e com a sociedade. **Resultados:** Ao participar do Grupo de Caminhada foi percebida a importância dessa oficina na busca de integrar os usuários a um ambiente social e cultural, com o direito de escolher para que direção seguir sem serem “rotulados” como loucos. **Conclusões:** A realização desse estudo permitiu apresar a importância do papel do CAPS que através de suas novas formas de cuidar, estabelecer vínculo não somente com o paciente, mas também com sua família.

Descritores: saúde mental, terapia de grupo, terapia socioambiental

GRUPOS DE FAMILIARES DE DEPENDENTES QUÍMICOS: ENFRENTAMENTO OU FUGA?

Vilma Constancia Fioravante dos Santos, Beatriz Franchini

Universidade Federal do Pampa

enf-vilma@bol.com.br

Introdução: Este estudo consiste num Relato de Experiência vivenciada com Grupos de Familiares de usuários de drogas, realizado em um CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) em Uruguaiana/RS.

Objetivos: Identificar os motivos de procura pelo Grupo; descrever as formas de enfrentamento dos familiares diante da adição de drogas de seus parentes; observar as similaridades nas histórias de vida relatadas durante os grupos. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, exploratória do tipo Observação Participante.

Resultados: Observou-se que a participação dos familiares no Grupo se dá de forma obrigatória e quando já há cronicidade da adicção dos usuários. Percebeu-se também, a partir dos relatos dos familiares, que, em sua maioria, os dependentes já estão em uso de Crack, uma epidemia na região da fronteira oeste do estado. A participação no Grupo é condicionante para que o usuário seja encaminhado a uma Fazenda Terapêutica, sendo que há pouca procura espontânea ou para fins preventivos. Identificou-se que, mesmo percebendo ao longo do tempo as alterações de seus parentes, os familiares dos adictos demoram a procurar ajuda, sempre na expectativa de superação do problema ou por negação do mesmo. Dentre os achados, percebeu-se que haviam similaridades entre os relatos de cada familiar principalmente com relação às estratégias defensivas desenvolvidas para lidar com a realidade da adicção como a negação, transferência de responsabilidades, entre outros. **Conclusão:** Em gregária, os familiares dos adictos deixam de lado as barreiras de convivência e abrem caminho para trocas conseguindo assim, ver no outro situações que eles mesmos já vivenciaram e tentam encontrar formas de enfrentamento à adicção mais sadias. Apesar de grande importância no enfrentamento da dependência química, reconheceu-se a limitação do grupo de apoio no que se refere à procura pelo mesmo, pois esta se deu mais no intuito de inibir as conseqüências da adicção do que para prevenir a dependência química.

Descritores: Cocaína Crack – Grupos – Serviços Comunitários de Saúde Mental.

HISTÓRIA DE VIDA E ANÁLISE DA FAMÍLIA: IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS E PLANEJAMENTO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Tábata de Cavatá, Clarissa Bona da Silva, Graciela Stropper de Oliveira, Raquel Roseno, Sharlene Teixeira de Souza

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

tabatadecavata@yahoo.com.br

Introdução: Relata a história de vida de uma mulher juntamente com sua família. A partir das informações coletadas através de entrevistas, com a cliente e sua família, foi realizado um estudo analítico buscando saber onde a enfermagem poderia intervir, de forma a melhorar a qualidade de vida das mesmas. **Objetivos:**

Conhecer a história pregressa e atual da cliente e sua família e planejar possíveis cuidados de enfermagem. **Métodos:** Estudo qualitativo com investigação de conceitos, sentimentos e motivações que antecedem ou estão presentes no comportamento do indivíduo e na formação das representações sociais. Os dados foram obtidos através de entrevista individual e com a participação dos membros da família, no período de março a junho de 2008. **Resultados:** houve a criação de um vínculo cliente/estudante de enfermagem que possibilitou listar os problemas da cliente, realizar o exame das funções psíquicas, identificar os mecanismos de defesa utilizados e fixações em fases do desenvolvimento, fazer o diagnóstico, planejar as intervenções e fornecer o prognóstico de enfermagem. **Conclusões:** A disponibilidade para ouvir a história da cliente-família evidencia a necessidade de uma visão abrangente na qual possibilite a compreensão de vários aspectos de sua realidade e de possíveis sintomas associados a uma ou mais patologias, a fim de melhorar seu prognóstico. **Descritores:** Família, Enfermagem e Patologia.

O CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO CAMPO DE PRÁTICA NO ENSINO DE ENFERMAGEM

Angélica Rozisky Cardozo

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

angelica.rozisky@ufrgs.br

Introdução: Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) são serviços preconizados pela Reforma Psiquiátrica Brasileira por prestarem atendimento ao portador de sofrimento psíquico com vistas a sua inserção social. Frente a essa proposta, os CAPS têm se constituído como espaços privilegiados na formação em enfermagem. O acadêmico desenvolve uma série de atividades junto à equipe multiprofissional, entre elas, oficinas de trabalho e de expressão, passeios, atividades culturais e esportivas. Neste contexto, o cuidado em saúde mental está pautado nos conceitos de escuta, acolhimento, vínculo, equipe dentre outros, direcionando seu olhar para o sujeito pleno de subjetividade, preocupando-se com o cotidiano desse indivíduo, sua família e sua rede social. **Objetivo:** Relatar a atuação do acadêmico de enfermagem nas atividades terapêuticas realizadas no CAPS. **Metodologia:** O estudo relata a experiência de estágio do acadêmico na disciplina de Enfermagem em Saúde Mental do Curso de Enfermagem em um CAPS. **Resultados:** Os acadêmicos de enfermagem dividiram-se em duplas e participaram de uma atividade específica até o término do estágio, com a presença de um ou mais profissional ou monitor do CAPS. As atividades desenvolvidas foram: oficina de arte, oficina de beleza, oficina de dramatização, futebol, passeios e confraternizações. **Conclusões:** As oficinas terapêuticas são uma das principais formas de tratamento oferecido no CAPS, através delas os usuários realizam vários tipos de atividades visando a integração social, o desenvolvimento de habilidades, novos conhecimentos e a expressão de sentimentos. Sendo assim, pacientes e acadêmicos interagem, ampliando o conhecimento, colocando em prática a teoria vista em sala de aula, prestando um atendimento individualizado e humanizado ao portador de sofrimento psíquico. **Descritores:** Ensino, Saúde Mental, Enfermagem.

SAÚDE MENTAL: O IMPACTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NO MUNICÍPIO DE URUGUAIANA

Aline Basso da Silva, Beatriz Franchini, Eliza Minuzzi Ereno, Marcell do Rosário Oliveira

Universidade Federal do Pampa

aline_basso@hotmail.com

Introdução: O presente trabalho aborda o impacto da reforma psiquiátrica no município de Uruguaiiana a partir de estudos, reflexões e práticas realizados na disciplina de Saúde mental do quarto semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa - UNIPAMPA. Buscando, assim, um histórico da ocorrência do processo da reforma no município e a aceitação da comunidade à mudança no tratamento e cuidado dos usuários do serviço de Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica no Brasil iniciou-se no final da década de 70, com a crise do modelo de assistência centrado no hospital psiquiátrico, devido a desumanização do serviço, reclusão e preconceito com o paciente e descaso com os direitos de inclusão social e cidadania. Onde podemos citar Desviat (1999) A reforma psiquiátrica surgiu para questionar a instituição asilar e a prática médica e para humanizar a assistência, fazendo com que houvesse ênfase na reabilitação ativa em detrimento da custódia e da segregação. **Objetivos:** O estudo visa trazer reflexões acerca da importância da mudança dos meios utilizados para o tratamento e cuidado dos pacientes com doenças mentais, demonstrar o impacto causado na sociedade Uruguaiianense e os aspectos positivos e negativos que a reforma Psiquiátrica trouxe juntamente com suas propostas inovadoras. **Metodologia:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa exploratória a partir de entrevistas abertas com profissionais e usuários dos serviços de saúde mental de Uruguaiiana e pesquisa bibliográfica. **Resultados:** No município de Uruguaiiana- RS a mudança do modelo assistencial do usuário de Saúde Mental, despertou-se tardiamente, na década de 1980, a partir de reflexões e engajamentos na proposta por parte de alguns profissionais da área de saúde que mostravam-se insatisfeitos com o modelo hospitalocêntrico ainda vigente na época. Segundo relatos da coordenadora do CAPS “Asas da Liberdade” da cidade de Uruguaiiana antes da reforma psiquiátrica havia somente um atendimento medicamentoso para os portadores de doença mental, que excluídos pelos familiares e profissionais de saúde eram transferidos do município e convívio familiar para cidades como Porto Alegre (Hospital Psiquiátrico São Pedro) e Pelotas (Hospital Espírita de Pelotas). A forma utilizada para conduzir os mesmos era o transporte ferroviário, que continha um vagão exclusivo para os doentes mentais. Este método ficou popularmente conhecido como o “Trem dos Loucos”. A reforma Psiquiátrica trata-se de um processo social, político e de opinião pública que abrange vários territórios e consequentemente diferentes culturas, visões de mundo e valores, fazendo com que a mesma esbarre em conflitos, tensões e desafios. Segundo Pitta & Dallari (1992) tomam como eixo de discussão do sistema de saúde no Brasil a questão da cidadania dos doentes mentais, dando atenção à legislação e ao modelo assistencial. Vão buscar nos princípios da Revolução Burguesa (de liberdade, igualdade e fraternidade) e na ordem liberal - que visa compatibilizar direitos individuais e sociais, a compreensão da comunidade como um local por excelência de exercício de cidadania. Na cidade de Uruguaiiana a ocorrência de conflitos culturais e políticos foram vivenciados juntamente com a mudança, após pensamentos críticos por parte dos

profissionais da saúde houve o desejo da prática com o intuito de melhorar a Saúde mental do município. A primeira atitude local proposta foi o Encontro de Saúde Mental Coletiva realizado em 1992, onde os cuidadores inseridos neste processo reivindicaram a inserção do doente mental na sociedade através de novos métodos de prestação de serviços. As propostas do encontro foram promover a cidadania, humanização, desinstitucionalização e promoção dos direitos dos usuários do serviço de saúde para conviver em sociedade com igualdade e integridade. Levando em conta que o atendimento e tratamento nestes anos eram realizados no ambulatório de Saúde mental não possuindo condições de espaço físico, cultural e atendimento terapêutico. Estas novas idéias levantadas no meio social geraram aceitação de parte da comunidade, bem como a resistência sobre alguns fatores. As famílias habituadas ao antigo modelo de reclusão do “louco” que o levava para longe do convívio familiar não concordavam com a oportunidade de liberdade por temerem desestruturação familiar, preconceito e por desconhecerem a doença. Foucault (1972), na sua obra *A história da loucura*, expõe que a estigmatização do louco prevaleceu ao longo dos tempos e levou a uma exclusão social desses indivíduos, fazendo-os viverem à margem da sociedade dita normal. Este processo seguiu-se por vários anos até a criação do Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) em 2002 em Uruguaiana. Esta instituição constitui em um serviço extra-hospitalar de assistência pública, aos problemas de saúde mental, individual e coletiva. Diferencia-se do ambulatório de saúde mental quanto a assistência interdisciplinar e integral, bem como a participação da família e da comunidade. As atividades propostas nesta instituição são baseadas na terapia medicamentosa, oficinas de canto, expressão corporal, artes e um atendimento multidisciplinar que visam potencializar as atividades dos usuários, compreender o seu sofrimento psíquico, respeitar suas singularidades e atuar frente a comunidade sensibilizando à novas práticas de assistência. Como acrescenta Amarante (1994), sobre a desinstitucionalização, refletindo através de seus aspectos éticos, afirma que este processo gera novos atores sociais e uma gama de espaços para pensar e intervir nas questões de vida e saúde; resgata a complexidade do fenômeno, a ruptura do paradigma clínico e, sobretudo, uma manifestação ética que reconhece novos sujeitos de direitos, novas formas de subjetivação e luta contra a exclusão e intercede pela solidariedade e diversidade. Em relação aos aspectos positivos e negativos oferecidos por esta nova forma de cuidado do paciente inserido na saúde mental, destacamos como positivos a reinserção social, parceria com o hospital municipal da cidade, a sensibilização da comunidade, autonomia do paciente e o estímulo à cultura e criatividade do mesmo. Quanto aos aspectos negativos nos deparamos com o baixo número de leitos hospitalares adequados para o doente mental, bem como necessidade de profissionais especializados para tratar dos mesmos, as constantes internações por ordem judicial, falta de um CAPS - AD. **Conclusão:** Com o término deste estudo foi possível o aprimoramento do conhecimento sobre a reforma psiquiátrica no município de Uruguaiana e seu impacto na sociedade. Refletindo sobre medos e angústias dos usuários, familiares e profissionais em sua implantação, evoluindo ao longo dos anos e beneficiando a comunidade em geral. A reforma psiquiátrica não proporcionou somente mudanças no atendimento, acolhimento e tratamento dos pacientes psiquiátricos, possibilitou também novas visões para a população sobre as doenças mentais diminuindo assim, o preconceito e rejeição desses indivíduos.

Descritores: Humanização, Saúde Mental, transformação.

PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL PARA CUIDADORES DE PACIENTES NA REDE DOMICILIAR

Adriano Xavier dos Santos, Cristiano Correa Moraes, Rita de Cássia da Silva
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
cristcorrea@hotmail.com

Introdução: A família é o foco principal de atuação a partir do ambiente em que vive e dentro de suas necessidades. As famílias necessitam receber mais do que informações para seu cuidado, elas necessitam ser assessoradas, acompanhadas, esclarecidas e fortalecidas no desempenho deste cuidado. O cuidador domiciliar está mais presente atualmente devido ao aumento na incidência de doenças crônico-degenerativas, o que tem contribuído para destacar seu papel na sociedade. Tem sido atribuída à família uma parcela considerável de responsabilidade na prestação do cuidado à saúde de seus membros, cabendo-lhes arcar com a continuidade do cuidado até a completa recuperação da saúde ou com a manutenção da saúde em casos de doenças crônicas e/ou degenerativas. Estudos têm demonstrado que estas famílias, em especial o “cuidador”, possuem maior fragilidade em sua saúde. **Objetivo:** Orientar manejo e adaptação na relação cuidador-cuidador. **Metodologia:** Estudo descritivo observacional, realizado através do acompanhamento de famílias e cuidadores em visitas domiciliares de um Programa de Estratégia de Saúde da Família no ano de 2008. **Resultados:** Os relatos demonstraram angústia, sobrecarga, dúvidas e dificuldades que os cuidadores enfrentam em suas residências. Houve crescente número de participantes, pequeno percentual de ausências e manifestações de maior número de encontros. **Conclusões:** A aderência ao programa foi significativa. Os relatos demonstram a necessidade de um espaço de atenção onde os cuidadores possam ser escutados e atendidos quanto as suas necessidades, medos, angústias e dúvidas. Refletem a necessidade de uma visão ampla dos profissionais de saúde para além do caso doença, com o objetivo de prevenção e promoção da saúde.

Descritores: família, saúde pública, cuidador.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM COM PACIENTE ESQUIZOFRÊNICA EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA

Daiany Borghetti Valer, Daiane da Rosa Monteiro, Regina Kirsten Barbisan
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
daianyvaler@gmail.com

A esquizofrenia é um distúrbio psicofisiológico onde alterações do pensamento, percepção e afeto acarretam em deteriorização do funcionamento social e ocupacional, sendo muito incapacitante. Afeta 1% da população e os sintomas geralmente aparecem no final da adolescência ou início da idade adulta (TOWNSEND, 2002). Muitas pessoas possuem uma idéia equivocada sobre a esquizofrenia, sendo o manejo, geralmente, inadequado pela falta de conhecimento sobre o assunto. Objetivamos relatar as percepções das acadêmicas e

a experiência de conviver com a paciente Margarida, esquizofrênica, internada na Unidade Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Trata-se de um relato de experiência de duas acadêmicas, desenvolvido durante estágio de Enfermagem em Saúde Mental II. Os princípios éticos foram respeitados, preservando a privacidade da paciente citada pelo uso de nome fictício. O primeiro contato com Margarida foi muito rico, pois evidenciamos fala desorganizada e alucinações visuais, auditivas, olfatórias e táteis (dizia ver e ouvir pessoas mortas, sentir bichos pelo corpo e cheiro de dejetos). O temor que tínhamos inicialmente do contato com a paciente e da sensação de estarmos incomodando, foi desaparecendo à medida que percebemos o diálogo e a escuta como instrumentos necessários para o manejo da paciente, que gostava da atenção dedicada a ela. Experimentamos situações onde Margarida apresentou delírio de grandeza (ser a Virgem Maria) e delírio de grandeza associado ao místico (estar grávida do Espírito Santo), momentos marcantes em nosso aprendizado. Por muito tempo, Margarida apresentou-se chorosa e com humor triste e, poder vê-la melhorar no final do estágio, trouxe grande satisfação. O convívio das acadêmicas foi marcante desde o primeiro contato e mostrou-se necessário reconhecer os sintomas da patologia para compreender o universo que cerca a esquizofrenia. Foi reconhecendo Margarida como sujeito e ser humano, e não apenas uma patologia, que obtivemos o respeito necessário para estabelecer um vínculo terapêutico.

Descritores: Esquizofrenia, Sintomas, Enfermagem Psiquiátrica.



***Enfermagem e
Educação***

AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE E AS ATIVIDADES GERENCIAIS DO ENFERMEIRO

Carem Gorniak Lovatto

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

clovatto@hcpa.ufrgs.br

Este trabalho é uma revisão bibliográfica com o objetivo de refletir sobre as ações do enfermeiro na perspectiva da Educação Permanente como um dispositivo gerencial para a qualidade da assistência de enfermagem. O enfermeiro necessita estar preparado para a demanda crescente do seu papel como gestor da assistência de enfermagem. Dentro da equipe multiprofissional, a enfermagem constitui o maior percentual do quadro de pessoal através dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.¹ No âmbito da educação e da saúde, o acúmulo de conhecimento, traduzido em tecnologias e indicadores de qualidade dos processos de trabalho, tem influenciado a organização do trabalho, exigindo que os trabalhadores adquiram novas habilidades de forma dinâmica.² A enfermeira está inserida neste contexto como o profissional responsável pelo planejamento, organização e execução das atividades educativas das equipes de enfermagem. Para suprir essas necessidades de atualização, tradicionalmente utilizava-se o modelo de educação continuada que estava voltada à atualização técnico-científica, favorecendo a transmissão e a memorização de conhecimentos, ao invés de mudanças significativas das práticas.³ Em relação à baixa eficácia das ações em saúde, muitos gerentes ainda sustentam que a causa está voltada para a falta de competência dos trabalhadores e que pode ser corrigida por cursos compensatórios. Diante desta visão do problema, estes gestores passam a propor cursinhos à exaustão dispensando recursos sem gerar mudanças e efeitos positivos no trabalho. Nesse sentido, as ações de educação vinculadas ao trabalhador em saúde seguem um modelo de transmissão de saber entendido como educação bancária⁴ muitas vezes desarticulada e fragmentada da prática, limitando os impactos de mudança ou melhoria no setor saúde. Na pedagogia bancária, a educação é um ato de transferir, depositar e transmitir valores e conhecimentos ao outro, ou seja, o saber é transmitido dos que “tudo sabe” aos que “nada sabem”. Nesta distorcida educação não há criatividade, não há transformação, não há saber nem criticidade aos que aprendem. Certas técnicas são supridas através de treinamentos pontuais e são realizados sem dificuldades, porém devemos olhar a educação em saúde e trabalho em saúde sem separação de termos, onde um produz o outro.⁵ O trabalho não pode ser visto apenas como a atenção a saúde, e sim um espaço valioso de aprendizado onde o enfermeiro deve abrir possibilidades para reflexão do trabalho de sua equipe estimulando o questionamento, encontrando coletivamente meios de facilitar e melhorar o processo de trabalho. Buscando uma nova forma de educação para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), O Ministério da Saúde, ao instituir a Educação Permanente através da publicação da Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que revoga a Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004 dispõe sobre novas diretrizes e estratégias para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.⁶ A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar estão inseridos no cotidiano das ações de saúde. A educação é significativa e problematizadora, tendo como objetivo transformar as práticas profissionais. Ela acontece no cotidiano das pessoas e organizações envolvidas, os problemas enfrentados no cotidiano do trabalho são discutidos com todos os membros da equipe. As ações de Educação Permanente em

saúde têm como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, valorizando o conhecimento prévio de cada trabalhador.⁷ Nesta perspectiva a Educação Permanente leva os diferentes profissionais envolvidos nas ações de saúde a questionarem sua forma de agir, o as relações de trabalho, a qualidade da assistência individual e coletiva e a organização do sistema como rede única.⁸ Desta forma, a responsabilidade sobre a qualidade da assistência não é centralizada apenas em algumas pessoas, pois todos os envolvidos são responsáveis pela qualidade do cuidado, gerando idéias e transformações em sua prática. Esta possibilidade de transformação só acontece porque perguntas e respostas são construídas coletivamente, dando subsídios para refletir e transformar o cotidiano do trabalho. A Educação Permanente em Saúde constitui estratégia fundamental às transformações do trabalho para que venha a ser lugar de atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente, transformando o trabalho em um espaço democrático, onde todos são responsáveis por ensinar e aprender⁵. Desta forma, o enfermeiro não centraliza a responsabilidade na educação da sua equipe, todos se tornam responsáveis pelo aprendizado através de uma relação descentralizadora e horizontal onde cada um tem espaço de fala e escuta. Os diferentes saberes se articulam para construir estratégias de atenção para as necessidades de saúde de cada pessoa e da coletividade.⁹ Todos os saberes passam a ser valorizados e os trabalhadores tomam para si seu pedaço de responsabilidade na construção de melhoria do cuidado. É na soma dos saberes entre a teoria e a prática que o aprendizado coletivo é construído e torna-se significativo. Transformam assim, não apenas as práticas mas a forma de aprender e ensinar, democratizando os espaços de trabalho. Há o desafio entre os diferentes atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas. O gerente de enfermagem que realiza as ações educativas na perspectiva da Educação Permanente entende que a enfermagem está em uma rede de trabalho onde a melhoria do cuidado aos pacientes do SUS é uma prática de todos. Cabe ao enfermeiro, criar espaços para a Educação Permanente, auxiliando na construção de um saber coletivo, baseado na reflexão sobre a prática diária na intenção de melhorar o processo de trabalho, encontrando caminhos para que as equipes sintam-se responsáveis pela melhoria do cuidado humano. Para isso é necessário que a Educação Permanente esteja inserida desde a formação, no cotidiano das Universidades para que os acadêmicos tenham espaço para discutir formas de inserção desta política no trabalho. Além disso, no âmbito hospitalar as instituições devem estimular a criação de espaços para a viabilidade das ações de Educação Permanente aos trabalhadores da Saúde. O enfermeiro deve entender que a prática da enfermagem envolve o gerenciar, o cuidar e o educar e a Educação Permanente é um dispositivo para a gerência de enfermagem permitindo a abertura de espaços para a discussão e transformação do processo de trabalho.

Descritores: Capacitação em Serviço, Cuidados de enfermagem, Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Isabel C. K. O.C.; Francisco R.osemiro G. X. N. Competências gerenciais de enfermeiras: um novo velho desafio? Texto contexto-Enfermagem. v15 n3 Florianópolis Julho./Sept. 2006.
2. Carlos A.C.R.; Roseni R. S. Educação permanente: uma ferramenta para pensar e agir no trabalho de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem v.14 n6 Ribeirão Preto Nov./Dez. 2006
3. Barbara T. S. Edison L. D. B. Valeria L. L. Silvana S. C. S. Educação permanente: instrumento de trabalho do enfermeiro na instituição de longa permanência. ciencias cuidado saude 2008 abr/jun; 7(2):256-261.
4. Freire, P. Pedagogia do Oprimido. 17 ed.Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

5. Merhy E. E.O desafio que a Educação Permanente tem em si: a pedagogia da implicação. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.
6. Brasil,MinistériodaSaúde. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1265. Acessado em: 31/10/2008.
7. _____.Portaria GM/MS nº 1.996 , de 20 de agosto de 2007. Anexo II. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1265. Acessado em: 31/10/2008.
8. Ceccim, R. B. Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciências e Saúde Coletiva. 10 (4): 975-986, 2005.
9. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CONTRIBUIÇÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA ENFERMAGEM: ATIVIDADE SIGNIFICATIVA OU PRÁTICA EXECUTÁVEL

Carem Gorniak Lovatto, Sheila Ganzer Porto

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

sporto@hcpa.ufrgs.br

Este estudo tem como objetivo verificar a compreensão dos enfermeiros sobre o significado da Educação Permanente a partir da proposta do Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do SUS. Trata-se de um relato de experiência como enfermeira integrante do programa de educação permanente do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Novos saberes, novas práticas e novas tecnologias fazem parte da rotina da equipe de enfermagem que recebe constantemente informações técnicas sobre protocolos e rotinas assistenciais. Neste contexto, questionamos se as experiências e os conhecimentos progressos dos profissionais são valorizados e se há construção de espaços para compartilhar os saberes e discutir o processo de trabalho. Estes questionamentos são sinuosos, tênues e as resoluções dependem de cada enfermeiro. Caso ele seja um agente de mudança, que acredita em construção coletiva ele atuará compartilhando e consolidando o conhecimento com sua equipe. Caso contrário, apenas repassará as informações, sem permitir que a equipe de trabalho contribua no processo de trabalho, transformando-os em cumpridores de tarefas. Neste sentido, é essencial sensibilizar os enfermeiros a comprometerem-se com a Educação Permanente, pois está relacionada com aprendizagem significativa e propõe que as transformações das práticas profissionais sejam baseadas nas reflexões críticas sobre o processo de trabalho. Ela indica aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano das organizações. Esta proposta evidencia a problematização das ações na qual são identificadas as necessidades de melhoria do cuidado, garantindo a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidas. Desta forma, percebe-se a importância dos enfermeiros em compreender a proposta de Educação Permanente nas suas ações e de compartilhar as experiências e os conhecimentos, para a construção coletiva de novos saberes, aprimorando o processo de trabalho.

Descritores: Capacitação em Serviço, Enfermagem , Sistema Único de Saúde.

**CURSO DE EXTENSÃO EM ENFERMAGEM NA MODALIDADE A DISTÂNCIA:
AVALIAÇÃO DOS ALUNOS**

Ana Luísa Petersen Cogo, Ana Paula Scheffer Schell da Silva, Andréia Martins Specht, Eva Néri Rubim
Pedro

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
deiaspecht@yahoo.com.br

Introdução: “O curso ‘Introdução à anamnese e ao exame físico”, realizado na modalidade à distância no primeiro semestre de 2008 e disponibilizado no ambiente virtual de aprendizagem Moodle, utilizou uma abordagem pedagógica construtivista e interacionista e constituiu-se de parte de uma tese de doutorado. Nessa abordagem de ensino o conhecimento é construído a partir das trocas entre os indivíduos com o tensionamento entre a certeza e a dúvida. A intenção do curso foi o de possibilitar que os alunos coletivamente desenvolvessem o ‘aprender a aprender’. **Objetivo:** Relatar a avaliação dos participantes do curso de extensão na modalidade à distância na enfermagem. **Método:** Estudo de caso qualitativo realizado na Escola de Enfermagem da UFRGS. Participaram 20 alunos matriculados na quarta etapa do curso de graduação. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (nº2007811). A coleta das informações ocorreu em dois momentos distintos: um de avaliação formativa, obtida ao longo do curso em seis sessões de grupo focal, e outro de avaliação formal realizada no final do curso. A análise dos dados ocorreu pela técnica de análise temática com apoio do *software* NVivo8. **Resultados:** Emergiram três temas: as aquisições de conhecimentos, a auto-avaliação e as reflexões críticas sobre o curso. O curso promoveu um contínuo processo de integração de novas informações a estruturas prévias por meio de desequilíbrios cognitivos. Os alunos desenvolveram uma atitude autônoma e o trabalho em grupo foi a metodologia para a construção coletiva dos conhecimentos, além de destacarem as particularidades das diferentes formas de comunicação presentes no ambiente virtual de aprendizagem. **Conclusão:** Os alunos desenvolveram momentos de metacognição refletindo criticamente sobre seu processo de aprendizagem, rompendo com foco tecnicista, demonstrando o alcance dos objetivos construtivistas propostos pelo curso. .

Descritores: Enfermagem, Educação em enfermagem, Educação a distância.

EDUCAÇÃO CONTINUADA PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM SOBRE ECLAMPSIA E PRÉ-ECLAMPSIA

Aline Tsuma Gaedke Nomura, Bibiana Fernandes Trevisan, Bruna Bruzamarello, Everton Eduardo
Dellamora Raubust, Sharlene Teixeira de Souza, Talu Haubert da Silva
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
bibi.trevisan@ig.com.br

Introdução: A hipertensão arterial está entre as maiores causas de morbimortalidade materna e fetal, estando associada às complicações que poderão trazer limitações para a saúde da mãe e da criança. Entre essas complicações está a Pré-eclâmpsia e a Eclâmpsia. O presente trabalho aborda a Pré-eclâmpsia na gestação, suas conseqüências e os cuidados de enfermagem. **Objetivo:** Promover a Educação Continuada dos técnicos de enfermagem do 6º andar do Hospital Fêmeina, a fim de aprimorar seus conhecimentos técnicos sobre Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia, aperfeiçoando os Cuidados de Enfermagem. **Metodologia:** Exposição de uma revisão bibliográfica à equipe de enfermagem do 6º andar do Hospital Fêmeina, como parte de um Programa de Educação Continuada. **Resultados:** A Pré-eclâmpsia é caracterizada pela tríade de sinais que se caracterizam pelo aumento da pressão arterial, edema e proteinúria elevada. A Eclâmpsia é o aparecimento de convulsões seguidas ou não de coma, não atribuíveis a outras causas, em paciente com Pré-eclâmpsia. Geralmente vem acompanhada por um conjunto de sinais premonitórios, tais como: cefaléia, náuseas, dor epigástrica, tonturas, dor na nuca e escotomas. Não existe Eclâmpsia sem Pré-eclâmpsia: ela é fase mais grave dessa patologia. Os cuidados de enfermagem incluem peso diário, aferição da pressão arterial, atentar para os sinais premonitórios de Eclâmpsia, manter um ambiente tranquilo para a gestante e avaliação dos batimentos cardíofetais. **Conclusão:** Esclarecer à equipe de enfermagem que aprimorar os conhecimentos sobre Pré-eclâmpsia e Eclâmpsia é de grande importância, pois se tratam de síndromes hipertensivas graves e estão entre as maiores causas de complicações nas gestações. A orientação sobre os cuidados de enfermagem deve ser continuada às equipes que cuidam destas pacientes, pois a fundamentação teórica aliada à prática correta constitui uma importante ferramenta para a melhoria da assistência às gestantes.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Eclâmpsia, Educação Continuada.

EDUCAÇÃO EM SERVIÇO PARA TRABALHADORES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DA PROPOSTA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Carem Gorniak Lovatto, Sheila Ganzer Porto
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
sporto@hcpu.ufrgs.br

Este estudo tem como objetivo apresentar as ações de Educação em Serviço para uma equipe de enfermagem, a partir da proposta da Educação Permanente em Saúde para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de um relato de experiência em uma unidade cirúrgica que atende exclusivamente pacientes

do SUS no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A proposta surge para atender as necessidades específicas de cada unidade, desenvolvendo a atualização da equipe no cuidado ao paciente cirúrgico. A Educação em Serviço está fundamentada na Política Nacional de Educação Permanente para os trabalhadores do Sistema Único de Saúde e na Política de Humanização em Saúde do Ministério da Saúde e aponta o trabalho como um espaço de aprendizagem no cotidiano das ações de saúde, valorizando o conhecimento prévio do trabalhador, transformando as práticas profissionais e a organização do trabalho. As atividades iniciaram-se no segundo semestre de 2008, com o objetivo de construir as ações educativas pelos próprios trabalhadores, para isso foi sugerido que cada equipe escolhesse os temas relacionados ao cuidado do paciente cirúrgico. As atividades tiveram o envolvimento dos enfermeiros, auxiliares e técnicos dos turnos manhã e tarde. As equipes sugeriram os seguintes assuntos: parada cardio-respiratória, cirurgias ginecológicas, drenos, choque cardiogênico, choque séptico, choque anafilático, RTU, prostatectomia, prostatovesiclectomia, hipocalcemia, tireoidectomia, cirurgias neurológicas. A partir dos temas propostos, as equipes se dividiram para apresentar os assuntos, a enfermeira era responsável por orientar o estudo oportunizando aos trabalhadores para construir as ações educativas. Os encontros ocorreram no horário de trabalho e no próprio setor. Neste processo se construiu um espaço de reflexão onde os trabalhadores questionaram e sugeriram propostas de melhoria para o cuidado. A Educação em Serviço, na perspectiva da Educação Permanente, auxilia para a reflexão coletiva do processo de trabalho visando melhorar o cuidado de enfermagem.

Descritores: Capacitação Profissional, Educação em Enfermagem e Assistência de Enfermagem.

ENFERMAGEM E AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO AO ADOLESCENTE

Simone Wünsch, Izaura B. Domingues, Thaís V. Pereira, Stefanie G. Oliveira

Secretaria Municipal de Saúde de São Luiz Gonzaga/ ESF 05 Presidente Vargas

simone.wunsch@gmail.com

Introdução: Todos passam pela experiência do adolescer, pelos mais diversos modos de vivê-la. A adolescência é um período no qual o indivíduo passa por transformações físicas, psicológicas, sociais e culturais. É preciso entender que as adolescentes, estão vivendo um momento muito especial em suas vidas, de muitas descobertas, afirmação de suas identidades, de conhecimento de si próprio. Elas têm direito de falar o que sentem, seus desejos, seus projetos de vida e também suas inquietações, dúvidas e angústias MS (2008). Grossman (1998) descreve a adolescência como uma fase conturbada ou crítica, porém, observamos que cada um tem uma experiência individual, uns com mutações bruscas e outros de forma serena. Como essas mudanças podem gerar conflitos, não só com as adolescentes mas também com seu grupo social, é essencial uma atenção para facilitar esse processo de mudança, deixando essa vivência mais salutar. Ramos (2001) refere que, nessa fase emergem muitos temas inquietantes, pois a adolescente se vê descobrindo sexualmente (ficar, namoro, sexo, DSTs/AIDS) e com os limites impostos pelos seus pais (conflitos). Com a pouca experiência e dúvidas naturais, podem ocorrer situações inesperadas como gravidez indesejada e doença adquirida por meio de relação sexual desprotegida, ou envolvimento com drogas. E, como a

adolescente se apóia em seu grupo de amigos, se afasta de seus pais, buscando desenvolver vida própria, nesse momento, a equipe de saúde deve entrar com suas ações educativas para saúde, pois a adolescente precisa de adultos, e se esse tiver confiança no profissional de saúde, o verá como mentor. Até pouco tempo, as adolescentes não tinham essa atenção especial por parte dos profissionais da saúde, no entanto, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), em parceria com o Ministério da Saúde, desenvolveu o projeto Acolher.. Desse projeto, para qualificação de seus profissionais de enfermagem, foi produzido um manual: “Adolescer- compreender, atuar, acolher”, que utilizamos para desenvolver dinâmicas de grupo. Com base nisso, percebendo a necessidade das ações de saúde ao adolescente, desenvolvemos o Projeto Ações de Educação em Saúde ao Adolescente. **Objetivos:** propagar ações de educação em saúde introduzindo a terminologia científica e fazer com que os jovens se sintam mais a vontade em relação a ela. Dentre os objetivos específicos está os de promover atividades educativas em saúde junto ao grupo de adolescentes, oportunizando a reflexão crítica sobre os temas inquietantes freqüentes no processo adolescer; os de oportunizar um espaço de avaliação reflexiva quanto a valores (crenças, mitos, tabus, preconceitos) presentes na adolescência; e os de sensibilizar para a construção de uma visão da Unidade Saúde da Família como ponto de referência para orientações de prevenção de doenças e promoção da Saúde. **Metodologia:** Este projeto foi desenvolvido na Escola Estadual de Ensino Médio Adalgisa Leães Lencina, da cidade de São Luiz Gonzaga. As turmas abrangidas foram de quinta a oitava séries do ensino médio, tendo como público alvo as meninas/adolescentes que estudavam neste educandário. O presente trabalho foi realizado no segundo semestre de 2008. A divisão das turmas para o trabalho entre meninos e meninas, foi baseada na nova modalidade de discussão acerca do tema sexualidade apresentada pelo Ministério da Saúde (MS), que criou as cartilhas diferenciadas para meninos e meninas. O tema proposto para os encontros foi trabalhar os termos científicos relativos a sexualidade. Buscou-se então trabalhar a sexualidade subdividida entre tópicos. Dessa forma, os encontros buscaram trabalhar a abordagem científica, bem como auxiliar as adolescentes a manifestarem suas dúvidas sobre sexualidade. Estes encontros foram realizados por meio de metodologia participativa, pois foi disponibilizado material lúdico, como álbum seriado, panfletos, e dinâmicas. A metodologia participativa é a ideal para ser trabalhada nas consultas coletivas (Grupos), pois o encontro é desenvolvido de forma dinâmica, de maneira que todas as pessoas envolvidas se tornem sujeitos da construção do conhecimento, deixando de ser meros ouvintes. LOPES et al (2001, p. 144), define metodologia participativa como aquela que permite atuação efetiva dos participantes no processo sem considerá-los meros receptores, nos quais depositam conhecimentos e informações. No enfoque participativo valorizam-se os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e busca de soluções para problemas que emergem de suas vidas cotidianas. As adolescentes foram organizadas em um grande círculo na sala de aula, para que todos ficassem no mesmo nível. Com cada turma, os temas foram discutidos conforme a dúvida apresentada por elas utilizando linguagem técnica compreensível para cada faixa etária. Com isso, percebemos a importância da discussão sobre os assuntos abordados para o saudável crescimento e desenvolvimento da adolescente. A sexualidade, conforme Heilborn (1999) diz respeito a uma dimensão íntima e relacional que compõe a subjetividade dos envolvidos, e destes com o mundo; inclui-se neste tópico valores e comportamentos. Quem comanda a consulta é o facilitador, mas a

troca de experiências deve ocorrer no momento das discussões. As consultas coletivas aconteceram na escola, sendo que cada turma foi atendida de acordo com horários e dias pré-definidos, nas terças; quintas e sextas feiras, no horário das 10 horas. Os encontros foram organizados em três momentos: integração, dinâmica a ser desenvolvida com discussão após, e avaliação no final do encontro. As dinâmicas foram retiradas do Projeto Acolher, referido acima. Os temas abordados foram de acordo com a problemática levantada pela escola, e interesse dos adolescentes. Foi realizada uma dinâmica de integração que proporcionou um espaço para que eles expressassem seus anseios, dúvidas. Os temas sugeridos para atividade foram em relação sexualidade; (mulher, homem, menstruação; vagina, ato sexual, seios, masturbação, sexo oral, homossexual, pênis, testículos) doenças sexualmente transmissíveis (DSTs/AIDS); gravidez e anticoncepção na adolescência. **Resultados e Discussões:** É notável a formação de opiniões e idéias dos adolescentes levantadas pela dinâmica que trabalhou os temas sugeridos, como demonstram os questionamentos e as trocas realizadas durante o projeto. Na dinâmica da terminologia científica, os termos equivalentes registrados pelas adolescentes foram: Ato sexual = o que é isso; Menstruação = é ruim, o que é; Homossexual = gay; Vagina = órgão sexual da mulher; Masturbação = quando o homem pensa que está transando com a mulher; Sexo oral = o que é isso; Pênis = é uma parte do copo do homem; Testículos = o que é; Mulher = ela é bonita, ser feminino; Homem = criança; Seio = não houve registro. Em relação às dúvidas na fase da adolescência, as alunas desejavam saber: O que faz aparecer o câncer de mama; porque demora para crescer os seios; porque os seios são doloridos, os anticoncepcionais regulam a menstruação; o ato sexual tem idade para ser iniciado; porque o homem cheira mais forte do que a mulher, o que acontece quando se tem relação sexual e não usa preservativo; o que significa pílula do dia seguinte; com que idade a mulher para de menstruar; por que a mulher sempre muda; o que acontece quando houver uma pancada nos testículos; se o menino machucar o pênis pode comprometer sua vida sexual; como é a gonorréia, o que leva uma pessoa a querer sexo oral; porque os meninos se masturbam mais que as meninas; a anticoncepção injetável é 100% segura e pode trazer algum problema; porque cresce pelinho. **Considerações Finais:** Evidenciou-se que há uma desinformação e falta de conhecimento acerca do tema sexualidade relatado pelas próprias adolescentes, percebemos que realmente é necessário a intervenção de profissionais de saúde na formação de opinião das adolescentes, pois as mesmas precisam de orientação e muitas vezes não possuem uma referência. O projeto continua sendo desenvolvido na escola, estabelecendo um vínculo entre equipe de saúde da família, adolescentes e escola. Porém é necessário enfatizar que, com adolescentes, devemos trabalhar o que realmente interessa, de forma dinâmica, lúdica, ou seja, com a metodologia participativa, sem palestras, pois estas não chamam atenção desse público que está nesta fase de vida. Devemos fazer com elas expressem suas opiniões, pois assim se sentirão valorizadas, se interessando mais pelo tema, sendo que com a troca de conhecimento, o aprendizado fica mais fortalecido. A parceria com a escola aonde vai se realizar este tipo de projeto deve ser positiva, já que este envolve muitas horas. As escolas que participam e que percebem que a saúde também deve fazer parte do currículo de disciplinas, disponibiliza horários diversos, independente da disciplina a ser administrada, bem como mostra comprometimento na formação cidadã de seus alunos.

Descritores: Educação em Saúde. Sexualidade. Adolescente

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: [www://saude.gov.br](http://www.saude.gov.br) Acessado em 31/10/2008.
2. GROSSMAN, E. A adolescência através dos tempos in: *Adolescência Latino Americana*, vol.1, no.2./ Porto Alegre jul./set. 1998.
3. LOPES E. B et al. Metodologias participativas in: Ramos.F.R.S (org.) *Adolescer: compreender, atuar e acolher*, Brasília: Aben e Ministério da Saúde, 2001. p. 144 – 153.
4. RAMOS F.R.S et al. Viver e Adolescer com qualidade In: Ramos.F.R.S (org.) *Adolescer: compreender, atuar e acolher*, Brasília: Aben e Ministério da Saúde, 2001. p. 19-32.
5. VALE.E.G. Apresentação in: *Adolescer compreender, atuar, acolher*. ABEn. Ministério de Saúde. Brasília- DF.2001. p.7.

O USO DA METODOLOGIA PARTICIPATIVA EM AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM GRUPOS DE ADOLESCENTES

Danilo Bertasso Ribeiro, Brenda B. de Almeida, Camila N. Alves, Carolina C. dos Santos, Caroline B. Ilha, Lucia Beatriz Ressel, Karine E. Stumm, Rodrigo M. da Silva, Silvana C. da Silva, Susan Bublitz
Universidade Federal de Santa Maria
danilo17ribeiro@yahoo.com.br

A enfermagem tem papel fundamental na educação preventiva ao uso de drogas, podendo contribuir para a percepção e conscientização dos adolescentes quanto aos riscos que podem ser gerados pelo consumo dessas substâncias. Este trabalho foi desenvolvido pelo Programa de Educação Tutorial – PET do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, por intermédio do projeto “Adolescer: Crescer e Viver”, o qual traz uma abordagem metodológica acerca da educação e prevenção do uso de drogas. Assim, se objetiva relatar as oficinas realizadas com a participação de 15 adolescentes com idade entre 11 e 14 anos, de uma escola estadual da zona norte de Santa Maria. As oficinas tiveram como eixo temático a educação em saúde, por meio de orientação e troca de experiências, caracterizando o uso da metodologia participativa. Durante a oficina desenvolveu-se atividades lúdico-educativas, tais como cartazes, jogos e dinâmicas de reconhecimento dos tipos de drogas e seus efeitos. Como resultado foi observado o esclarecimento de dúvidas, a interação entre os participantes, o compartilhamento de idéias, o desenvolvimento de um clima lúdico, espontâneo, e gerador de poder criativo, com a participação efetiva de todos os adolescentes, sendo a oficina tanto um recurso de recreação quanto de construção de conhecimento coletivo. Desse modo, concluiu-se, que a utilização da metodologia participativa, no desenvolvimento de um processo de teorização como o referido neste trabalho (prevenção às drogas), caracteriza-se como uma forma bastante motivadora de proporcionar ao adolescente melhor compreensão e assimilação de um tema tão complexo. Acredita-se que, através de programas onde o adolescente é incitado a pensar sobre o problema em questão, a explicitar a solução escolhida da forma que considerar adequada, existirá a possibilidade de construção de conhecimentos relevantes à sua vida.

Descritores: Enfermagem . Educação em Saúde. Oficinas. Adolescentes.

OBJETOS DE APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER

Agnes Ludwig Neutzling, Vanessa Menezes Catalan, Luísa Helena Machado Martinato, Ana Lúcia L.

Bonilha, Anne Marie Weissheimer, Denise Tolfo Silveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

agnes.ludwig@ufrgs.br

Os Objetos de Aprendizagem em Enfermagem na Saúde da Mulher desenvolvidos pelo Laboratório de Ensino Virtual da Escola de Enfermagem estão inseridos no Projeto Objetos de Aprendizagem Digitais em Enfermagem - Versão III (PROADE III). O objetivo desse material é apresentar ao aluno os instrumentos necessários para realização da consulta de enfermagem e os passos para sua execução, com enfoque no período da gestação. Além disso, também tem o intuito de instigar os alunos a explorarem os objetos e a relacionarem dúvidas sobre os procedimentos e condutas a serem tomadas. Esses materiais agregam hipertexto, vídeo e animação, constituindo um objeto sobre algumas condutas e orientações a serem dadas durante a consulta à gestante, um sobre fluxos vaginais, um sobre coleta de citopatológico e dois casos clínicos. A criação desses materiais está fundamentada na aprendizagem baseada em problemas (PBL). Os softwares utilizados são o *Macromedia Flash CS3*, além de editores de imagens como o *Fireworks*, e de vídeos como *Windows Movie Maker*. Neste ano, os objetos sobre saúde da mulher serão aplicados na graduação em Enfermagem aliados a um projeto de pesquisa. Os objetos de aprendizagem concluídos perfazem temas transversais no ensino de enfermagem, iniciando na 6ª etapa do curso e disponibilizados para os demais semestres. Da mesma forma, poderão ser utilizados em educação permanente de profissionais de enfermagem da rede básica de saúde e/ou hospitalar.

Descritores: Informática em Enfermagem, Educação em Enfermagem, Enfermagem.

PESQUISA CONVERGENTE-ASSISTENCIAL: UMA APROXIMAÇÃO CRÍTICO-REFLEXIVA ENTRE PESQUISA E PRÁTICA

Cinthia Dalasta Caetano Fujii, Cíntia Nasi, Eglê Kohlrausch

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cinthiacaetano@yahoo.com.br

Introdução: Dentre as pesquisas desenvolvidas pela enfermagem boa parte dessas situam-se no campo da pesquisa exploratória, a qual tem contribuído visivelmente no crescimento de teorizações específicas para a enfermagem. Autores como Trentini e Paim (1999) defendem que a enfermagem precisa desenvolver as teorias, mas também os elos entre essa e a prática. Nesse sentido, a pesquisa convergente-assistencial possibilita a construção de conexões que operacionalizam os conteúdos teóricos, requerendo o envolvimento do pesquisador com a realidade estudada. Este ensaio acadêmico foi realizado na Disciplina de Abordagens Qualitativas de Pesquisa, junto ao Mestrado e Doutorado do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo discutir e apresentar

a metodologia de pesquisa chamada convergente-assistencial, que tem em sua essência a aproximação com as práticas de saúde realizadas pelos profissionais de enfermagem e o cenário é invariavelmente o cotidiano dos serviços de saúde. **Métodos:** Para realizar esse trabalho buscou-se suporte na literatura científica por meio de produções referentes ao tema pesquisa em saúde e enfermagem. **Resultados:** Nesse momento pode-se constatar que a pesquisa convergente-assistencial é uma abordagem metodológica, de delineamento qualitativo que mantém estreita relação com a realidade social em todo seu processo, com a intenção de buscar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social, comprometendo-se com a melhoria direta do contexto social pesquisado. Articula a prática profissional com o conhecimento teórico, pois seus resultados são direcionados para as situações práticas. Os pesquisadores costumam formular seus temas de pesquisa a partir das necessidades emergentes dos contextos do cotidiano do trabalho. O pesquisador costuma assumir um papel de provedor de cuidados, principalmente durante a etapa da coleta de informações, que varia de acordo com o projeto. Enfatiza o “pensar” e o “fazer”, por isto, tem por objetivo criar um “saber fazer”, constituindo-se num método apropriado para pesquisar as práticas de cuidado, seguindo normas como rigor científico para a obtenção, registro e análise das informações, e ao mesmo tempo, agindo conforme as exigências do dia-a-dia, dando retorno imediato ao usuário do serviço de saúde. Essa metodologia de pesquisa sugere etapas para sua elaboração as quais serão descritas a seguir. A fase de concepção é onde se escolhe a área de interesse, fazendo um recorte nessa área e a reflexão sobre o que chamou atenção no tema, escolhendo uma especificidade emergente da prática profissional. Além disso, é feita a busca de informações por meio da revisão bibliográfica sobre o tema para formular as questões de pesquisa e os objetivos. Uma questão pesquisável é aquela que requer ações para ser respondida, demanda mais que uma resposta e emerge da prática. A justificativa constitui-se em um ponto importante na pesquisa, onde o pesquisador fundamenta sobre a necessidade de investigar o problema a ser estudado. Segue-se a construção do problema de pesquisa, com a delimitação da realidade empírica e objeto da investigação. Na pesquisa convergente-assistencial a primeira leitura feita é a da realidade, que norteará a investigação. No entanto, como toda investigação científica, essa modalidade de pesquisa é sustentada por um referencial teórico, extraído de uma pesquisa bibliográfica, abrangendo concepções teóricas, resultados de pesquisas anteriores sobre o tema, estudos de aplicação teórica e artigos de discussão de experiências da prática assistencial. É necessário que atenda a, no mínimo, quatro grandes propósitos: verificar como a situação-problema a ser investigada relaciona-se com as situações-problema de textos de outros pesquisadores; provocar familiarização com outros autores/pesquisadores; conduzir o pesquisador a delimitar melhor a situação-problema de sua pesquisa na prática; examinar a relevância da situação-problema a ser estudada, e como essa se situa em um conjunto mais amplo de experiências já publicadas. A experiência assistencial aproxima e relaciona o que já está divulgado com a vivência cotidiana nos serviços de saúde, oportunizando uma aproximação crítico-reflexiva entre a pesquisa e a prática, conferindo a essa última um novo modo de pensar e fazer. Por ser uma modalidade de pesquisa que se insere no contexto social, sugere-se que sejam incluídos na revisão bibliográfica os pontos de vista de outras disciplinas pertinentes ao tema. O momento da pesquisa bibliográfica possibilita o contato com leituras referentes à metodologia dos estudos, às dificuldades, limitações e os resultados que outros pesquisadores já experimentaram. Gera também subsídios importantes

para a futura análise dos dados. Por ser um processo extenso e praticamente permanente, é necessário focar-se em alguns itens, tais como: fatores ou resultados de outros projetos na área de assistência; teorias ou marcos conceituais experimentados em outros projetos; metodologias utilizadas em outras pesquisas no âmbito assistencial; opiniões, crenças, pontos de vista, provenientes de autores experientes e com trabalhos científicos publicados sobre a prática assistencial. É imprescindível que a revisão de literatura priorize consultas bibliográficas e textos sobre resultados de pesquisa, em especial as desenvolvidas no âmbito assistencial. Devido à propriedade de entrelaçar-se com a prática, a pesquisa convergente-assistencial não se compatibiliza com todos os desenhos de pesquisa de padrão tradicional, tanto de pesquisa quantitativa como qualitativa. Essa modalidade de investigação científica contempla o modo de vida do grupo social envolvido na pesquisa. O desenho de uma pesquisa convergente-assistencial abrange múltiplas modalidades, de maneira que não conduz a um processo paralelo, mas a um procedimento metodológico que flutua com a prática. O local onde ocorrerá à pesquisa pode ser definido como aquele onde ocorrem as relações sociais inerentes ao propósito da pesquisa, onde foi identificado o problema a ser solucionado ou as mudanças a serem feitas. A pesquisa convergente-assistencial valoriza a representatividade, no que tange à profundidade e diversidade das informações. Os sujeitos da pesquisa são aqueles envolvidos no problema e, entre esses, os que têm mais condições para contribuir com as informações que possibilitem abranger ao máximo as dimensões do problema. Nessa modalidade de investigação, em que o pesquisador desenvolve pesquisa e assistência simultaneamente, o tamanho da amostra é considerado adequado quando ocorre a repetição de informações (saturação) e isso acontece quando as informações não acrescentam nada de novo, e tornam-se repetitivas. A pesquisa qualitativa utiliza a saturação como forma de garantir uma amostragem expressiva de adequação das informações. As considerações éticas que envolvem os participantes da pesquisa devem ser respeitadas e seguidas durante todo o processo investigativo. Esse tipo de pesquisa se caracteriza pela triangulação de métodos e técnicas na obtenção e análise de informações. Para se eleger os métodos de coleta de informações será preciso estar atento para considerar que estratégias viabilizam a obtenção de informações. O pesquisador deve considerar as potencialidades de que já dispõe para aquilo que realiza no exercício profissional. É impossível para um pesquisador-assistencial registrar tudo o que ocorre durante determinado tempo envolvendo pesquisa e assistência, por isso é recomendado agregar entrevista e observação. O tipo de entrevista mais apropriado na pesquisa convergente-assistencial é a entrevista semi-estruturada, conduzida em contatos repetidos ao longo de um tempo, já que há necessidade de envolver os participantes no processo, incluindo contatos repetitivos. A entrevista fechada é valorizada somente como complemento a outros tipos de métodos, utilizada para estimular as respostas, principalmente dos pacientes. Já a observação está imbricada em todas as atividades, sendo considerada um dos processos fundamentais da atividade humana. Geralmente as observações cotidianas correspondem às demandas da situação vivenciada no momento. Entretanto, quando se observa uma situação com o objetivo de responder a uma indagação específica, essa observação se tornará um processo consciente e pode ser sistematizada. O propósito da investigação influenciará no que, como, por que, quem, quando, onde e para que observar. É importante destacar que a observação participante possibilita captar a variedade de fenômenos de uma situação social, os quais não poderiam ser obtidos exclusivamente pela entrevista. O observador participante entra em determinada cena

social com a finalidade de engajar-se nas atividades daquela situação, observa e registra as atividades, os atores em suas relações e os aspectos físicos da situação. Essas informações podem ser registradas por gravação em fita cassete, filmagem, fotografia, registro de diário de campo. Este tipo de pesquisa requer a utilização de variados métodos e técnicas de análise. Os processos de assistência, de coleta e análise de informações poderão ocorrer ao mesmo tempo. Para a análise podem ser utilizados métodos qualitativos como os dos estudos etnográficos, fenomenológicos e teoria fundamentada nos dados, dentre outros. A análise consta de quatro fases: apreensão, síntese, teorização e recontextualização. A apreensão compromete-se com os resultados do processo. A síntese examina subjetivamente as associações e variações das informações. Na teorização o pesquisador desenvolve um esquema teórico, a partir das relações reconhecidas durante a síntese; nessa fase os temas serão definidos e as relações entre eles descritas com detalhes. A recontextualização consiste na possibilidade de dar significado a achados ou descobertas e socializar resultados singulares, justificando adaptações que venham a ser feitas. **Conclusões:** A pesquisa convergente-assistencial mantém estreita ligação com a prática de enfermagem, é dirigida às situações sociais e, portanto, valoriza a intersubjetividade, não se respaldando na neutralidade. Esse método de pesquisa enfatiza e valoriza a participação dos sujeitos no processo de investigação e a condição do pesquisador como sujeito.

Descritores: Pesquisa qualitativa; Enfermagem; Metodologia.

Referências:

1. TRENTINI, M.; PAIM, L. Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Da UFSC, 1999.
2. NASI, C.; FUJII, C. D.C.; KOHLRAUSCH, E. Metodologias qualitativas de Pesquisa em Enfermagem: pesquisa convergente assistencial. Trabalho apresentado no Programa de Pós Graduação em Enfermagem, UFRGS, 2007.
3. SCHMIDT, M. L. S. Alojamento Conjunto: a inclusão do pai nos cuidados da mãe e do bebê. 2003. 85 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

REFLEXÕES SOBRE AS ABORDAGENS DE ENSINO E A FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Cinthia Dalasta Caetano Fujii

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cinthiacaetano@yahoo.com.br

Introdução: A formação dos profissionais da saúde tem sido alvo de discussões, pesquisas e (re) avaliações no âmbito do processo ensino-aprendizagem na tentativa de contextualização desta formação sob uma ótica de atenção ampliada à saúde das pessoas. O ensino na área da saúde encontra-se ainda bastante pautado no conhecimento apenas da doença e na figura do professor como detentor do saber. Um olhar preocupado para com a formação advém de um momento na sociedade e setor saúde que exige dos profissionais ações de atenção mais abrangentes e resolutivas, as quais não são contempladas apenas com práticas pontuais e curativas. Como salienta CYRINO e TORALLES- PEREIRA (2004) as instituições tem sido estimuladas a transformarem-se na direção de um ensino que, dentre outros atributos, valorize a equidade, a qualidade do atendimento ao usuário, a eficiência e a relevância do trabalho em equipe. **Objetivo:** Este trabalho é um

ensaio acadêmico e tem como objetivo apresentar uma reflexão sobre a formação ao nível de graduação em enfermagem e a discutir as formas como ocorrem as abordagens do ensino, ou seja, os cenários de aprendizagem, os conceitos e concepções de saúde, de doença, de trabalho em equipe, de educação, de sistema de saúde que estão permeando a formação dos futuros enfermeiros. **Metodologia:** Este trabalho foi realizado na Disciplina de Abordagens de Ensino, junto aos Cursos de Mestrado e Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Para sua realização buscou-se suporte na literatura por meio de produções científicas referentes ao tema. Também contribuiu para realização deste ensaio acadêmico a experiência pregressa da autora como docente em um Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Maria - RS e atualmente como enfermeira em um hospital escola onde convive regularmente com alunos de cursos de graduação da área da saúde. **Resultados:** Nas produções científicas referentes aos currículos dos cursos de graduação em enfermagem já se discutem a necessidade de transformação nas abordagens de ensino, sendo então utilizadas abordagens do ensino que buscam valorizar os conhecimentos dos discentes, ou seja, deslocando-se da abordagem pedagógica tradicional (bancária e verticalizada) para uma abordagem emancipatória que valoriza as vivências do educando. Como afirma Freire (1996) formar é muito mais do que puramente treinar o educando no desempenho de destrezas, assim como ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua própria construção. Considero que os processos de ensino-aprendizagem pautados na problematização são pontos chave para a mudança de paradigma em relação à formação em saúde e enfermagem. Concordo com Meyer e Kruse (2002) ao afirmarem que devemos partir das respostas para as perguntas, da certeza para a dúvida, da prescrição para a problematização. A prática da problematização no ensino em saúde possibilitaria extrapolar a dimensão apenas biológica e geraria o seguinte questionamento frente a uma situação: O que de social, ético, econômico ou político estaria aí implicado? BERBEL (1998) afirma que essa postura implicaria aos atores envolvidos (discentes, docentes e usuários) no cuidado, a contextualização da vida dos indivíduos que buscam os serviços de saúde e conseqüentemente a inclusão do contexto no planejamento das práticas de saúde. Temas como ética, cidadania, princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), trabalho em equipe, entre outros não deveriam ser trabalhados apenas em um determinado semestre do curso de graduação em enfermagem e sim perpassar por todos os momentos de formação em saúde, seja ela teórica ou prática. Para tanto é preciso que a organização dos currículos dos cursos de graduação, os docentes e os discentes estejam permeáveis e flexíveis à inclusão de novas tecnologias em saúde, em educação e em informação, em fim, acompanharem o dinamismo da sociedade e das demandas em saúde. Tais afirmações e proposições constituem-se em um grande desafio, pois é algo que exige um comprometimento do educador e do educando em adotar uma postura flexível, requer quebra de paradigma, requer criatividade para reinventar as práticas de saúde dentro de uma lógica emancipatória, pois há uma imagem construída sobre o ensino de enfermagem e sobre a atuação do enfermeiro onde o aprendizado da técnica e do procedimento é bastante valorizado. Corroborar Ceccim e Feuerwerker (2004) ao dizer que abordagem clássica da formação em saúde é o ensino tecnicista. Este saber técnico é necessário, porém não deve ser soberano e descontextualizado, devemos investir na busca da integralidade da assistência que prestamos a determinado indivíduo ou coletividade. Autores como Smeke e Oliveira (2001) discutem a

complexidade e os desafios postos para a educação em saúde na área da formação profissional e defendem que as abordagens pedagógicas devem estar orientadas para o desenvolvimento de intervenções educativas que apontem para a reflexão contínua e ressignificação das ações cotidianas, assim como a integração das perspectivas técnica, cognitiva, afetiva e político-social, mediante uma compreensão multidimensional do processo educativo. **Conclusão:** Para tornar efetivas essas questões levantadas é necessário, cada vez mais, incluímos nos currículos dos cursos de graduação os saberes de outras áreas do conhecimento tais como: antropologia, sociologia, educação. Cultivar nos futuros enfermeiros o senso crítico diante da realidade e do contexto sóciopolítico em que estão inseridos e refletir, durante o processo de ensino aprendizagem e processo de atenção à saúde, sobre a abrangência das responsabilidades das ações do enfermeiro. O enfermeiro é, muitas vezes, um profissional articulador entre os membros da equipe de saúde e destes com os usuários, conferindo a atenção à saúde um fluxo convergente com as necessidades dos indivíduos que buscam os serviços de saúde. Outro fator importante seria a diversificação nos locais onde são realizados os estágios, ou seja, ter contato com contextos diferentes de atenção à saúde para que os discentes possam ter uma vivência mais ampla dos serviços e não apenas ficar em hospitais-escola onde este ambiente, na maioria das vezes, não reproduz a realidade dos cenários de atenção à saúde. As abordagens de ensino e de assistência que proporcionarem a discussão, reflexão crítica e construção conjunta de determinada ação em saúde corresponderão de forma mais resolutiva e satisfatória as expectativas tanto do usuário quanto do discente e profissional.

Descritores: Educação Superior, Enfermagem, Aprendizagem.

Referências:

1. BERBEL, N.A.N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? Interface – comunicação, saúde e educação. Fevereiro 1998.
2. CECCIM, R B; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.
3. CYRINO, E.G. TORALLES-PEREIRA, M.L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cadernos de saúde Pública. Rio de Janeiro, V.20, n.3, p.780-788, mai-jun 2004.
4. FREIRE, P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. Paz e Terra, São Paulo, 1996.
5. MEYER, D. E. KRUSE, M. H. L. Acerca de Diretrizes Curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. Texto elaborado para subsidiar as discussões da Oficina de Trabalho sobre as Diretrizes Curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem, durante o 6º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem, realizado em Teresina, Piauí, de 27 a 30 de maio de 2002. Circulação restrita ao evento.
6. SMEKE, E. L. M, OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde. Hucitec, São Paulo, 2001.

TÉCNICAS GRUPAIS COM CUIDADORES COMO MÉTODO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Márcia Gabriela Rodrigues de Lima, Noeli Terezinha Landerdahl

Universidade Federal de Santa Maria

grlmarcia@yahoo.com.br

A hospitalização é um acontecimento que muitas vezes distancia os indivíduos de seu contexto social e do seio familiar. Porém, a presença de cuidadores, neste período de difícil enfrentamento da doença, auxilia na manutenção do paciente hospitalizado como um ser social e contribui na realização de um cuidado humanizado e individualizado por parte da equipe de saúde e enfermagem. Está sendo realizado mensalmente, desde o ano de 2000, na Clínica Médica II do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), grupos de educação em saúde com cuidadores, ministrados por enfermeiros, técnicos e bolsistas de enfermagem. Estes grupos são feitos como método de esclarecimento das ações de enfermagem voltadas ao cuidado de pacientes internados neste período. Pretende-se socializar esta experiência de técnica grupal com cuidadores como forma de esclarecimento de normas e rotinas da Unidade, da importância das ações de separação adequado do lixo, lavagem correta das mãos, manutenção de sondas não tracionadas, cuidados básicos no destino dos restos alimentares em bancadas, proteção individual em isolamentos, alertá-los sobre a necessidade de manter o paciente em seu contexto cultural e social. Esta técnica grupal contribuiu para que a equipe de enfermagem pudesse formar um elo de confiança e compromisso com os cuidadores e o segmento alvo do cuidado: que é o paciente. Os esclarecimentos solucionaram algumas inquietações demonstradas por cuidadores, assim como serviram de instrumento para resgatá-los na qualidade de aliados ao cuidado humanizado. A educação em saúde é um instrumento transformador que deve ser estimulado em todos os níveis de complexidade do serviço de saúde entre a equipe de enfermagem/saúde, familiar e paciente. Já que o fomento ao conhecimento possibilita o crescimento e libertação do indivíduo como ser em constante mutação com o ambiente.

Descritores: Educação em saúde, Enfermagem, Cuidado.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE DE ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL ESCOLA:

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Liege Machado Brum, Cinthia Dalasta Caetano Fujii, Andréa de Mello Pereira da Cruz, Elisabeth de Fátima da Silva Lopes, Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre

liegembrum@yahoo.com.br

Introdução: A educação em saúde é um espaço de produção e aplicação de saberes com permanentes trocas de posição entre educador e educando. Em qualquer nível de atenção, a educação se intersecta com o trabalho em saúde, num processo dinâmico que permite, ao mesmo tempo, a experiência de cuidar e a aprendizagem contínua dos saberes que constituem e dão sentido ao cuidado. Nesta perspectiva, os profissionais são partícipes, mesmo que inconscientemente, de um ciclo permanente de ensinar e aprender

(PEREIRA, 2003). Em um hospital universitário de Porto Alegre, a educação permanente em saúde, uma proposta inovadora para a educação de trabalhadores em saúde que incorpora tais pressupostos, vem sendo utilizada como referência para a capacitação dos profissionais das equipes de enfermagem. É esta experiência que se pretende relatar no presente trabalho. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo apresentar e analisar uma experiência de educação em saúde realizada com enfermeiras (os) que atuam no Serviço de Enfermagem Médica (SEM) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e seus desdobramentos, com base em subsídios teóricos desenvolvidos na Disciplina Educação em Saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. **Metodologia:** A experiência foi vivenciada pelas autoras deste trabalho, como facilitadoras e sujeitos das atividades educativas. As reflexões realizadas no desenvolvimento do trabalho se apóiam em Paulo Freire e nos pressupostos da Educação Permanente em Saúde (EPS). **Resultados:** Experiências de educação permanente são exercícios crítico-analíticos, processuais e contínuos que, conferem especial atenção ao contexto e aos valores e conceitos individuais e coletivos presentes neste contexto. A noção de educação implícita na proposta da educação permanente enfatiza o processo educativo como uma construção coletiva de saberes e de significados das próprias experiências vividas. A EPS, como estratégia de educação para os trabalhadores do SUS, vem ao encontro dessa nova concepção de educação em saúde, onde as mudanças nos processos de trabalho são construídas no cotidiano das práticas de saúde das equipes. A EPS toma como referência a aprendizagem significativa, que promove e produz sentido, transformando as práticas de saúde através da reflexão crítica sobre seus processos de trabalho. Desta forma, a EPS possibilita o encontro entre o mundo da formação e o mundo do trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das práticas de saúde. A lógica da EPS é descentralizadora, ascendente e transdisciplinar, propiciando assim, práticas tecnológicas, éticas e humanísticas, bem como a melhoria da qualidade da atenção à saúde. Deste modo promove mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente nas pessoas (BRASIL, 2004). Como referem (CECCIM; FEUERWERKER, 2004), no contexto da educação dos profissionais de saúde e de suas práticas, a EPS, busca mudar a concepção hegemônica tradicional e concentradora da produção de conhecimento. Assim, a educação dos trabalhadores deve se estruturar a partir da problematização dos processos de trabalho e ter como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Neste sentido, a proposta da EPS surge para superar as lacunas evidenciadas com os processos de educação continuada que se ocupam prioritariamente com a atualização do conhecimento. Por outro lado, a EPS desafia a pensar uma nova pedagogia comprometida com a construção da vida e sua defesa. Na área da enfermagem, o HCPA vem desenvolvendo desde 2005 uma proposta de Educação em Serviço que segue os pressupostos da EPS, por meio de um Projeto Piloto no SEM. Assim, se inicia um movimento de mudança nas práticas educativas até então realizadas no modelo da Educação Continuada. Na avaliação dessas atividades, que ocorreu de forma participativa entre educadores, gestores e trabalhadores de enfermagem, foram identificados fatores facilitadores e dificultadores. Dentre os dificultadores, o pouco envolvimento dos enfermeiros com as ações de educação em serviço foi identificado como um ponto prioritário para a possibilidade de transformação das práticas da enfermagem. A partir dessa avaliação foram desenvolvidas ações educativas voltadas à promoção da participação dos enfermeiros do

serviço na capacitação das suas equipes. Nesse contexto foi desenvolvida a atividade “Encontro de educação em saúde”, objeto deste relato de experiência, a qual ocorreu em dois encontros semanais de duas horas cada, contando com a participação de 45 das 53 enfermeiras(os) do SEM. A metodologia utilizada na atividade foi a da problematização, objetivando, principalmente, estimular a reflexão crítica sobre o que os participantes entendiam por saúde, educação, educação em saúde e educação em serviço. A conscientização de que concepções pessoais de educação e de saúde estão diretamente implicadas com a forma como planejamos, realizamos e avaliamos nossas atividades educativas, foi um dos importantes resultados desta reflexão. Inicialmente, o grupo foi organizado em forma de roda para possibilitar a participação e a reflexão. Apesar de declarado desde o início da atividade que esta seguiria uma metodologia participativa, alguns enfermeiros (as) questionaram a não utilização de material didático escrito, bem como a apresentação de slides, o que sugere uma forte vinculação a propostas pedagógicas tradicionais (transmissão de conhecimento de quem sabe mais para aqueles que sabem menos – educação bancária), ainda muito presentes em contextos educativos, em geral, e na educação da enfermagem, em particular. Ao longo da atividade, buscou-se seguir a orientação inicial, promovendo a (re) construção do entendimento de educação, o que acabou criando possibilidades educativas para além da transferência pura e simples de conhecimentos, experiências onde um ensinou o outro, num processo de troca de saberes (FREIRE, 1979). A seguir foi iniciada a reflexão e discussão sobre os conceitos de saúde e educação em saúde, entendidos e adotados por cada um no cotidiano do trabalho e da vida. Destaca-se, dentre as diversas colocações, a ambivalência em relação à concepção de saúde, onde a maioria das (dos) enfermeiras (os) utiliza para sua prática, conceitos de saúde definidos como ausência de doença e hábitos saudáveis, que vão de encontro ao defendido pela Organização Mundial de Saúde (1948): saúde como completo bem-estar físico, mental, social e não apenas ausência de doença. No entanto quando as (os) enfermeiras(os) relacionaram saúde ao seu modo de vida, este conceito ganhou a conotação de escolhas conscientes e capazes de gerar felicidade, uma concepção mais moderna de saúde, que se aproxima do conceito proposto por (AYRES, 2004), em que saúde vai ao encontro dos projetos de felicidade dos indivíduos e coletivos. Na problematização da educação em saúde realizada pelas (os) enfermeiras(os) em suas práticas cotidianas, observou-se forte tendência a orientações prescritivas e pré-definidas pela equipe de saúde com vistas a comportamentos saudáveis para prevenção de doenças ou agravos à saúde. Apesar de observarmos que a maioria das (os) enfermeiras(os) utiliza esta ótica de transmissão de informações e da soberania do saber científico na condução de suas ações de educação em saúde, existe o reconhecimento por parte de alguns destes, da necessidade de mudança e ampliação de suas ações no intuito de atender as demandas de saúde dos usuários por meio de práticas voltadas à integralidade, humanização, qualidade e resolutividade. **Conclusão:** Essa vivência possibilitou a discussão e a reflexão entre as autoras sobre a importância da educação permanente para a transformação das práticas das equipes de enfermagem, hoje carentes de reflexão sobre seus processos de trabalho, e a dificuldade de mudança em padrões cuidadores instituídos. Essa nova forma de entender a educação dos trabalhadores evidencia um período de transição de concepções e de valores adotados para o desenvolvimento de práticas de saúde nessa instituição. A criação de espaços educativos que se integrem ao ambiente de trabalho possibilita a escuta do trabalhador, a reflexão dialógica dos processos de trabalho, a análise das dificuldades individuais e coletivas

nesse contexto, bem como a intervenção realizada pelas próprias equipes em suas práticas cotidianas. Nesse processo espera-se ampliar os espaços de escuta no hospital, intensificar a co-responsabilização pelo cuidado prestado e possibilitar a autonomia dos sujeitos e coletivos nos processos de mudança que sejam necessários para a melhoria da qualidade de suas práticas de saúde.

Descritores: Educação. Saúde. Enfermagem.

Referências:

1. AYRES, J. R. D. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade 13, n.3, p.16-29, set-dez 2004.
2. BRASIL. Política Nacional de Educação Permanente dos trabalhadores do Ministério da saúde (PNEP-MS). Brasília: Editora MS. 2004. 9 p.
3. CECCIM, R. B. ; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. 2004.
4. FREIRE, P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e terra. 1979. 79 p.
5. _____. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e terra. 1996. 148 p.
6. PEREIRA, A. L. D. F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública, 19, n.5, p.1527-1534, Set/Out, 2003.

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: UM DESAFIO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM ENFERMAGEM

Silvia Madeira, Michele Bulhosa de Souza, Neila Santini de Souza
Universidade Federal do Pampa
neilasouza@unipampa.edu.br

Introdução: O cuidado pode ser considerado o centro do trabalho da equipe de enfermagem e neste cuidado esta inserida a administração de medicamentos. A equipe de enfermagem é responsável pela administração e diluição das medicações durante a internação hospitalar, dessa forma precisa conhecer as reações medicamentosas adversas, diluições adequadas e tempo de infusão, para embasar seu cotidiano de trabalho com o objetivo de prestar um cuidado de enfermagem de qualidade. A terapêutica medicamentosa precisa ser administrada com segurança, respeitando os princípios técnico-científicos e éticos. **Objetivo:** Refletir sobre a importância da educação permanente da equipe de enfermagem com relação ao seu papel na administração de medicamentos, sua responsabilidade e implicações éticas no que diz respeito a falta de medicamentos e materiais adequados para administrá-los. **Metodologia:** Apresenta-se um ensaio acadêmico relacionando a educação permanente e a administração de medicamentos, sendo esta tida como um elemento do cotidiano do trabalho da enfermagem, permeado por responsabilidades e compromisso do profissional com o cuidado, pelas relações entre os profissionais, os pacientes e seus familiares, bem como as relações institucionais. **Reflexões:** Geralmente, a administração de medicamentos é realizada por técnicos e auxiliares de enfermagem, sob supervisão do enfermeiro, podendo cumprir um papel fundamental na implementação da terapêutica do paciente e na sua recuperação. Para isso, faz-se necessário responsabilidade, conhecimentos e habilidades, fatores estes que garantem a segurança do paciente, sendo que a responsabilidade significa responder pelos seus atos e/ou de outras pessoas envolvidas na realização de um determinado ato. Além

disso, pode-se considerar que a tomada de consciência da responsabilidade não poderá acontecer isoladamente no contexto técnico-científico, pois há uma interação complexa envolvendo o enfermeiro e o indivíduo a ser cuidado. Esta interação imbuí a experiência de vida, a responsabilidade ética, moral e profissional do enfermeiro, respeitando-se os direitos legais, culturais e os valores do indivíduo a ser assistido. Faz-se necessário que o processo de administrar medicamentos tenha algum significado para o enfermeiro, mais do que simplesmente um procedimento técnico. Desta forma, é necessário investir na problematização das situações vivenciadas no cotidiano do trabalho, tais como, a omissão da dose medicamentosa, medicamento errado e dose inadequada. Quando ocorre um erro da equipe de enfermagem, seja por negligência, imperícia ou omissão, causando danos físicos ou psicológicos ao paciente, é cabível um processo civil (COIMBRA; CASSIANI, 2001). Pode-se considerar a não administração de uma medicação não apenas como uma possível falta de compromisso com o paciente como, também, uma omissão, por uma aparente “normalização” frente à sobra e à falta de medicação. A omissão de dose é apontada por Toffoletto e Padilha (2006) como o mais frequente destes erros, entre os possíveis erros de medicação, como medicamento errado e dose inadequada. Sentimentos de frustração e tristeza podem acometer os trabalhadores de enfermagem relacionados à falta de compromisso e responsabilidade dos profissionais que utilizam a medicação do paciente A para o paciente B, muitas vezes, sem repor esta medicação e deixando o paciente A sem receber a dose prescrita, o que poderia prolongar sua internação, dificultar sua reabilitação e aumentar a possibilidade de tornar o agente causador da sua doença resistente à medicação, em se tratando de antibioticoterapia (BULHOSA, 2006). Entretanto, a constatação destes erros geralmente pode gerar a punição e perseguição dos profissionais a cada erro ocorrido, porém fazendo com que seja discutido e revertido em educação ocorrem melhorias para o sistema (SILVA; CASSIANI, 2004). A comunicação da percepção do erro de medicação pode-se caracterizar como uma denúncia, que pode permanecer sem uma investigação ou busca de resolução, ou resultar na mobilização coletiva concomitante ao relato. Os profissionais reconhecem e não parecem estar indiferentes a esta problemática, porém as pressões sociais do trabalho, podem imobilizar e impedir os profissionais de fazer o que julgam correto, este aparente imobilismo e tolerância podem constituir-se em uma estratégia para enfrentar o sofrimento (DEJOURS, 1999), associado a uma prática de negligência na assistência prestada aos pacientes. Porém, um compromisso coletivo além do individual precisa ser estabelecido, não apenas para a garantia da administração correta da medicação de cada paciente, mas do seu cuidado integral e de qualidade. Parece necessária uma mobilização coletiva a respeito da questão mais ampla da sobra e falta de medicação: Como os erros estão acontecendo? Por que não está ocorrendo o controle sobre as medicações de cada paciente? A quem caberia tal responsabilidade? Como a equipe de enfermagem pode mudar esta realidade? Que estratégias podem ser elaboradas para o enfrentamento de um problema que compromete o cuidado dos pacientes internados? É importante destacar que o enfrentamento de muitos problemas organizacionais, estão relacionados com a mobilização da própria equipe de enfermagem que atua nestes ambientes, porém parece mostrar-se, também, fortemente articulado com ao apoio institucional. As instituições hospitalares podem investir na prevenção de erros de medicação através de políticas de educação permanente para a equipe de saúde, como também na elaboração e implementação de mecanismos de segurança voltados ao sistema de medicação, como os

manuais de padronização de medicamentos, dose unitária e execução dos “cinco certos” (medicação certa, dose certa, paciente certo, hora certa, via certa). Ressalta-se que a padronização dos medicamentos também auxiliará na redução de custos para a instituição, se a medicação for diluída incorretamente ela será desprezada, e se caso for administrada em dosagem errada, são necessários mais medicamentos para reverter um possível quadro de superdosagem, ou outro sinal/sintoma que o paciente venha apresentar. **ALGUMAS Considerações:** A enfermagem, também, pode ser entendida, no cotidiano dos serviços de saúde, como uma prática de relacionamentos, que se estabelecem entre os próprios profissionais de enfermagem, com os pacientes, com os demais integrantes da equipe de saúde, assim como com as instituições empregadoras e a sociedade em geral. Nestas relações, o enfermeiro e demais componentes da equipe de enfermagem se confrontam, quase que diariamente, com situações das quais podem discordar, o que pode estar relacionado a seus valores, crenças, saberes, podendo assumir posturas de aceitação ou de resistência. Assim, os profissionais de enfermagem necessitam responsabilizar-se e comprometer-se com as ações de cuidado que exercem onde atuam, ou seja, precisam disponibilizar seus conhecimentos técnico-científicos e responsabilizar-se por suas ações. É resgatando a responsabilidade do profissional, a importância de seu papel na administração de medicamentos, o reconhecimento coletivo de que pacientes e familiares confiam na instituição de saúde e nos profissionais que ali atuam, sem dúvidas de que estão sendo adequadamente cuidados, como mobilizador para o enfrentamento e a superação destes problemas.

Descritores: Educação Continuada. Medicação. Educação. Enfermagem

Referências:

1. COIMBRA, J. A. H.; CASSIANI, S. H. B. Responsabilidade da enfermagem na administração de medicamentos: algumas reflexões para uma prática segura com qualidade de assistência. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Riberão Preto, v.9, n.2, p. 56-60, mar. 2001.
2. DEJOURS, C. A banalização da injustiça social. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999. 158 p.
3. SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. Administração de medicamentos: uma visão sistêmica para o desenvolvimento de medidas preventivas dos erros na medicação. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 02, p. 279-285, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br.
4. TOFFOLETTO, M. C.; PADILHA, K. G. Conseqüências de medicação em unidades de terapia intensiva e semi-intensiva. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.40, n.2, p. 247-52, mar. 2006.

CURSO DE CAPACITAÇÃO E APERFEIÇOAMENTO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Graciele Fernanda da Costa Linch, Laura de Azevedo Guido, Simone de Souza Fantin

Universidade Federal de Santa Maria

gracielelinch@gmail.com

Introdução: O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) oferece aos profissionais graduados o Programa Institucional de Cursos de Capacitação e Aperfeiçoamento para Profissionais (PICCAP), que proporcionam qualificação profissional. O programa é oferecido por diversos serviços do HCPA, sendo que a opção pela área é do profissional. **Objetivo:** Descrever a experiência obtida com a realização do curso. **Método:** Relato de Experiência. **Resultados:** Para a realização do curso foram atendidos os critérios estabelecidos, incluindo contato prévio com a chefia da unidade e encaminhamento dos documentos necessários para efetivar a inscrição. O período de desenvolvimento das atividades foi de 30 dias, totalizando

180 horas. Foram desenvolvidas atividades inerentes a atuação da enfermeira em unidade hemodinâmica, sendo que as mesmas foram supervisionadas e orientadas por profissionais do serviço. Reforçamos que a aluna atualmente é mestranda de uma Instituição Federal de Ensino, bolsista do Centro de Aperfeiçoamento Profissional de Ensino Superior (CAPES), anterior a esse momento atuou em outros dois serviços de hemodinâmica, um público e outro privado, o que fortaleceu e instigou o interesse pela área. O programa do curso inclui atividades assistenciais e gerenciais na área de atuação, sendo a orientação e supervisão focadas na área de conhecimento da enfermagem, utilizando-se o processo de enfermagem como referência e aspectos técnicos da assistência baseados em evidências e protocolos institucionais. **Conclusão:** O curso compreendeu uma etapa singular na formação, proporcionando aos envolvidos a troca de ideias, conhecimentos e habilidades. Apresentou-se como um espaço oportuno para o levantamento de questionamentos e discussões construtivas em relação a aspectos específicos do processo de trabalho de enfermagem em unidades de hemodinâmica, os quais poderão servir como norteadores na construção do perfil do especialista na área.

Descritores: Enfermagem. Hemodinâmica. Capacitação.

ENFERMEIROS ABORDANDO A QUALIDADE DE VIDA NA ESCOLA ESTADUAL DE ENSINO FUNDAMENTAL FELIPE DE OLIVEIRA

Viviane Maisa de Ávila Guez, Mariana Bello Porciuncula, Arlete Spencer Vanzin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

maribellino@gmail.com

A escola configura-se como um ambiente propício para intervenções educativas e acompanhamento clínico e considerando-se que, tais atividades são muito eficientes na prevenção de doenças crônicas e estímulo à adoção de hábitos de vida saudável, a atuação de Enfermeiros em escolas seria imprescindível, pois este é um profissional plenamente capacitado para tal função. Neste contexto, as macrocampanhas configuram-se como recurso valioso para promover situações de ensino/aprendizagem entre os Enfermeiros e alunos, além de servir como agente de detecção precoce de doenças. Dessa maneira, o objetivo principal deste trabalho é relatar a atividade realizada na Escola Estadual de Ensino Fundamental Felipe de Oliveira durante estágio da disciplina de Enfermagem Comunitária. As atividades para tal consistiram em: verificar medidas antropométricas, mensurar a pressão arterial, aplicar questionário sobre os hábitos de saúde e realizar Consultas de Enfermagem com os estudantes. Ainda foram realizados grupos de educação para saúde sobre temas como: doenças crônicas, doenças sexualmente transmissíveis, contracepção e qualidade de vida. Participaram da atividade 103 jovens entre a 5ª e a 8ª série, e a média de idade entre os mesmos ficou em torno de 12,9 anos, sendo 51,5% meninas e 48,5% meninos. Observamos uma ocorrência maior de baixo peso em detrimento do sobrepeso (61% peso adequado), uma prevalência de histórico familiar de hipertensão, diabetes ou obesidade em 51% dos participantes, além de outros achados. Assim sendo, consideramos a atividade de grande importância para os jovens, pois a mesma possibilitou momentos de problematização e reflexão a respeito da saúde e do autocuidado. Acreditamos que experiências como essas

deveriam ser possibilitadas a todos os alunos da graduação, como forma de fazê-los pensar novas maneira de se fazer saúde e novos campos de atuação profissional do Enfermeiro.

Descritores: Enfermagem. Educação em saúde. Saúde escolar.

GRUPO DE ADOLESCENTES MULTIPLICADORES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA PREVENIR A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Elenir Terzinha Rizzetti Anversa, Maria Luiza Cioccaro do Carmo

Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria/Rs

mluizacc@yahoo.com.br

A adolescência pode ser definida por diferentes critérios: cronológicos, sociológicos, de desenvolvimento físico, psicológico ou pela combinação destes. É marcada por um conjunto de mudanças físicas e psicológicas, ocorrendo intensos processos conflituosos e esforços de auto-afirmação (FERREIRA et al., 2000). A Organización Panamericana de La Salud (OPS, 1996) define a adolescência como um período que vai dos 10 aos 19 anos de idade, enquanto para o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), a adolescência vai dos 12 aos 18 anos de idade (BRASIL, 1991). Considera-se a adolescência como uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano, que inclui todo o processo maturativo biopsicossocial do indivíduo. Osório (1992, p.20) afirma que “não podemos compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Esses são indissociáveis e é justamente o conjunto de suas características que confere unidade ao fenômeno da adolescência”. Segundo a Rede Interagencial de Informações para a Saúde, cerca de 20% das parturientes tem idades inferiores a 20 anos (RIPSA, 2008). Tal índice tem continua colocando o tema da gravidez na adolescência como objeto de discussão e preocupação, como vêm ocorrendo nas últimas décadas e destacando-o como um problema de saúde pública. Esta problemática pode envolver diversos fatores: falha no sistema sócio econômico, banalização da sexualidade pela mídia, menarca precoce, déficit na educação sexual na família, na escola e na sociedade, além da precocidade da adolescente em tornar-se adulta. Desta forma, percebe-se a gravidez na adolescência como promotora de uma série de transtornos, que incidem tanto sobre a adolescente, como no meio familiar. As in experiências frente a diversas situações próprias desta faixa etária, a falta de conhecimento do seu eu por inteiro, pode possibilitar a ocorrência de situações mais agravantes, tais como: retardar o cuidado pré-natal, provocar a interrupção dos estudos, prejudicar a formação profissional, induzir a opção pelo aborto. Sob esta perspectiva, considera-se ser necessário um acompanhamento contínuo e próximo da realidade dos adolescentes. Silva e Zeitoune (2000) refletem sobre a participação do enfermeiro nesta questão social, por tratar-se de um profissional essencialmente educador, com propostas de ações que podem e devem ser desenvolvidas, não só nos serviços de saúde, mas, também, nas escolas, junto às comunidades e aos diversos contextos em que se encontram adolescentes. Naturalmente, estes indivíduos de organizam em grupos que os identificam, como forma de elaboram em conjunto questões comuns à sua faixa etária e ambiente onde vivem, trabalham e estudam. Tais elaborações, muitas vezes, permitem aos adolescentes superar perdas,

realizar transição de valores e compreensão de situações. Com certeza, tais elaborações mentais teriam maior relevância se apoiadas por ações educativas, oferecidas por profissionais capazes de promover esclarecimentos sobre educação em saúde como um todo e, em especial, para os propósitos deste estudo, em saúde sexual e reprodutiva. Nesta proposta objetiva-se: promover entre os adolescentes o exercício responsável de sua sexualidade; desenvolver ações educativas abordando temas sobre sexualidade, planejamento reprodutivo, prevenção da gravidez, e sexo seguro; estimular os adolescentes a elaborar um projeto para sua vida, fortalecendo sua auto-estima, reduzir situações de vulnerabilidade e incrementando a sua qualidade de vida. Será utilizada uma metodologia informal, que incentive a participação dos adolescentes em todas as etapas do processo, levando em consideração os conhecimentos e as experiências do grupo, promovendo processos de discussão e de reflexão educativa comum capaz de provocar a construção coletiva de conhecimento e o estímulo à criatividade e à iniciativa dos participantes. O curso será desenvolvido com uma carga horária de quarenta horas, no turno da tarde, das 14h às 17h, em seis encontros, realizados uma vez por semana. A seleção dos adolescentes será através de convite, realizado pelo profissional enfermeiro da unidade básica onde ocorrerá o referido curso, considerando o desejo e a disponibilidade de horários para a participação dos eventos. As unidades de saúde do município estão organizadas em cinco regiões sanitárias, será fator de escolha a unidade que tiver maior índice de gravidez na adolescência. No primeiro encontro será traçado o perfil do adolescente através da aplicação de questionário anônimo para conhecimento da clientela quanto aos diversos aspectos; escolaridade, renda familiar, idade, relacionamento familiares, data da menarca, idade da primeira relação sexual, conhecimento de métodos contraceptivos, percepção da adolescência, expectativas sobre o curso, assuntos que gostariam que fossem abordados. Serão desenvolvidas oficinas que contemplem a interação e conhecimento dos integrantes, percepção da adolescência, conhecimento e reflexão, planejamento do futuro, gravidez na adolescência, avaliação do curso e confraternização. A dinâmica dos encontros incluirá, como material didático, papel, canetas coloridas, vídeos educativos. Será utilizado o manual da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) – *Adolescer, compreender, atuar e acolher* (BRASIL, 2001). No final do curso, será fornecido a cada participante, um certificado para o adolescente que tiver obtido, no mínimo, 75% de frequência. Os resultados da referida proposta serão avaliados através da participação, motivação, interesse e compreensão dos temas abordados em cada encontro, incentivando sempre a criatividade e construção do saber. Acredita-se que o adolescente é um agente transformador, com ideais e desejos de um mundo melhor, onde os profissionais de saúde podem atuar como elos de interligação entre perspectivas e possibilidades concretas. A adolescência envolve incertezas, angústias e muitas dúvidas, desenvolvimento físico, busca pela perfeição corporal idealizada e difundida pela mídia, provocando, em conjunto com outros fatores, mudanças psicológicas, situações instáveis e pensamentos mágicos. Todo este cenário torna o adolescente suscetível a intensas variações de sentimentos, levando-o aos extremos de sofrimento a extremamente feliz, de um momento para outro. Este humor instável faz com que, muitas vezes, não seja entendido pelos familiares, pela escola e pela sociedade. Acredita-se que, ao compreender sua sexualidade, neste complexo período de sua vida, o adolescente irá buscar proteger sua saúde, reduzindo a prevalência de gravidez na adolescência. Porém, todos ao seu entorno, família, escola, ambiente social, profissionais de saúde, devem buscar entender

as necessidades destes jovens, despindo-se de preconceitos, compreendendo ser uma fase de transição, de escolhas, de experimentações, de acertos e erros, onde a sexualidade passa a fazer parte de suas vidas. Considera-se importante que eles sintam ter à sua volta pessoas que se importa com eles, disponibilizando-se a ampará-los, sem impor conceitos e idéias, mas oferecendo orientações, oportunidades de dialogar, de compreender seus anseios, de responder às suas questões e inquietações, com o propósito de construir um acolhimento em busca de objetivos concretos e soluções para seus questionamentos. No momento em que os adolescentes traçarem objetivos concretos e receberem incentivos para a busca de seus ideais e seus sonhos junto à sociedade, terão oportunidade de participar da construção de um lugar mais humano, demonstrando o quanto são capazes de evitar situações dramáticas que põem em risco suas expectativas. Tem-se como pressuposto que ações preventivas, em especial, relacionadas à gravidez na adolescência, envolvem garantias sociais, onde os adolescentes possam aspirar por verem seus direitos básicos serem ouvidos e atendidos. Faz-se necessário rever práticas assistenciais, para que se aspire mudar, construir, fazer diferente, focando a melhoria da qualidade da assistência. Com este propósito, busca-se contribuir com estudos relacionados à compreensão do comportamento dos adolescentes, como forma de apontar subsídios concretos para implementar uma assistência realmente eficiente, que não se restrinja a fornecer informações, mas que seja capaz de promover mudanças de atitudes e de provocar reflexões sobre a complexidade do tema.

Descritores: Adolescência. Gravidez . Educação em Saúde.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº. 8069, de 13 de junho de 1990. *Estatuto da criança e do adolescente*. Brasília: Ministério da Justiça, 1991.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. *Adolescer, compreender, atuar, acolher*. Brasília: ABEn, Ministério da Saúde, 2001.
3. FERREIRA, Márcia et al. Inserção da Saúde do adolescente na formação do enfermeiro: uma questão de cidadania. In: RAMOS, Flávia; MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. *Um Encontro da Enfermagem com o adolescente Brasileiro*. Brasília: ABEn, Ministério da Saúde, 2000. p.68-72.
4. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Promocion de La Salud: Uma Antropologia*. Washington: OPS, 1996, IV.
5. OSÓRIO, Luiz Carlos. *Adolescente hoje*. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
6. RIPSAs. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. *Os indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. Brasília: OPAS, 2008.
7. SILVA, Cristine Vanesa da; ZEITOUNE, Regina Célia Gullner. A prática de cuidar/cuidado à saúde dos adolescentes em unidade básica de saúde. In RAMOS, Flavia, R. Souza; MONTICELLI, Marisa; NITSCHKE, Rosane Gonçalves. *Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro*. Brasília: ABEn, Ministério da Saúde, 2000. p.168-172.

INFLUÊNCIAS DE ATIVIDADES EXTENSIONISTAS NA QUALIDADE DE VIDA DA COMUNIDADE ESCOLAR

Michele Raddatz, Graciele Erthal, Elisabeta Albertina Nietzsche, Solange Capaverde, Leila Regina Wolf
Universidade Federal de Santa Maria
micheleraddatz81@hotmail.com

O Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde - GEPES/CNPq na sua Linha de Pesquisa Educação, Cuidado em Enfermagem e Saúde sente-se cada vez mais integrado e comprometido com o

contexto sócio- político- cultural em que está inserido, principalmente no que tange a educação para a saúde, a construção da cidadania buscando a seus partícipes a qualidade de vida, entendida pela organização Mundial da Saúde- OMS como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL GROUP, 1995). Diante deste aspecto, da atual configuração social e ciente de seu papel na comunidade, procura identificar as percepções de professores e alunos sobre a contribuição extensionista, para a qualidade de vida, do projeto de extensão intitulado “Projeto Solverde: a leitura como promotora da educação para a saúde e para a cidadania”. Tal projeto propõe atividades de cunho social e cultural onde estão previstas noções de higiene, ética, saúde e cidadania, organização e conscientização do papel que cada indivíduo desempenha no contexto social, através de leitura específica, implementado pelo grupo em uma Escola Pública de Santa Maria- RS. Decorrente desta experiência o projeto de pesquisa “Educação para a saúde e cidadania: contribuição da aplicabilidade do projeto de extensão numa comunidade escolar na percepção de professores e alunos” foi construído no intuito de identificar, as mudanças comportamentais, bem como conhecer as diferenças nas percepções dos professores em relação as atitudes e comportamentos dos alunos, antes e após a implementação do projeto para a educação. O presente estudo caracteriza-se como do tipo exploratório e segue os caminhos metodológicos da pesquisa quali-quantitativa, sendo este o meio mais indicado para a busca de respostas às inquietações acerca dos resultados de um projeto de extensão. Os sujeitos da mesma, são professores de uma Escola de Ensino Fundamental de Santa Maria- RS e alunos, de variadas idades contemplando diferentes níveis cognitivos e ano escolar, bem como de diferentes níveis sociais e que estejam, obrigatoriamente, participando da implementação e acompanhamento do projeto de extensão “Projeto Solverde: A leitura como promotora da educação para a saúde e para a cidadania”. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa preencheram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, contendo os objetivos da pesquisa, livremente, em duas vias, sendo que uma ficou com o participante ou responsável e o outro ficou com o pesquisador, conforme a Lei 196/96 e aprovado pelo Comitê de Ética, respeitando os preceitos da bioética e ética em pesquisa bem como o Termo de Assentimento, por tratarem-se de menores de idade. A coleta de dados já teve início com os professores da instituição, e está sendo realizada em duas etapas distintas, por questionários, observação e relatórios, uma anterior e outra posterior a implementação do projeto de extensão. Até o momento foram efetivados encontros com o corpo docente da instituição com a perspectiva de apreender o entendimento dos mesmos acerca das dimensões teóricas – práticas do processo ensino – aprendizagem, mediante depoimento e suas expectativas frente a implementação dos projetos. Para a análise destes dados, bem como os demais, está sendo utilizado os métodos estatísticos e a proposta de análise de conteúdo de Bardin (1977), onde é realizada a pré-análise, a exploração do material, categorização e interpretação dos resultados. Autores como Demo (1993), Imbernón (2000), Cortelazzo e Romanowski (2007) inferem que a melhoria da qualidade de vida perpassa diretamente pela educação de qualidade, saúde e efetivo exercício da cidadania, uma vez que estes fatores possuem relação de complementaridade e que profissionais de quaisquer áreas de atuação devem contribuir para este objetivo. As primeiras informações obtidas frente aos professores sobre o entendimento sobre as práticas de ensino – aprendizagem bem como suas perspectivas frente ao trabalho a

ser desenvolvido, estão sendo analisados, pode-se no entanto inferir, previamente, que os mesmos evidenciam o entendimento e a crença de que a educação pode ser um pilar de transformação dos paradigmas sociais, políticos e culturais, e que é possível promover mudanças na forma de sentir, pensar e atuar das pessoas frente a si e aos outros. Neste sentido, espera-se que a contribuição do projeto de extensão, na comunidade escolar, frente as informações, atividades e incentivos à manutenção da saúde e na busca da cidadania traga resultados e que estes sejam relevantes quanto a seu impacto na educação para a saúde de qualidade e efetivo exercício da cidadania, levando a um aumento da qualidade de vida desta comunidade escolar, bem como também possibilitar a identificação de expectativas, necessidades e ações efetivas para a manutenção destes resultados. Entendendo que ser cidadão é ter a possibilidade de participação social, produtiva, acesso igualitário à educação, saúde e segurança, é que se pretende trazer, por meio deste trabalho de extensão e pesquisa, caminhos para proporcionar meios da comunidade escolar seguir um futuro singular, ou seja, mostrar rumos para que ela se desenvolva com qualidade de ensino valorizando seu contexto social, cultural e econômico, formando cidadãos que atuem com competência, ética, justiça, dignidade e solidariedade na sociedade fazendo com que a comunidade seja vista como um modelo a ser seguido. De acordo com o retorno obtido, pretende-se compartilhar esta experiência como um modelo a ser implantado, ampliando e recriando atividades para proporcionar uma melhoria na qualidade de vida das pessoas, em toda a comunidade escolar em que venha a ser implantada, para que reflita direta e indiretamente na sociedade como forma a buscar uma melhor vivência entre as pessoas, em meio de vida sustentável e solidário. Acreditamos que apenas assim, através de uma educação de qualidade e envolvimento de toda a sociedade, desde o início, é que podemos modificar a realidade que nos cerca e muitas vezes nos amedronta.

Descritores: Qualidade vida. Educação.

O ATENDIMENTO EM UM HUS: A NECESSIDADE DE TEMPO PARA UMA MAIOR QUALIDADE DE ENSINO

Michele Raddatz, Sídia de Mari, Juarez Elias Cassol, Tiago de Paula Rosa
Universidade Federal de Santa Maria
micheleraddatz81@hotmail.com

Os serviços de emergência dos Hospitais Universitários- HUs possuem características peculiares como o acesso irrestrito, o excessivo número de pacientes, situações extremas em relação às gravidades, sobrecarga das equipes e número insuficiente de profissionais em contrapartida ao excedente de acadêmicos/residentes dos cursos da área da saúde. Devido a esses fatores, em especial este último, em que os sujeitos envolvidos necessitam de um maior tempo para atender e realizar procedimentos, sob orientação de professores, é que os corredores dos PS encontram-se lotados. No entanto, a população não tem consciência de que nesses espaços, vinculados ao ensino superior, a demora ocorre também pelo fato de serem, em grande parte, estudantes em formação que prestam o atendimento. O objetivo deste trabalho é trazer à tona a discussão sobre a demora no atendimento na maioria dos HUs e sua relação com a qualidade de ensino. Trata-se,

portanto de um relato de experiência, surgido da vivência como estagiário em um PS de um HU aliado às reflexões apresentadas e a um apanhado bibliográfico acerca do tema. Muitos autores trazem como situações recorrentes, corredores de PS lotados de pacientes à espera de atendimento, como decorrentes além da escassez de recursos materiais e humanos, da maior demanda de tempo prestada ao ensino. Gomes (1994) traz que os professores, que atuam neste meio, devem aliar teoria, imprescindível para um efetivo aprendizado do futuro profissional, à prática, estimulando a capacidade de liderança, engajamento no serviço, o discernimento, iniciativa, habilidade, maturidade e estabilidade emocional diante das diversas situações que se apresentam. Palqueires (2001) frisa que a rotina de trabalho neste setor exige um tempo maior para que o ensino seja efetivo e de qualidade. Dessa forma, a demora no atendimento na maioria dos HUs é decorrente do tempo demandado ao ensino e este fato deve ser informado aos pacientes ressaltando como um ônus necessário para uma qualidade maior na formação de futuros profissionais.

Descritores: Ensino. Tempo. Emergência.

OFICINA PEDAGÓGICA E A ATUAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: POSSIBILIDADE DE INSERÇÃO NO MUNDO DA EDUCACIONAL

Alberto Sette Neto, Carlos Augusto Descovi, Luis Eduardo Rostirolla, Mariana Bello Porciuncula, Viviane
Maisa de Ávila Guez

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

maribellino@gmail.com

A atuação de Enfermeiros em escolas de ensino fundamental e médio não é ocorrência cotidiana nas práticas de ensino brasileiras. Considerando-se que o Enfermeiro é um profissional habilitado para atuar na educação para a saúde e na promoção da qualidade de vida, consolidar o papel desse profissional no contexto da educação é de suma importância para que estes sejam reconhecidos como aptos às práticas educacionais. O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de Enfermagem, sobre oficina realizada na Escola de Ensino Fundamental Emílio Kemp, durante a disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança. O objetivo é relatar as percepções dos acadêmicos sobre a atividade desenvolvida e como as práticas pedagógicas podem otimizar o processo de trabalho do enfermeiro, levando-o a um maior conhecimento sobre o funcionamento de grupos. A oficina conduzida pelos acadêmicos abordou temas referentes à violência nas escolas, qualidade de vida, auto-estima e confiança, desenvolvendo-se através de três dinâmicas pedagógicas. As etapas para a decisão sobre o modo de desenvolvimento da atividade incluíram a observação da turma escolhida, o planejamento, a execução e a avaliação dos resultados. Através dessa vivência percebemos que o Enfermeiro pode sim assumir ativamente papéis educacionais e de liderança frente a diferentes clientes. Salientamos ainda que o meio acadêmico deveria instigar os futuros Enfermeiros a refletirem sobre suas práticas e de como as mesmas podem ser exercitadas nos mais diversificados ambientes, inclusive nas escolas, gerando assim, uma maior visibilidade para a profissão.

Descritores: Enfermagem. Educação em Saúde. Saúde Escolar.

PERSPECTIVA DE TRANSFORMAÇÃO DA PRÁXIS DE ENFERMAGEM: UMA TECNOLOGIA EMANCIPATÓRIA

Elisabeta Albertina Nietsche, Michele Raddatz, Solange Capaverde
Universidade Federal de Santa Maria
micheleraddatz81@hotmail.com

Atualmente, constata-se, que muitas vezes a práxis de enfermagem vem encontrando diversas dificuldades como: o fato de estar presa às normas e rotinas dos serviços, o cumprimento de tarefas sem questionamentos, a falta de participação em decisões das instituições, atuação de forma fragmentada ou seja, sem um prévio planejamento, o fortalecimento da divisão do trabalho, a crença de que prestam o cuidado integral aos seres humanos, a realização meramente de técnicas bem como a falta de criatividade que tem tornado o seu trabalho sem soluções e demasiadamente cansativo e estressante. Para contrapor este cenário, é que se buscam alternativas que possam levar à construção de profissionais de enfermagem conscientes de sua práxis e que venham ‘romper’ com fatores causadores de submissão e demasiada objetivação do seu processo de trabalho, para a formação de profissionais com uma consciência crítica, que exerçam a condição de sujeitos, numa perspectiva democrática e emancipatória, que acreditem e possuam compromisso com a construção de uma sociedade que tenha por base a afirmação da vida e da dignidade de todo o ser humano. Portanto, este estudo reflexivo tem como objetivo apresentar a tecnologia emancipatória como meio de transformar o trabalho de saúde, em especial o da enfermagem desenvolvida a partir de leitura específica acerca da temática, aliada a constatação apreendida no que concerne o trabalho de enfermagem, de modo como é exercido atualmente e o impacto do mesmo sobre as pessoas. Para Nietsche (2000, p. 164), a tecnologia emancipatória é “concebida e entendida como a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e pressupostos que, ao serem articulados técnica e eticamente, possibilitam aos indivíduos pensar, refletir, agir, tornando-os sujeitos do seu próprio processo existencial, numa perspectiva de exercício de consciência crítica e da cidadania, tendo como condição a possibilidade de experimentar liberdade, autonomia, integralidade e estética, na tentativa de buscar qualidade de vida, de modo que os envolvidos possam encontrar a sua auto-realização.” Para a mesma autora, ao fazer parte da construção de processos de emancipação surgem estímulos que auxiliam na contínua superação de obstáculos e na vontade de vencer, pois, segundo ela, não é importante “ter ou parecer”, mas “ser e realizar, construir e desenvolver.” Leopardi (1994), contribui com esta proposta quando evidencia que deve existir uma reconstrução do trabalho para a valorização do trabalhador, para que o mesmo possa encontrar um novo aspecto no que concerne o trabalho humano, procurando não colocá-lo nem como centralidade da vida nem como marginalidade, mas, buscar novas experiências de encontrar um sentido mais humano para o trabalho, produzindo satisfação e riquezas e não como muitas vezes o desprazer, a falta de vitalidade, de ética, de estética e de liberdade. Esta mesma autora, ainda destaca que se deve ver o homem frente ao trabalho como um ser múltiplo, de várias faces e não apenas como um mero trabalhador, e que a partir desta idéia é que pode-se chegar à transformação do trabalho. Portanto, a tecnologia emancipatória é um processo de busca da emancipação do sujeito com o intuito, também, de proporcionar uma maior participação na vida e em

decisões que lhe dizem respeito. É neste sentido, que se torna imprescindível a reflexão e ação na formação crítica e consciente da realidade, uma vez que sem esta caberá apenas aceitar as suas conseqüências. Para a busca desta tecnologia, Nietzsche (2000, p. 164), defende ser preciso tomar consciência de que tanto o cliente quanto o profissional ao tomarem juntamente decisões, perpassam pelo exercício da autonomia, o que suscita uma nova postura, “[...] no que tange à relação com a clientela, com os outros profissionais, entre si, enfim, na relação com o outro.” É neste campo de compartilhamento que surge o processo do cuidado, segundo a mesma autora, como atitude emancipatória, viabilizada pelo saber como tecnologia, porém, não apenas como “estruturação de um fazer” uma vez que a tecnologia emancipatória é produto histórico retratando as contradições sociais, contestatória ao proporcionar a conquista do espaço próprio de autodeterminação com direito a igualdade de oportunidades, ético quando propicia a vivência dos princípios morais e político quando concerne a libertação do estado de sujeição tornando o ser humano um ser ator criativo e ativo. Tem como característica ainda, a estética que possibilita a busca de harmonia do eu e, competência, que possibilita a criação de novas possibilidades tecnológicas para a vida, levando em consideração o contexto sociopolítico- econômico e cultural. Estas características, portanto, fazem parte do espaço de uma vida consciente, importante na busca de qualidade da mesma. Neste sentido, para que possa ser feita a utilização da tecnologia emancipatória como ferramenta da transformação da práxis em enfermagem, é necessário que os profissionais, tenham consciência de suas ações e, partindo da reflexão desejem transformá-la. Para que isto efetivamente venha a ocorrer é preciso que se unam e lutem pelo que acreditam, buscando em contrapartida, sensibilizar as demais pessoas inseridas no contexto. Acredita-se que iniciar a transformação pelo local de trabalho é um meio de alcançar o auto-desenvolvimento e auto-realização tanto do profissional quanto da clientela desencadeando o desenvolvimento de formas de tecnologia emancipatória do microespaço em que se atua, como frisa Nietzsche (2000), para refletir no macroespaço sócio-político-econômico e cultural. Para que seja efetiva a construção deste tipo de tecnologia é preciso que se desenvolvam os elementos essenciais já na graduação, como alerta Souza (1998), quando refere que é importante desenvolver nos profissionais, referentes aos pacientes, capacidades de diagnosticar as diversas necessidades, principalmente as subjetivas, bem como revisar técnicas de assistência e cuidado, ajustar as novas construções do conhecimento e possibilidades tecnológicas, procurar construir novos conhecimentos, desenvolver novas pesquisas e potencialidades do ser humano além de estimular a prática cotidiana da leitura e reflexão crítica voltada a busca de uma teoria própria de enfermagem. Enfim, as pessoas que desejam, expressando uma consciência crítica e ética, utilizar essas proposições tecnológicas emancipatórias em sua práxis, necessariamente passarão por um processo de reflexão sobre seu lugar no mundo, sua própria história, sua própria condição, enquanto profissional e cidadão, para que elas não transformem a sua identidade, mas, sim, se constituam em meios para envolverem-se efetivamente na construção de sua utopia social, estética e espiritual.

Descritores: Tecnologia. Enfermagem.

QUALIDADE DE VIDA DOS ACADÊMICOS BOLSISTAS DE UM HOSPITAL ESCOLA

Michele Raddatz, Graciele Erthal, Elisabeta Albertina Nietsche, Solange Capaverde, Leila Regina Wolff

Universidade Federal de Santa Maria
micheleraddatz81@hotmail.com

Este estudo teve como propósito investigar o impacto que a bolsa de assistência ao estudante, implantada sob a resolução nº 026/95 que tem como objetivo inter-relacionar servidor e aluno no intuito de contribuir para a formação deste, da Universidade Federal de Santa Maria- UFSM, causa no cotidiano pessoal, acadêmica e pré-profissional dos acadêmicos de enfermagem da instituição. Nesta perspectiva procuramos problematizar a relação entre a função do trabalho em enfermagem com a qualidade de vida buscando identificar a qualidade de vida dos acadêmicos da UFSM, bolsistas do HUSM durante o segundo semestre do ano letivo de 2006, com a finalidade de compreender os seus sentimentos e as influências positivas e negativas do exercício da bolsa de assistência num Hospital Escola de Santa Maria- RS, no intuito de fazer um diagnóstico da realidade bem como caracterizar estes acadêmicos evidenciando suas opiniões, percepções, fatores determinantes e condicionantes e suas relações com a qualidade de vida no seu cotidiano pessoal e pré-profissional e contribuir com os resultados desta pesquisa para o Curso de Enfermagem da UFSM e principalmente para o Serviço de Educação Permanente em Enfermagem do HUSM. Neste sentido espera-se contribuir com estratégias de intervenção na realidade a partir da criação de mecanismos de suporte que instrumentalizem os alunos para o enfrentamento de inúmeras situações com as quais se defrontam, que suscitam- como a distância de familiares, convívio com a futura profissão carregada de dor e morte dos usuários- problemas e sofrimento. Esta pesquisa caracteriza-se como do tipo descritiva-exploratória com abordagem qualitativa e foi desenvolvida com bolsistas do Curso de Enfermagem, cadastrados no Serviço de Educação Permanente- SEP do Hospital. Participaram da pesquisa, dos vinte e dois bolsistas cadastrados, onze, que encontrados, aceitaram participar da investigação, após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aprovado pelo Comitê de Ética sob resolução 196/96. Os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado com questões abertas e fechadas, específicas ao objeto de estudo, referentes à qualidade de vida dos bolsistas de modo a possibilitar uma análise mais aprofundada da relação entre o discurso e a prática. A análise e interpretação dos dados tiveram sua fundamentação em Bardin (1977) ou seja, na pré-análise, exploração do material e dentro desta, operações de codificação e enumeração. Na grande variedade de conceitos encontrados na literatura, autores como Minayo, Hartz e Buss (2000, p.10), conceituam qualidade de vida como sendo um campo semântico polissêmico por estar relacionada a modo, condições e estilos de vida, Minayo, Hartz e Buss (2000, p.10), conceituam qualidade de vida como sendo um campo semântico polissêmico por estar relacionada a modo, condições e estilos de vida, abarcando idéias de desenvolvimento sustentável e ecologia humana mantendo relação com o campo da democracia, do desenvolvimento e dos direitos humanos e sociais. Além disso, os autores colocam que a saúde, é fator indispensável para construção deste cenário. Quanto aos resultados deste estudo a bolsa influencia significativamente na vida dos alunos bolsistas sendo que vários

pontos positivos e negativos são levantados. Os acadêmicos em questão associam sua qualidade de vida à perspectiva subjetiva, onde os sentimentos, as sensações, necessidades e vivências são determinantes na busca do equilíbrio, uma vez que o aluno encontra, conforme os resultados, muitas dificuldades para conciliar o trabalho da bolsa com os estudos. Tal constatação corrobora com a opinião de Borges (2006, p.1), quando afirma que para se ter qualidade de vida deve-se pensar em harmonia e equilíbrio entre as diferentes áreas de nossas vidas, entendida aqui como profissional e pessoal. Os dados demonstram ainda que os alunos bolsistas consideram que “ser bolsista” significa vivenciar novas experiências, adquirir conhecimentos e habilidade técnica, autonomia além de contribuir para o amadurecimento pessoal e profissional. Neste sentido, Dejours et al (1993, p. 98), contribui colocando que a atividade profissional não é só um modo de ganhar a vida, é também uma forma de inserção social onde os aspectos psíquicos e físicos que encontram-se fortemente implicados. Cabe acrescentar que não somente a experiência técnica e a vivência hospitalar são os requisitos necessários para um bom profissional. O acadêmico de enfermagem da UFSM, bolsista no HUSM, associam também sua qualidade de vida à perspectiva subjetiva, considerando seus sentimentos, sensações, necessidades e vivências na busca do equilíbrio. Durante essa vivência pré-profissional o aluno encontra muitas dificuldades e necessita de muito apoio para conciliar o trabalho da bolsa com os estudos. No entanto, os dados demonstram que o vínculo estabelecido entre bolsista e profissional do HUSM, contribui para o amadurecimento pessoal e profissional do aluno, facilitando sua inserção no mercado de trabalho; o conhecimento da realidade uma vez que à diferença entre o que ele aprende nas aulas teóricas e práticas da graduação com as atividades realizadas durante a bolsa. Neste sentido, segundo os acadêmicos, isso acontece porque o professor, muitas vezes, não conhece a rotina da unidade e sente dificuldades para interagir e contribuir com a equipe de saúde. No entanto, o valor financeiro da bolsa foi considerado baixo por todos os participantes pois a responsabilidade e as muitas funções assumidas pelo bolsista não estão sendo valorizadas financeiramente pela instituição. Atualmente, os cursos de graduação têm buscado um ensino voltado à formação de um acadêmico mais crítico, reflexivo e autônomo, bem como também, pesquisador. Porém, a bolsa influencia negativamente segundo os questionados, em sua qualidade de vida, na saúde, na falta de tempo para estudos, família e lazer, além do cansaço que provoca, estresse e sono, acrescentado ainda pela baixa remuneração. Considerando os resultados destacados, concluímos que a condição de bolsista interfere negativamente na qualidade de vida do aluno, principalmente quando se relaciona à saúde e, positivamente nos estudos, pois proporciona aprendizado, aperfeiçoamento técnico, contato com os profissionais da saúde e responsabilidade, permitindo o exercício da autonomia e o crescimento pessoal e profissional do acadêmico bolsista. Neste sentido é importante desenvolver meios de utilizar melhor o tempo disponível, uma vez que se bem administrado, leva a uma maior qualidade de vida; tanto no nível pessoal quanto no profissional. Para isso, recomenda-se também, uma escala mais flexível ao bolsista, proporcionando mais tempo para que ele possa cuidar de sua saúde bem como envolver-se também em atividades curriculares.

Descritores: Qualidade de Vida. Acadêmicos..Enfermagem.

REABILITAÇÃO: UM OLHAR PARA A EDUCAÇÃO

Mariangela Conceição Santos, Elen Gínete Baccin

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

masantos@hcpa.ufrgs.br

Este trabalho tem como finalidade relatar uma experiência no centro de atenção psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Por meio da Internet, obtiveram-se informações sobre o programa preparatório da Secretaria da Educação (SEC), que possibilita às pessoas que não tiveram oportunidade de concluir seus estudos, o ensino fundamental e o médio, a conquistarem o conhecimento necessário das disciplinas e obterem a certificação em menor tempo. Diante disto, surgiu a idéia de inserirmos os usuários do CAPS, que devido aos transtornos psíquicos, não conseguiram concluir seus estudos. O objetivo desta iniciativa foi de promover nos usuários a melhora da auto-estima, e a possibilidade de ingressarem em cursos profissionalizantes e até mesmo no mercado de trabalho, ampliando sua visão crítica do mundo, visando a reinserção social. Para viabilizar este processo foram feitas reuniões com os usuários que tinham interesse em participar. Foram então estabelecidos alguns critérios como até que série estudou e o que precisariam revisar. Fez-se um cronograma de estudos pela Aux. de enfermagem e com o auxílio dos professores da Escola Técnica de Saúde (ETS) se administrou às aulas com duração de 2hs a 3hs em um período de 3 meses. Para conseguir o material didático, contamos com o apoio da gráfica do HCPA e da equipe do CAPS. Dos 11 usuários que participaram deste processo 10 conseguiram aprovação nos exames. Com vista neste trabalho, planejamos para o ano 2009 a continuidade do processo com formação de um novo grupo de estudos, abrangendo um maior número de interessados e possibilitando que os usuários citam-se sujeitos ativos na realidade social em que estão inseridos.

Descritores: Saúde Mental. Inclusão. Educação.

REFLEXÕES PARA (RE) PENSAR A FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fabiana Mânica, Carlise Rigon Dala Nora, Alessandra Regina Muller Germani

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões/Campus de Frederico Westphalen

Enf13248@fw.uri.br

Partimos do pressuposto que o contexto histórico em que vivemos é ainda o da Reforma Sanitária Brasileira, portanto, espaço de discussão e elaboração de alternativas para a consolidação de um sistema de saúde igualitário e humano a qualquer pessoa. Acreditamos que tal visão pode ser construída a partir de experiência teórico-prática na interrelação professor-acadêmico-usuário-profissionais, em uma lógica de troca de saberes. Essa discussão nos remete ao pensamento pedagógico de Paulo Freire, o qual desenvolveu a teoria do conhecimento que precisa ser compreendida a partir do contexto sócio-histórico, onde para ele, um aprendizado crítico considera o ser humano em permanente construção, incompleto em uma realidade que

também é incompleta, inacabada. A troca de saberes na sua visão é a troca *problematizadora* entre o ser humano e realidade, na qual há um recíproco reinventar-se. Para o autor, o caráter inacabado dos homens e o caráter evolutivo da realidade exigem que a educação seja contínua, e a educação problematizadora, neste contexto, não aceita nem uma realidade estática, intocável. Entretanto, enraíza-se no presente dinâmico e chega a ser revolucionária. Assim, o presente resumo tem por objetivo apresentar um relato de experiência referente a uma das atividades de estudos do Colegiado do Curso de Graduação em Enfermagem, da URI – Campus de Frederico Westphalen, na qual foram propostos encontros para reflexão sobre a necessidade de se (re)pensar a formação do profissional na área da saúde, mais especificamente, do Enfermeiro. Os encontros para estudo ocorreram no período de agosto a outubro de 2008, nas segundas feiras, no período das 16:30 às 18:30 horas, horário combinado pelos membros do Colegiado, sendo o mais acessível a todos. No grupo participaram acadêmicos de Enfermagem, pós-graduandos e professores do curso. No primeiro encontro em que se enfocou esta temática, assumimos o compromisso de aprofundar os estudos no sentido de repensarmos a Formação do Profissional Enfermeiro. Inicialmente acreditamos que deveríamos conhecer a Universidade a que pertencemos, por isso estudamos o Projeto Político Institucional da Universidade Regional Integrada e o Projeto Político Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem. Cabe ressaltar que nos reunimos em círculo, facilitando o espaço de discussão e reflexão acerca da temática, bem como a circulação e troca das idéias entre os participantes. As reuniões foram registradas no Livro de Atas da Graduação. Na seqüência dos encontros, foram abordados temas como Leis Orgânicas da Saúde, dentre elas 8080/90 e 8142/90, Lei do Exercício Profissional 7498/86, Leis de Diretrizes e Bases, 9394/96, bem como as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem - DCENF. Dessa forma, acreditamos que, para discutir a formação do profissional enfermeiro para o SUS precisamos considerar a educação enquanto construção, tendo em vista que a mesma perpassa um processo de amadurecimento, onde se torna possível a reflexão e abre caminhos aos novos paradigmas e desafios a serem superados. Consequentemente, a participação autônoma do enfermeiro na construção coletiva de transformação da realidade que permeia a comunidade tornando-se instrumento de mobilização e conscientização sócio-política. Cabe ressaltar, o papel do educador como mediador do conhecimento junto aos futuros profissionais, onde o processo educativo deve estar voltado para essas mudanças, precisa ser de caráter transformador, ou seja, superar o ensino tradicional, estático, acrítico e puramente técnico. Esse ensino preocupa-se unicamente com a transmissão de conhecimento, ignorando a singularidade e a realidade das pessoas, surge, portanto, a necessidade da construção de um novo pensar e agir na enfermagem, que aborde, a partir da realidade concreta, os condicionantes do processo saúde-doença. Tais parâmetros apontam à necessidade de redimensionar a formação acadêmica dos futuros profissionais e sinalizam para a construção das diretrizes curriculares para cada curso de graduação que sejam condizentes à realidade da comunidade. A formação superior deve estar voltada para a inserção e participação na sociedade contribuindo para o crescimento da mesma, atuando juntamente a população através da pesquisa e investigação, sendo capaz de traçar metas efetivas para a resolução de problemas identificados. Neste sentido, a LDB reforça a necessidade de articulação entre a educação superior e a atuação nos serviços de saúde, sob o objetivo de formar profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. Com este

parecer são aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem – DCENF. Alguns autores relatam que elas expressam os conceitos originários dos movimentos por mudanças na educação em enfermagem, explicitando a necessidade do compromisso com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do Sistema Único de Saúde – SUS. De fato, na realidade em que estamos não basta que se formem profissionais que adquiram habilidades puramente técnicas. A sociedade necessita que estes tenham domínio do conhecimento científico, além da sensibilidade reflexiva, criativa e uma visão crítica frente ao sistema que exclui massas da população. É preciso formar profissionais para a área da saúde que saibam conviver com a fome e a miséria, com a violência e o desemprego, sendo aptos a prever alternativas de transformar as injustiças sociais em libertação. Por isso, Paulo Freire fala em “educação social”, pois não se pode estar alheio aos problemas sociais que cercam as escolas, as universidades, os serviços de saúde, especificamente. Não devemos nos sujeitar a sermos espectadores da história, é necessário assumir uma postura que os responsabilize ao compromisso ético, humano e social à comunidade na qual estamos inseridos. Nesse sentido, autores defendem que a discussão de transformar a formação, que as mesmas não podem ser questões unicamente técnicas, pois envolvem também mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas envolvidas. Além do mais, segundo estudos realizados, são questões tecnopolíticas que exigem a articulação de ações para dentro e para fora das instituições, visando uma atenção crítica, ética e humanística. Contudo, é necessário aos futuros profissionais estarem aptos para a efetivação de uma assistência relevante e qualitativa, sendo inadmissível que se formem hoje, profissionais não comprometidos com os princípios e diretrizes do SUS. A sociedade carece de enfermeiros capazes de avaliar a realidade sociopolítica da população atendida e a partir dela, trabalhar na perspectiva de conduzir ações resolutivas à problemática identificada inserindo-se no trabalho em rede intersetorial juntamente à equipe interdisciplinar. Caminhar nessa direção e possibilitar a mobilização de pessoas e instituições, no sentido de uma aproximação entre instituições formadoras e ações e serviços do SUS, é o grande desafio à enfermagem e aos educadores, pois se trata de uma busca pela superação de um modelo biomedicalizador que há décadas molda a formação dos profissionais para a atuação nos serviços de saúde. É uma ruptura do antigo para o novo, do modelo estático e convencional para um novo pensar e agir profissional, esse agrega o conhecimento científico aliado à técnica, considerando a realidade populacional. Portanto, acreditamos que a formação em saúde precisa necessariamente estar voltado à qualidade do atendimento, perpassando a reversão do modelo bio-médico hegemônico e pela compreensão do que seja cidadania em saúde. Além disso, perpassa também pelo compromisso com a integralidade e humanização da atenção, bem como formação efetiva que nos capacite a exercer uma gestão participativa. Também, uma característica fundamental que elegemos, para um profissional comprometido é a capacidade de inseri-se no contexto da população, tendo sua ação reiterada em todas as instâncias de controle social. Espaço em que se ouve o usuário, o qual possui e reivindica novas formas de acesso, primando pela qualidade no atendimento e saúde como direito, bem como uma nova forma de compromisso e adesão aos princípios do Sistema Único de Saúde. Dessa forma é essencial que os futuros profissionais sejam sensibilizados para tal realidade, a partir do contato com as ações de saúde no contexto histórico, social e político. Além do mais, a experiência do movimento da Reforma Sanitária atual, pela consolidação do sistema de saúde, onde o resgate da cidadania é

um compromisso, proporcionará um agir diferenciado em saúde. A nós acadêmicos, tais experiências interdisciplinares, nos projetos de extensão e iniciação científica, bem como o grupo de pesquisa em saúde, são espaços de construção do conhecimento, partilha de saberes e interação construtiva. É na graduação que superam paradigmas equivocados, onde é possível construir o “novo” na formação em saúde voltada para o SUS. Aprendemos na coletividade e na diversidade a nos desinstalarmos do egoísmo que empobrece, partindo para práticas solidárias na construção de sujeitos e a lutar por saúde como direito de cidadania a toda população.

Descritores: Educação..Enfermeiro.

REFLEXÕES SOBRE O SUS NA FORMAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO – RESULTADOS DA PRÉ-ANÁLISE

Fabiana Mânica, Carlise Rigon Dala Nora, Alessandra Regina Muller Germani

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Frederico Westphalen

Enf13248@fw.uri.br

A formação do profissional em saúde até a década de 50 agrega uma significativa influência européia. Entretanto, com a globalização ocorrem mudanças nas relações econômicas e culturais entre os países, o que ocorre igualmente na educação em saúde no nosso país, onde se começa a levantar questionamentos quanto à formação para a saúde nos meios acadêmicos, dentre os quais, a necessidade de uma integração entre teoria e prática. Em meio a isso, o descontentamento da população, aflora-se na década de 70, relacionado às práticas do setor saúde levando às intensas lutas e manifestações por desfragmentação nos serviços, integralidade no atendimento e participação nas tomadas de decisões, ou seja, por um sistema que fosse *único*. Assim, dentre os movimentos que emergiram, destacamos o que levou à Reforma Sanitária, e, conseqüentemente à conquista da Constituição Federal de 1988, que cria o Sistema Único de Saúde – SUS. Esse contexto convoca, portanto, as instituições formativas para uma discussão do papel dos profissionais, a necessidade de estarem fundamentados nos princípios e diretrizes que regem o sistema vigente no país. A discussão de mudanças na formação do profissional, neste caso o Enfermeiro, partiria da flexibilização dos currículos, de novos elementos conceituais, filosóficos e metodológicos. Assim, a idéia que perpassa seria de educar para o trabalho em saúde na defesa da vida, ou seja, formar uma nova geração de profissionais que se propusesse a fazer mudanças no trabalho em saúde, com competência cognitiva, tecnológica e política. O que entendemos como absorver esse histórico de lutas da sociedade organizada, resistindo à ditadura militar, que é ciente de seus direitos, conquistando-os e inclusive definem o conceito de saúde, segundo suas concepções e necessidades. Tal realidade repercute na formação do profissional enfermeiro para o SUS, pois perpassa um processo de construção, exigindo a experiência de reflexão-ação, sendo que novos desafios precisam ser enfrentados. Como o envolvimento autônomo do enfermeiro na transformação da realidade, sendo instrumento de mobilização e conscientização sócio-política nos espaços em que atua. Neste sentido, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Superior – LDB sinaliza para a construção de diretrizes curriculares para

cada curso de graduação, sendo definidas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem – DCENF, na perspectiva de reforçar a necessidade de articulação/integração entre educação e saúde, com objetivo de formar profissionais com ênfase na prevenção de doenças, bem como na promoção, recuperação e reabilitação da saúde. Diante de tais discussões, o presente resumo tem por objetivo apresentar as etapas de operacionalização do plano de trabalho do bolsista, do projeto de iniciação científica PIIC/URI chamado “SUS na Formação do Profissional Enfermeiro: ponto de vista de egressos da URI – Campus de Frederico Westphalen”, referente ao aprofundamento teórico, coleta e análise parcial de dados. Na primeira etapa, o **aprofundamento teórico** é um momento de revisão e ampliação da literatura, assim, elegemos artigos científicos e outros materiais referentes à temática e elaboramos fichas de leitura e registros. Essa atividade aconteceu aliada ao Grupo de Estudos de Pesquisa em Saúde, um espaço coletivo de discussão de temáticas e aprofundamento da reflexão de cada projeto. Nesse momento sentimos como uma fase de desafios e construção, pois nos levou a produção de artigos e resumos para eventos e revistas, viabilizando a socialização dos momentos vividos, despertando-nos para o compromisso de futuramente aliarmos a investigação científica com o desenvolvimento das atividades no cotidiano profissional, entretanto, sentimos dificuldades de transformar os estudos bibliográficos em produção bibliográfica. Ou seja, ainda nos sentimos presos ao modelo educacional que nos condiciona a sermos espectadores, sentimos necessidade de avançar nas discussões e na construção do conhecimento que parte do compromisso de sermos sujeitos do próprio processo formativo. Desta maneira, na busca pela operacionalização dos objetivos propostos do plano de trabalho, quanto à etapa de **coleta dos dados** foi um momento de muitos desafios, pois se evidenciam os aspectos dificultadores. Um deles, o contato com os egressos, pois atuam em diversos municípios, alguns distantes, inclusive em outros estados, tornando difícil a comunicação. Outro aspecto seria a adesão do egresso ao estudo, sentimos assim, a importância do papel da universidade na formação, de estar voltada à autonomia na promoção do futuro profissional com competência, o desenvolvimento intelectual e profissional de sujeitos de políticos e participativos, motivados a criar e transformar realidades. Desta maneira, contatamos com os egressos a partir de dados extraídos do sistema urinet, via e-mail e telefone para apresentação dos objetivos do estudo e convite à pesquisa. Sendo o retorno positivo, enviamos o questionário e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, onde acertamos que alguns iriam entregar via correio e outros pessoalmente, até o momento, recebemos 23 questionários e termos. Na etapa mais recente, **a análise parcial dos dados obtidos**, espaço de muita leitura e discussão frente aos resultados obtidos, evidencia a necessidade de se ter um canal de comunicação mais efetivo com os egressos, bem como organização de espaços destinados ao egresso na Universidade para promover a troca de experiências, onde a construção do conhecimento, a partilha de diversos saberes e a interação possam acontecer de forma dinâmica e participativa. Neste sentido, alguns sujeitos da investigação mencionaram que ao assumir uma postura, de reflexão, criticidade e de fundamentação aos princípios do Sistema Único de Saúde, em alguns lugares, tornou-se desafiador, pois se depararam com pessoas que não dominavam este conhecimento. Sendo assim, percebemos que articular o conhecimento da formação acadêmica à realidade, é tarefa essencial e requer conhecimento e argumentação científica, para consolidarmos uma significativa mudança no perfil do profissional Enfermeiro. Consequentemente, o desenvolvimento de ações resolutivas para a efetivação dos

princípios e diretrizes do SUS no país, proporcionando a garantia dos direitos constitucionais da população, onde o Enfermeiro ocupa novos espaços nos serviços de saúde e junto à comunidade no lutar pela vida, sendo um profissional que organiza, planeja, implementa e avalia suas ações. Portanto, levantar a discussão da redefinição do papel da universidade enquanto formadora de pessoas, remete-nos a pensar em produção e construção de conhecimento aliada ao compromisso social com a comunidade de inserção, sendo possível redimensionar a formação do profissional na área da saúde através da abertura de espaços para a problematização da prática do ensino. Dessa forma, precisamos pensar a educação enquanto construção, responsabilidade institucional e social que perpassa nossos valores morais e éticos, sendo que também perpassa as diretrizes curriculares e as constituições. Entretanto, muita luta ainda é necessária para a concretização da política proposta pelo SUS, diante de uma realidade social-neoliberal que valoriza o capital mais que a própria vida. Assim, as possibilidades de continuidade dos trabalhos são viáveis, visto que a partir da análise dos dados coletados partiremos para a publicação dos mesmos. Pautadas no resultado do estudo, poderão ser elaborados projetos de extensão junto aos egressos. Além disso, o viés referente aos professores e o SUS na formação profissional do enfermeiro também poderá ser explorado a partir da elaboração de novos projetos de iniciação científica. Ainda, como desdobramento, programamos o Iº Encontro de Egressos para o primeiro semestre de 2009, com programação diversificada na perspectiva de promover encontros e re-encontros, reflexão e discussões sobre o SUS e a Formação do Profissional Enfermeiro na realidade vigente, bem como a necessidade de constante atualização para a qualificação das práticas desenvolvidas.

Descritores: Sistema Único De Saúde. Enfermeiro.

A ENFERMAGEM NA ESCOLA: O EDUCAR EM SAÚDE-UMA PROPOSTA PARA O ESTÁGIO FINAL DE CURSO

Silva, T., Tavares, P, Azambuja, D.

Centro Universitário Metodista IPA

thipoa51@hotmail.com

A intenção do nosso projeto é estabelecer um vínculo entre a Escola SOMAI (Sociedade Metodista de Amparo à Infância) e as atividades de práticas de saúde, com o curso de enfermagem, assim reforçando, expandindo e qualificando as ações de promoção, prevenção, e reabilitação da saúde com a comunidade. Trata-se de um plano de ação que será desenvolvido pelos acadêmicos de enfermagem do 8º semestre, como proposta de estágio final de curso para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem. **Objetivo:** Prestar cuidado e assistência de enfermagem a criança, família e comunidade, nos mais diferentes níveis de atenção à saúde utilizando a metodologia científica respeitando os princípios éticos e legais da profissão, o exercício da cidadania valorizando o ser humano na sua totalidade. Todas as atividades poderão ser interativas, ilustrativas e através de rodas de conversas, poderão ocorrer tanto em grupo quanto individualmente dentro de cada necessidade apresentada entre os sujeitos. Para isto utilizaremos a nossa observação diária, a pesquisas de documentações fornecidas pela escola, e a avaliação das condições de saúde coletiva e escolar

do local. A coleta de dados para o processo de enfermagem será através de um instrumento (Histórico de Enfermagem) adaptado à saúde do trabalhador e a saúde da criança escolar. Portanto, a finalidade deste projeto culmina no desenvolvimento de estratégias de Educação em Saúde com o intuito de atingir o objetivo apontado, realizando uma análise através dos resultados obtidos para o desenvolvimento de um relato de experiência, com a proposta de que este projeto tenha uma continuidade nos próximos semestres do curso, visando à inserção do acadêmico de enfermagem na Educação Em Saúde Escolar. Os sujeitos envolvidos serão todos os professores, educadores, crianças e a comunidade juntamente com os acadêmicos de enfermagem, visando atender todos os objetivos, trabalhando com Educação em saúde, Educação continuada e Educação permanente. Atenção Saúde Integral aponta a escola como uma instituição onde se inicia à construção de novos hábitos de saúde que defendem a vida e que são promovidos na estrutura familiar e na comunidade. Reconhecendo a escola como um campo muito amplo para atuação da enfermagem voltada para promoção da saúde e, estratégias que permitem tornar as ações de saúde e os programas de saúde escolar de acesso igualitário, como por exemplo: formulação dos programas de saúde escolar que contribuam para melhorar a educação, saúde e das condições de vida da comunidade escolar. (SANTOS; SILVA, 2008). A Escola SOMAI é um espaço de integração, educação e cuidado; apresenta todas as características de um local comprometido com a promoção do desenvolvimento humano, sendo assim um cenário de atuação multiprofissional, que apresenta condições para acolher estudantes e voluntários nas experiências de aprendizagem, formação, capacitação e aperfeiçoamento. Atividades em desenvolvimento: construção do histórico de enfermagem a Saúde da Criança Escolar e Saúde do Trabalhador; atividades de Educação em Saúde sendo temas já abordados: Vacina contra hepatite B, rubéola e antitetânica, confecção de folders ilustrativos e explicativos sobre esse tema; aplicação do histórico de saúde do trabalhador e histórico de saúde da criança escolar. Também está sendo criado um vínculo entre a escola SOMAI e o Centro de Saúde Bom Jesus para melhor atender as crianças e funcionários de acordo com as necessidades identificadas através do histórico de saúde.

Descritores: Enfermagem. Educação. Saúde.

A IMPORTÂNCIA DA PESQUISA NA GRADUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Thiana Sebben Pasa, Ana Cláudia Soares de Lima, Bruna Sodré Simon, Dafne Alves Naressi, Kellen Cervo

Zamberlan, Margot Seiffert, Suzinara Beatriz Soares de Lima

Universidade Federal de Santa Maria

thianasp@hotmail.com

A Educação é a principal fonte de onde saem profissionais capacitados ou não. Um dos elementos básicos que está inserido na educação e vem sendo cada vez mais questionado é a pesquisa. Segundo DEMO (1996), o que melhor distingue a educação escolar da universitária é sua instrumentação pela pesquisa. Por outro lado, se não aparecer esta instrumentação, ficará sem distintivo próprio, não se diferenciando de outros lugares educativos na sociedade. Educar pela pesquisa do conhecimento. Este é meio, educação é o

fim. A educação em enfermagem deve influenciar a mudança do comportamento humano em uma direção específica, ou seja, o método usado para aprendermos a atuar influenciará futuramente no relacionamento com os pacientes. O ensino na graduação em enfermagem não deve reter-se apenas no conhecimento médico de doenças, tratamentos ou curas, mas sim em todo o contexto sócio-econômico e cultura dos indivíduos por eles tratados, para que o enfermeiro não se torne um trabalhador tecnólogo hospitalar ou ambulatorial. O ambiente de estudo é um estimulante natural, a disponibilidade de materiais como livros e uma biblioteca bem equipada estimula ainda mais o aprender, o descobrir e o pesquisar. A educação permanente irá ter grande influencia na vida dos profissionais, pois um profissional atualizado sabe lidar da melhor forma com seus alunos e pacientes, em qualquer situação devido ao desenvolvimento de seu senso crítico. É através deste que se criam novos conceitos e novas técnicas, o que nos trás de volta a importância enorme da pesquisa na vida e na formação dos profissionais. O autoquestionamento, construção do saber e o saber pensar, são algumas características do aluno pesquisador. O aluno que sabe acima de tudo pensar saberá lidar com situações novas da melhor maneira e não reproduz receitas prontas. Para que os alunos tornem-se pesquisadores é devidamente necessário que os seus professores também o sejam a fim de que possam estimular e mostrar o melhor caminho. Apesar de tudo começar nas escolas, os mestres das graduações devem incentivar ainda mais seus aprendizes, pois é lá que eles terão sua formação final profissional e pessoal. Alunos que não usufruem da pesquisa na graduação sairão de lá provavelmente sabendo ser apenas ouvintes, talvez não saberão construir formulações e interpretações próprias ou não terão a capacidade do questionamento reconstrutivo. Poderão ter muita dificuldade de desenvolver trabalhos e de lidar com algumas situações novas, pois, desconhecem o novo, esse que o pesquisador lida todo o dia. É preciso então, a criação de grupos de pesquisa, e onde eles existem é necessário o apoio total das instituições, a participação e incentivo dos professores, para que possam assim formar-se profissionais cada vez mais competentes.

Descritores: Enfermagem. Pesquisa. Educação.

Referências:

1. DEMO, Pedro. Educar pela pesquisa Campinas. SP: Autores Associados, 1996.
2. LEOPARDI, Maria Tereza. Metodologia da pesquisa na saúde Florianópolis, 2002.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO ESCOLAR

Hayla Mattos da Silva, Mariá Barbalho Nardi

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

haylasilva@hotmail.com

Introdução: Entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem com a finalidade de facilitar ações voluntárias referentes à saúde. Este trabalho aborda a educação em saúde no contexto escolar. **Objetivo:** Apresentar a proposta do Ministério da Educação e Cultura para a educação em saúde escolar. **Metodologia:** É uma revisão de literatura, com abordagem qualitativa. As informações foram obtidas através de livros, revistas, jornais. **Resultados:** No ano de 1998 o Ministério da Educação e

Cultura (MEC) brasileiro lançou os PCNs, Parâmetros Curriculares Nacionais. O PCN aborda todas as disciplinas da educação básica brasileira, incluindo as questões de saúde. O ensino de Saúde é um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida. As experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças, assim como hábitos de higiene, não são suficientes para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável. Ações de promoção e proteção da saúde nas escolas são de grande relevância, pois a abordagem da importância dos cuidados com a saúde proporciona o desenvolvimento de hábitos adequados desde a infância. Caracterizamos como de grande importância nas ações de educação em saúde no contexto escolar a consulta de enfermagem, sua importância se mostra fundamental na idade escolar, época na qual as crianças sofrem intensa influência do meio no qual estão inseridas e acabam adquirindo hábitos que se perpetuam na idade adulta. **Conclusão:** A realização desta atividade no âmbito escolar proporciona às crianças educação em saúde. Através dos problemas levantados pela consulta de enfermagem as crianças podem ser encaminhadas a serviços especializados, como atendimentos psicológicos, odontológicos, oftalmológicos e médico clínico-geral.

Descritores: Educação. Enfermagem. Saúde.

ESTÁGIOS DA GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Luzia Teresinha Vianna dos Santos, Sônia Beatriz Cocco de Souza
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
ltsantos@hcpa.ufrgs.br

Introdução: Os estágios são supervisionados por professores e enfermeiros assistenciais e são importantes na formação das futuras enfermeiras, além disso, são desenvolvidos em campo prático a partir da parceria entre o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e a Escola de Enfermagem da UFRGS. Considerados como espaço e ferramenta para o processo de ensino-aprendizagem no desenvolvimento de atitudes, comportamentos e habilidades, capacidade de interação com a equipe multiprofissional de saúde, familiares e pacientes e, principalmente, como exercício para analisar as tomadas de decisão de forma crítica e reflexiva integrando as interfaces do conhecimento teórico e prático. **Objetivo:** Relatar a percepções de uma enfermeira durante o acompanhamento de alunos em estágio curricular no seu turno de trabalho. **Metodologia:** O presente trabalho trata-se de um relato de experiência de uma enfermeira sobre o acompanhamento de 4 a 5 alunos por ocasião do estágio curricular na Unidade de Internação Clínica para adultos durante o período 2007 a 2008. **Resultados:** As enfermeiras assistenciais servem como modelo para os estagiários que as observam e acompanham nas atividades assistenciais, administrativas e educação. Foram ressaltados pontos positivos como crescimento pessoal e profissional tanto do aluno quanto do enfermeiro. Como ponto negativo foi relatada a sobrecarga de trabalho referente às demandas assistenciais da unidade e atividade de ensino. **Conclusões:** Pontos positivos e negativos são descritos. No entanto, a

avaliação global da enfermeira foi satisfatória por motivo do processo ensino/aprendizagem ser uma via de mão dupla: ora somos professores, ora somos alunos. Compete a todos saber integrar no cotidiano.

Descritores: Aprendizagem; Estágio; Hospital.

PROJETO DE EXTENSÃO SOLVERDE: A LEITURA COMO PROMOTORA DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E PARA A CIDADANIA

Patrícia Vedovato Prevedello, Aline Chaves Dalla Nora, Rosana Huppel Engel, Elisabeta Albertina

Nietsche, Solange Copaverde, Leila Regina Wolff

Universidade Federal de Santa Maria

patty_prevedello@hotmail.com

O Projeto Solverde, aplicado pelo Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (GEPES) numa escola municipal de Santa Maria, desenvolve um trabalho pedagógico e lúdico com a comunidade escolar, proporcionando ampla discussão sobre os temas saúde e cidadania. A prática deste projeto contempla atividades de cunho social e cultural, onde estão previstas ações de saúde, cidadania e acerca do papel que cada indivíduo desempenha no seu contexto social. O Projeto busca desenvolver a educação para a saúde e a construção da cidadania dos sujeitos envolvidos no processo, ampliar o tema “Saúde na construção da cidadania”, desenvolver atividades multidisciplinares para o desenvolvimento das ações individuais, sociais e comunitárias e possibilitar aos acadêmicos o conhecimento da realidade social e a reflexão sobre seu papel na sociedade e no exercício da educação em saúde. O estudo é fundamentado no desenvolvimento dos 6S’s (Senso de Utilização, Senso de Ordenação, Senso de Limpeza, Senso de Saúde, Senso de Autodisciplina, e Senso de Cidadania) construído a partir da Teoria Japonesa dos 5S’s. O desenvolvimento do projeto prevê dinâmicas específicas, por meio da apresentação do projeto e material bibliográfico, capacitação dos professores sobre a temática (Sensos), elaboração de planos de ação pelos professores, e implantação dos planos com os alunos. Os resultados são esperados referentes ao comportamento e relacionamento dos indivíduos, sujeitos da pesquisa. São almejados resultados que contribuam para o desenvolvimento de um sociedade justa, com igualdade de direitos em relação a educação, saúde e cidadania. Considera-se que a implantação do Projeto Solverde possa beneficiar e proporcionar mudanças positivas as comunidades escolares, referentes à educação para a sua saúde e cidadania, na busca de qualidade de vida na construção de um mundo sem violência e dignidade humana.

Descritores: Enfermagem, Educação em Saúde, Cidadania.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO GRUPO PET-ENFERMAGEM COM OS ADOLESCENTES DO PROGRAMA DE INCENTIVO AO TALENTO(PIT)

Rodrigo M. Silva, Camila N. Alves, Danilo B. Ribeiro, Brenda B. de Almeida, Susam Bublitz, Caroline B. Ilha, Carolina C. dos Santos, Silvana C. da Silva, Karine E. Stumm
Universidade Federal de Santa Maria
marques-sm@hotmail.com

Introdução: O Programa de Incentivo ao Talento (PIT) é uma iniciativa do curso de Pedagogia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e é realizado em escolas da rede básica de ensino do município de Santa Maria. **Objetivos:** relatar uma experiência do grupo PET- Enfermagem na participação desse projeto, que proporciona às crianças portadoras de altas habilidades intelectuais a oportunidade de ampliar, aprofundar e enriquecer o trabalho já realizado pela escola, estimulando o desenvolvimento do potencial de cada aluno, e oportunizando o convívio entre seus pares com o intuito de fortalecer as relações sociais destes. **Metodologia:** O grupo PET- Enfermagem realizou oficinas lúdico-pedagógicas que se apresentaram alinhadas à educação em saúde, em que foi utilizada a Metodologia Participativa para direcionar o trabalho. **Resultados:** Houve aceitação e receptividade em relação às dinâmicas utilizadas. Certificou-se a interação e o aproveitamento dos adolescentes nas oficinas através da realização de um trabalho final de temática livre referente aos assuntos abordados, despertando também a criatividade deles conforme a proposta. **Conclusão:** esse trabalho desafiou os petianos no que se refere a conhecimentos específicos em relação às temáticas. Foi observada, também, a relevância da metodologia participativa como estratégia de trabalho, pois percebemos estes como agentes ativos do seu processo educativo. Os petianos beneficiaram-se igualmente desta experiência, pois, na convivência com os adolescentes sentiram-se desafiados e comprometidos à promoção de uma metodologia que desse conta de abarcar as expectativas do grupo envolvido.

Descritores: Enfermagem, Saúde. Adolescente. Educação.

CONSTRUÇÃO DE MANUAIS DE ORIENTAÇÃO PARA O CUIDADO EM SAÚDE – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabel Cristina Echer, Amália de Fátima Lucena
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Isabel.echer@terra.com.br

Introdução: A educação em saúde é um componente essencial do cuidado voltado para a promoção, a manutenção e a restauração da saúde, bem como para a adaptação dos indivíduos aos efeitos residuais das doenças. Cada vez mais, os pacientes precisam receber orientações para a realização de seu autocuidado, visto que eles recebem alta hospitalar ainda necessitando de cuidados. Uma das responsabilidades do enfermeiro é orientar os pacientes e familiares sobre como os procedimentos devem ser executados. Existem

diferentes maneiras de orientar, sendo uma delas a utilização de material escrito como forma de reforçar as orientações verbais. Apesar de, no dia-a-dia dos profissionais de saúde, serem utilizados manuais como subsídio à educação dos pacientes, pouco se encontra na literatura sobre como elaborá-los⁽¹⁻³⁾. Assim, este artigo tem por objetivo relatar a experiência na construção de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **A Experiência na Construção de Manuais:** Durante minha trajetória profissional, já participei como autora, colaboradora e orientadora de 17 manuais de orientação para o cuidado em saúde sobre diferentes enfoques (cirurgia coronariana, terapia intensiva, cirurgia das válvulas cardíacas, cateterismo vesical intermitente, insuficiência cardíaca, anticoagulante oral, cateterismo cardíaco, iodoterapia, marcapasso definitivo, transplante de medula óssea autólogo, transplante renal, tromboembolia pulmonar, transplante cardíaco, transplante autólogo de células-tronco hematopoéticas, angioplastia coronariana, HIV/AIDS e seqüelas neurológicas)². Esses manuais são livretos que contêm informações explicativas e ilustrativas sobre doença, tratamento, cirurgias, procedimentos e cuidados, servindo de apoio para a equipe interdisciplinar na orientação de pacientes e seus familiares. Trata-se de um elemento facilitador, uma vez que informações escritas com orientações específicas podem dar suporte para que eles participem de maneira mais efetiva e com segurança do tratamento, quer em nível hospitalar, ambulatorial ou no domicílio. Para a construção dos manuais, inicialmente, é necessário elaborar um projeto de desenvolvimento, o qual segue o modelo de um projeto de pesquisa em todas as suas etapas (introdução, objetivo, método, cronograma, orçamento, referências, termo de consentimento livre e esclarecido e instrumentos). Esse projeto deve ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição envolvida, o que, certamente, contribui para a melhoria da qualidade e possibilita obter recursos financeiros necessários à sua realização. No início, os profissionais e alunos achavam que elaborar manuais era algo simples e não compreendiam a importância de seguir uma determinada metodologia. O fazer junto trouxe a oportunidade de discutir cada etapa da elaboração em profundidade e reconhecer a importância do processo. A seguir o manual-piloto é construído com embasamento na literatura especializada, em bases de dados e na experiência dos profissionais envolvidos. Nessa etapa, é preciso definir e selecionar os conceitos e os cuidados a serem contemplados, destacando o que realmente é importante, indispensável, pois um manual não pode ser muito longo; se for, não será lido. Expor com clareza as razões de determinados cuidados a serem realizados é um ponto a ser explorado e destacado nos manuais, pois auxilia o paciente a se envolver em ações, para o desempenho adequado do autocuidado. Acredita-se que a educação acontece quando se oportuniza um aprendizado que vai ao encontro dos interesses do indivíduo. Esse indicativo reforça a importância da elaboração de materiais instrucionais escritos que sirvam de base para elucidar dúvidas e contemplar inquietudes específicas do paciente e sua família, porque em geral, eles tendem a esquecer as informações orais devido ao estresse do momento. Transformar o saber científico dos profissionais em informações de fácil compreensão para pacientes e familiares é necessário. Temos nos preocupado com a utilização de uma linguagem acessível e com a inclusão de ilustrações, com vistas a facilitar o seu entendimento, pois acreditamos que a imagem ajuda a fixação do conteúdo pelo leitor. Outro passo é a qualificação que consiste em entregar o manual-piloto à

² Manuais disponíveis em formato PDF no Catálogo on-line do Sistema de Bibliotecas (SABi) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

amostra de participantes, determinada no projeto, responsável por esta tarefa. Para serem incluídos no estudo, os participantes devem manifestar sua concordância e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A qualificação é realizada por meio da leitura do manual e do preenchimento de um instrumento destinado a avaliar o conteúdo das informações, a qualidade da linguagem, a quantidade de informações, a forma e a disposição das informações, o tamanho e o estilo da letra, a localização das informações no texto, as ilustrações, entre outros itens. É solicitada ao avaliador uma leitura minuciosa do conteúdo, bem como sugestões de correções e inclusão ou exclusão de itens. Após esse trabalho, os participantes são entrevistados com vistas a uma avaliação crítica do manual-piloto. Na nossa experiência, tem sido importante a contribuição de diferentes profissionais na área sobre a qual versa o manual (médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, relações públicas, auxiliares e técnicos de enfermagem, equipe administrativa e de higienização, controle de infecção, entre outros), assim como de pacientes que já se submeteram ao tipo de procedimento, cuidado e/ou cirurgia e seus familiares, visando contemplar as necessidades percebidas por quem viveu a experiência. Nessa etapa, recebemos sugestões para inserção de informações em que os autores não haviam pensado e que a bibliografia não havia descrito. Visto que o processo de qualificação envolve a participação de pessoas com diferentes interesses e qualificações, sugere-se que ele seja realizado em etapas: primeiro, entrega-se o manual para os profissionais especialistas da área da saúde; depois, implementa-se no texto as alterações sugeridas; e, em seguida, ele é passado, já modificado, para os demais participantes do estudo. Após essa fase, precisa haver uma preocupação com o *layout*, isto é, com o tamanho da fonte, a distribuição do texto e gravuras, uma revisão lingüística e, por fim, os encaminhamentos junto à gráfica. Cumpridas essas etapas, tem-se o manual pronto para a utilização dos profissionais, pacientes e familiares. É ainda importante não perder de vista que o conhecimento científico se renova constantemente, e, assim, há a necessidade de atualização permanente dos manuais, para que eles cumpram sua finalidade. A par disso, com vistas à atualização, a última folha de cada manual é destinada à avaliação pelo usuário. Participar da construção de manuais sobre diferentes assuntos tem proporcionado uma experiência significativa. Muitas vezes, a literatura é pouco clara, e discuti-la com profissionais especialistas na área é, sem dúvida, uma experiência ímpar, que tem permitido exercitar o diálogo e aprender o porquê da necessidade de muitos cuidados. É também um momento de acompanhar a perplexidade dos profissionais diante das perguntas dos pacientes e familiares e de refletir sobre o que dizemos, o que escrevemos e o que de fato é entendido. A participação de alunos e da equipe de enfermagem, em especial, tem sido fundamental na elaboração dos manuais. Ao término da realização de cada manual, é gratificante perceber o orgulho dos envolvidos em sua criação ao distribuírem aos pacientes e familiares um material que ajudaram a construir. Para os alunos, é um momento de vivenciar a pesquisa em todas as suas etapas e uma oportunidade de modificar, na prática, uma necessidade percebida por eles – o não saber o quê e como orientar. A concretização de alguns manuais contribuiu sobremaneira para que condutas e técnicas em relação ao cuidado pudessem ser amplamente discutidas entre as equipes. Em algumas situações, inclusive, os enfermeiros e os alunos passaram a entender mais claramente as mudanças de algumas rotinas realizadas pela equipe de saúde. Desenvolver pesquisa a partir de necessidades advindas da prática assistencial traz, sem dúvida, contribuições importantes para o seu aperfeiçoamento. Os manuais construídos são prova disso, pois foram elaborados para atender às solicitações

de pessoas de um determinado serviço, tendo auxiliado em mudanças para melhoria da qualidade da informação aos pacientes, seus familiares e equipe de saúde. **Considerações Finais:** Construir e colaborar na construção de manuais tem sido uma experiência gratificante devido à convivência singular com os profissionais de saúde, ao acompanhar suas descobertas com relação à sua forma de escrever e orientar e, também, por vivenciar em muitas situações a dificuldade de simplificar o conhecimento para transmiti-lo aos pacientes e seus familiares. É interessante observar a simplicidade das dúvidas dos pacientes e seus familiares, o prazer com que recebem o material instrutivo e sua dificuldade de entender a linguagem normalmente usada pelos profissionais da saúde. O material educativo e instrutivo impresso facilita e uniformiza as orientações da equipe de profissionais a serem dadas ao paciente e seus familiares e contribuir significativamente para o tratamento e cuidado adequados.

Descritores: Educação em saúde. Manuais. Enfermagem.

Referências:

1. Fonseca LMM, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2004;12(1):65-75.
2. Echer IC. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005;13(5):729-36.
3. Duran ECM, Cocco MIM. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2003;11(1):104-7.

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PESQUISA QUANTITATIVA ATRAVÉS DE UM ESTUDO DE COORTE

Luzia Teresinha Vianna dos Santos, Marli Elisabete Machado, Neusa Picetti, Paulo Rolim Neto, Rozemy
Magda Gonçalves, Sônia Beatriz Coccaro de Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

pneto@hcpa.ufrgs.br

Introdução: Parece ser consenso entre os enfermeiros que o desenvolvimento da enfermagem envolve a integração entre assistência e pesquisa. Entretanto, o tempo integral dispensado para o cuidado com pacientes, bem como o tempo necessário para elaboração e desenvolvimento de projetos de pesquisa dificultam ao enfermeiro vivenciar a pesquisa. **Objetivo:** Oportunizar aos enfermeiros a participação em todas as fases de um projeto de pesquisa quantitativa de forma sincronizada com as práticas de enfermagem. **Metodologia:** Estudo de coorte em desenvolvimento desde 2005. Desenhado para avaliar efeitos do trabalho em turnos na saúde dos trabalhadores da enfermagem. Os participantes desta linha de pesquisa incluem graduandos de enfermagem e de filosofia, médicos, assistentes sociais, fisioterapeuta, fonoaudióloga, biólogo, enfermeiros do HCPA e de outras instituições de saúde, docentes da EEUFRGS e de outras instituições de ensino. **Resultados e Conclusões:** A participação dos enfermeiros no grupo de pesquisa possibilita a interrelação com profissionais de outras áreas melhorando auto-estima e crescimento pessoal e profissional. Conhecer e desenvolver a pesquisa quantitativa aguçando o pensamento crítico do enfermeiro para possíveis questões de pesquisa a partir da sua prática profissional. Integra passos do método científico

utilizado em pesquisa com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), cria a necessidade de atualização, consumo de literatura nacional e internacional, além de trabalhar com bases de dados desenvolvendo, dessa forma a prática de enfermagem baseada em evidências. Enfermeiros participam de forma assídua, comprometida e criativamente. Descrevem a experiência como agradável e satisfatória.

Descritores: Enfermagem; Ensino; Pesquisa.

ESTÁGIO CURRICULAR NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Zilmara Vieira Martins

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

zilmarav@zipmail.com.br

O estágio curricular compõe um conjunto de atividades práticas desenvolvidas pelo estudante, visando o aprimoramento de conhecimentos adquiridos na Universidade. Esta necessidade de experiência foi estudada por Jorge (1977), que afirma que a insegurança pode ser observada no momento do aluno unir teoria e prática. A realização do estágio é imprescindível à complementação da graduação e como espaço de transição da trajetória acadêmica para a vida profissional. “A importância do estágio não se resume à integração do aluno ao mercado de trabalho ou ao aprimoramento de suas habilidades no âmbito profissional. Trata-se também de um aspecto relevante na formação da pessoa” (Bousoo et. al. 2000, p. 218). O Estágio Curricular II apresenta caráter obrigatório para os alunos do último semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Unisinos. A disciplina aborda a assistência de enfermagem aos pacientes hospitalizados ou em atendimentos de emergências e ambulatorios. Este relato descreve a experiência acadêmica durante o estágio curricular em uma unidade de internação do Hospital Nossa Senhora da Conceição. O delineamento do estudo foi descritivo. A experiência priorizou o desenvolvimento individual de cada aluno em situações reais de trabalho. Diversas atribuições do enfermeiro foram assumidas pelos acadêmicos, apoiadas na supervisão à distância do professor. Para Casate e Corrêa (2006), é fundamental que o aluno seja acolhido em suas limitações e conflitos, sendo acompanhado no sentido de promover sua maturidade pessoal e profissional. As atividades desempenhadas envolvem: cuidado direto ao paciente; realização de procedimentos específicos do enfermeiro; coordenação de atividades gerenciais e assistenciais. Toda a experiência advinda deste estágio foi repleta de oportunidades que contribuíram para que ocorresse crescimento profissional. Deixamos de ser executores de tarefas e assumimos a auto-determinação da função de enfermeiro. Por fim, essas vivências promovem a maturidade pessoal e profissional, na formação técnica e de cidadão.

Descritores: Educação em enfermagem; organização e administração.



*Sistematização da
Assistência
de Enfermagem - SAE*

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRAÇÃO ESQUELÉTICA

Carem Gorniak Lovatto, Sabrina Curia Johansson Timponi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

sjohansson@hcpa.ufrgs.br

Este trabalho tem o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem e intervenções para clientes com tração esquelética em membros inferiores. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência na unidade de internação cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC) que atende paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) no HC é realidade na rotina de cuidados de enfermagem. A tração esquelética é empregada no tratamento de fraturas e correção de deformidades por meio de uma força aplicada diretamente sobre a estrutura óssea, por pinos ou fios que atravessam o fragmento ósseo distal da fratura. Principais objetivos da tração: alinhar mobilizando os fragmentos ósseos, prevenir deslizamento ou angulação dos fragmentos, aliviar dor, manter membro em repouso, reduzir espasmos musculares, ajudando a corrigir e prevenir deformidades. Diagnósticos de enfermagem: Mobilidade Física prejudicada relacionada ao equipamento externo, Risco para infecção relacionado ao procedimento invasivo, Risco para disfunção neurovascular periférica relacionado ao comprometimento sanguíneo e Déficit no auto cuidado: banho e/ou higiene relacionado a terapias restritivas. Intervenções de enfermagem: manter corpo alinhado, usar fêrula em largura e comprimento adequados ao tamanho do paciente, movimentar paciente, realizando tração manual, observar perfusão periférica e pulso, observar sinais flogísticos na inserção dos pinos, estimular exercícios ativos e passivos dos membros inferiores, na mobilização no leito estimula-se utilização do trapézio, auxiliar na higiene corporal, manter decúbito horizontal aliviando pontos de pressão, manter o estribo em posição adequada de forma a não pressionar/lesionar a pele, manter pesos da tração pendentes. A SAE auxilia na implementação dos cuidados de forma individualizada, auxiliando o processo de recuperação, prevenindo complicações no paciente.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, Enfermagem ortopédica, Cuidados de enfermagem.

REAÇÃO ADVERSA APÓS INJEÇÃO DE CONTRASTE IODADO

Beatriz Cavalcante Juchem, Sabrina Curia Johansson Timponi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

sjohansson@hcpa.ufrgs.br

Este trabalho relata a experiência de atendimento a paciente submetido à tomografia computadorizada (TC), que desenvolveu reação adversa grave ao meio de contraste iodado (MCI). O paciente em estudo, proveniente do ambulatório, apresentou-se para realizar TC de abdômen sem nenhum fator de risco para administração de contraste iodado, relatando inclusive vários exames contrastados prévios sem intercorrências. Após assinatura do termo de consentimento informado para administração de contraste, foi

preparado para o exame com punção de veia periférica calibrosa e ingesta de contraste iodado diluído via oral. Realizou-se o exame com injeção de MCI não iônico intravenoso, por bomba injetora com fluxo de 5ml/s sem alterações. Ao término do procedimento, o cliente relatou sensação de formigamento e dificuldade respiratória, observando-se rash cutâneo e cianose de extremidades. Imediatamente, foi iniciado oxigenioterapia, hidratação intravenosa, controle de sinais vitais e acompanhamento da evolução. Após 20 minutos, não havendo melhora dos sintomas, foi encaminhado ao Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), onde permaneceu até sua recuperação plena. Neste caso, propõe-se o diagnóstico de enfermagem (DE) “Reação adversa ao contraste iodado relacionado às propriedades físico-químicas do meio radiopaco”. Este DE foi submetido à North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I) com o intuito de desenvolver a taxonomia da NANDA-I com diagnósticos que atendam às características da especialidade de imagenologia, relacionando-os a intervenções de enfermagem específicas para esta área. Com isto, acreditamos que estaremos proporcionando um cuidado qualificado e individualizado, em consonância com a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a política de humanização praticadas no HCPA.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Meios de Contraste: Efeitos Adversos, Diagnóstico por Imagem: Enfermagem.

CONSULTA DE ENFERMAGEM EM AMBULATÓRIO: DIAGNÓSTICOS MAIS FREQUENTES

Elenara Franzen, Suzana F. Scain, Suzana A. Záchia, Maria Luiza Schmidt, Eliane G. Rabin, Ninon Girardon da Rosa, Dóris Menegon, Luciana Batista dos Santos e Elizeth Heldt
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
efranzen@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A consulta de enfermagem tem evidenciado uma prática que visa definir prioridades de cuidado, promovendo a saúde dos indivíduos. **Objetivo:** Verificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a *North American Nursing Diagnoses Association (NANDA)*, de clientes que consultaram no ambulatório de um hospital geral. **Método:** Trata-se de um estudo transversal onde 237 consultas de enfermagem vinculadas aos programas de saúde da mulher (46 gestantes e 24 mulheres com câncer de mama; n=70) e de educação em Diabetes Mellito (DM) (n=167) foram avaliadas. Os dados sociodemográficos, os clínicos e os diagnósticos foram coletados após a consulta de enfermagem. **Resultados:** Dos 53 diagnósticos de enfermagem identificados, os mais frequentes nos adultos com DM foram o “Controle ineficaz do regime terapêutico” em 40,7% (n=68) e a “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” em 13,8% (n=23). Nas gestantes, a maior frequência foi o “Déficit do Conhecimento” em 46% (n=21) e a “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” em 22% (n=10). Nas mulheres com câncer de mama, os diagnósticos mais presentes foram a “Integridade tissular prejudicada” em 46%(n=11) e o “Déficit do Conhecimento” em 37%(n=9). Os resultados apontam que, os mesmos diagnósticos de enfermagem surgiram no cuidado de pacientes com diferentes problemas de

saúde, exceto para os diagnósticos de “Controle ineficaz do regime terapêutico” e da “Integridade tissular prejudicada”. **Conclusão:** Este estudo contribuiu na identificação dos diagnósticos mais frequentes da rotina clínica da consulta de enfermagem em ambulatório de hospital geral.

Descritores: consulta de enfermagem; diagnóstico de enfermagem; processo de enfermagem.

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM PACIENTES SUBMETIDOS A SESSÕES DE HEMODIÁLISE

Jessica Dallé, Amália de Fátima Lucena, Ilesca Holsbach

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

jessicadalle@gmail.com

Introdução: O Processo de Enfermagem é uma metodologia para o planejamento e a execução do cuidado de enfermagem. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) este método é utilizado há mais de trinta anos. Todavia, na unidade de hemodiálise ainda não se realizam as etapas de diagnóstico de enfermagem (DE) e prescrição de enfermagem (PE). Assim, pensou-se investigar este cenário, identificando-se os possíveis DE nesta unidade, considerando-se a descrição, em evolução de enfermagem, dos sinais e sintomas dos pacientes durante a sessão de hemodiálise. A relevância disto está em contribuir com o conhecimento da enfermagem, com dados gerados pela prática clínica. **Objetivo:** descrever os possíveis DE de pacientes portadores de insuficiência renal crônica (IRC) durante a sessão de hemodiálise. **Método:** estudo exploratório descritivo que tem como população os pacientes adultos com diagnóstico médico de IRC, internados em unidades clínicas e cirúrgicas do HCPA e que realizaram sessões de hemodiálise. A amostra será de 96 pacientes selecionados aleatoriamente, no período de janeiro a dezembro de 2008. A coleta de dados será retrospectiva, em prontuário eletrônico e manual. O instrumento de coleta de dados abrangerá: nome do paciente, número de prontuário, sexo, idade, data da internação e alta, patologia principal, comorbidades, tempo em tratamento hemodialítico, número de sessões semanais, sinais e sintomas apresentados na sessão de hemodiálise e descritos em evolução de enfermagem. A análise constará de duas etapas. Primeiro serão formulados os possíveis DE para cada paciente, com base nos sinais e sintomas coletados nas evoluções de enfermagem. Estes serão submetidos à aprovação das enfermeiras da unidade de hemodiálise, consideradas *experts* na área. Posteriormente será realizada análise estatística dos dados. **Resultados e Conclusões:** trata-se de estudo em fase inicial, ainda sem resultados preliminares.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Diálise Renal, Insuficiência Renal Crônica.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À CIRURGIA DE ARTRODESE DE COLUNA

Carem Gorniak Lovatto, Sabrina Curia Johansson Timponi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

sjohansson@hcpa.ufrgs.br

Este trabalho tem como objetivo identificar os diagnósticos de enfermagem e intervenções aos pacientes submetidos à cirurgia de artrodese de coluna. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência na unidade de internação cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC) que atende paciente do Sistema Único de Saúde (SUS). Com o aumento das internações para este tipo de intervenção cirúrgica, houve a necessidade de pesquisar os diagnósticos e intervenções uma vez que são bem específicos. A artrodese de coluna é um procedimento de enxerto ósseo nos espaços vertebrais para estabilizar a coluna vertebral é indicada quando os tratamentos conservadores como repouso prolongado no leito, tração ou uso de coletes são ineficazes. Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: Risco para infecção relacionado ao procedimento invasivo, Déficit no auto-cuidado banho e/ou higiene relacionado a terapias restritivas, Mobilidade física relacionada a equipamento externo, Dor aguda relacionada a evolução da doença. As intervenções de enfermagem relacionadas foram: manter restrições no leito até liberação da equipe médica, medicar para dor quando necessário, sentar ou levantar com auxílio, realizar curativo, observar funções sensoriais e motoras, evitar ficar muito tempo em pé ou sentado, iniciar suas atividades gradativamente. A importância da assistência de enfermagem baseada nos diagnósticos possibilita a equipe de enfermagem implementar os cuidados mais específicos para cada paciente de forma a atender a sua necessidade de maneira mais eficaz proporcionando a integração da teoria com a prática como preconiza o atendimento pelo SUS.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem, Cuidados de enfermagem, Enfermagem pós-cirúrgica.

VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A *NURSING OUTCOMES CLASSIFICATION – NOC* - PARA O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE DOR AGUDA NA PRÁTICA CLÍNICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Ilesca Holsbach, Amália de Fátima Lucena, Jessica Dalle, Miriam de Abreu Almeida, Déborah Hein Segansredo

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ilesca.holsbach@gmail.com

Introdução: Este estudo é um recorte de um projeto maior intitulado “Validação de Resultados de Enfermagem segundo a *Nursing Outcomes Classification – NOC* na Prática Clínica de um Hospital Universitário”, já aprovado em Comitê de Ética. Nele tem-se por base o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Dor Aguda, segundo a *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*, identificado como um dos

mais frequentes em unidades de internação hospitalar clínica e cirúrgica. A intenção é a de conhecer os resultados propostos pela *NOC* para este diagnóstico na prática clínica. Conforme esta classificação, os resultados propõem-se a mensurar os efeitos dos cuidados de enfermagem realizados, por meio da avaliação do estado do paciente e das mudanças observadas em decorrência das intervenções de enfermagem. Avaliar os resultados, segundo a *NOC*, pode ajudar a determinar o melhor modo de cuidar do paciente e a identificar as melhores práticas a serem seguidas. **Objetivo:** Validar os Resultados de Enfermagem, segundo a *NOC*, selecionados a partir da ligação *NOC-NANDA*, para o Diagnóstico de Enfermagem de Dor Aguda em pacientes hospitalizados nos Serviços de Enfermagem Cirúrgica (SEC) e Médica (SEM) de um hospital universitário. **Método:** Trata-se de um estudo de validação, com base no referencial de Fehring, o qual visa obter o consenso de enfermeiros peritos a cerca de determinado assunto. **Resultados e Conclusão:** Esse projeto encontra-se na fase de desenvolvimento, e, com base nessas etapas descritas, serão considerados validados os resultados de enfermagem que atingirem concordância de 70% entre os peritos.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem, Estudos de Validação, Enfermagem.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AO AUTOCUIDADO COM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS

Crhis Netto de Brum, Gilciane Vieira Peixoto, [Samuel Spiegelberg Zuge](#)

Faculdade Integrada de Santa Maria

samuelzug@gmail.com

Este trabalho consistiu em uma atividade de prática assistencial de conclusão de curso voltada para portadores de Diabetes Mellitus. Com o advento do novo paradigma de saúde voltado para a promoção a partir de 1986 com a carta de Otawa, desvinculando-se do modelo centralizado na doença, curativista, hospitalocêntrico e médico buscou-se a construção de meios para o desenvolvimento do autocuidado, a indivíduos portadores de Diabetes Mellitus, pautados nas ações da Atenção Primária praticadas no Sistema Único de Saúde. Para isso, tem a enfermagem como essência o cuidado humano e uma das formas de cuidar é quando o enfermeiro desempenha seu papel de educador e desenvolve ações educativas. Diante disso, a Resolução do CNE/CES 3/2001, afirma que o Enfermeiro deve desenvolver ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde em nível individual e coletivo, onde cada profissional deve assegurar que sua prática seja de forma integrada e contínua com as demais instâncias do SUS, ser crítico, analisar os problemas da sociedade e procurar soluções para os mesmos de acordo com a sua realidade. Assim o presente trabalho teve como objetivo orientar o usuário com Diabetes Mellitus sobre a importância da promoção do autocuidado na prevenção de agravos por meio da consulta de enfermagem, a fim de favorecer o melhor controle metabólico e prevenir complicações. A construção do trabalho emergiu a fim de sistematizar as ações que integram profissional / usuário na resolutividade de suas necessidades, para que o usuário adquira conhecimentos com relação à patologia e assim evitar complicações por meio de ações educativas. Pois, segundo Rio Grande do Sul (2006) o Diabetes Mellitus foi à quinta causa de mortalidade no

RS no ano de 2005, ocorrendo 1.093 (2,8%) óbitos do sexo masculino, em um total de 39.618 causas de morte e 1.478 (4,7%) óbitos do sexo feminino, em um total de 31.196 causas de morte. A consulta de enfermagem foi difundida no Brasil em 1968 e adotada no Rio Grande do Sul em 1967 na assistência ao indivíduo tuberculoso e legalizada a nível federal em 1986 com a regulamentação do exercício profissional nº. 7.498/86, no seu art.11, inciso I, alínea i, que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem e privativamente consulta de enfermagem. Conforme VANZIN; NERY, (1996) a consulta de enfermagem é uma atividade onde há integração de ações (unida completa) que guardam relações de interdependência (seqüência lógica), sugerindo uma ação sistematizada (processo) dirigida para a produção de resultados esperados conforme padrões pré-estabelecidos (quantitativa e qualitativa) e requerendo determinados recursos para a sua produção (organização). O enfermeiro possui o papel educativo como um dos componentes das ações básicas de saúde junto a equipe multiprofissional e para que ocorra a intervenção no processo saúde-doença numa perspectiva de promoção da saúde, deverá desenvolver ações educativas com habilidade e competência para evitar riscos, restaurar à saúde e prevenir doenças. Para FIGUEIREDO (2004) Seus desafios são trazer o sujeito da Unidade em Saúde, Pública/ coletiva para a reaproximação da natureza e das coisas naturais, afetadas pelos males da modernidade; orientar as pessoas para a tomada de decisões em suas vidas no sentido da promoção à saúde; e conseguir, por meio da educação em saúde, que as pessoas possam ter uma melhor qualidade de vida. O Diabetes Mellitus exige cuidados para que ocorra um melhor controle metabólico, indispensável para prevenir complicações agudas e crônicas, e por ser uma doença para toda vida, necessita de cuidados individualizados e autônomos por meio do conhecimento. De acordo com Foster e Janssens apud George (2000) "O autocuidado é a prática de atividades desenvolvidas pelo indivíduo, em seu próprio benefício para promoção e prevenção da saúde e de seu bem-estar, de maneira específica para a integralidade humana". O autocuidado requer disponibilidade e dedicação, condicionado pela idade do indivíduo, aspectos físico/psicológico, experiência de vida, saúde, recursos disponíveis e orientação sócio-cultural, para que possam cuidar de si mesmos voluntariamente. Os indivíduos incapacitados de cuidarem de si mesmos, devem ter cuidados prestados por outros indivíduos que apresentem tais condições. No decorrer das atividades práticas foram realizadas vinte e uma consultas de enfermagem e cinco retornos para acompanhamento em uma unidade básica do município de Santa Maria - RS. A Unidade Básica de Saúde atende uma população estimada de 10.000 habitantes. Durante as atividades desenvolvidas houve o acréscimo de 52 (cinquenta e dois) portadores de Diabetes Mellitus cadastrados no Hiperdia (Cadastro de Hipertensos e Diabéticos). Dos 137 portadores de Diabetes Mellitus cadastrados anteriormente, ao término das atividades este número passou para 189 cadastrados. Como forma de sensibilização aos usuários, com o consentimento verbal e informal da coordenadora e da Enfermeira da Unidade, foi formalizado a confecção de cartazes e distribuídos nas dependências da Unidade de Saúde contendo a Lei do Exercício Profissional que respalda a consulta de enfermagem, bem como o objetivo da mesma, o turno de agendamento e os dias da semana para realização (manhã, de segunda a sexta feira). As consultas foram individuais com a obtenção de coleta de informações por meio de um roteiro e a entrega de material informativo contendo orientações sobre Diabetes Mellitus, a importância da alimentação adequada e da atividade física, bem como cuidados com os membros inferiores (pés). Para tanto, foi realizado exame dos

membros inferiores (pés), verificação da pressão arterial, peso, altura, circunferência abdominal, hemoglicoteste e cálculo renal do índice de massa corpórea. Esses dados foram registrados no roteiro para coleta de informações e anexado ao prontuário do usuário, para a interação multiprofissional na promoção da saúde. A identificação do diagnóstico de enfermagem se desenvolveu de acordo com o relato dos usuários durante as consultas, os quais afirmam que não conseguem manter os níveis normais de glicose no organismo devido ao estresse familiar. Diante da situação vivenciada os usuários foram encaminhados para o Centro de Referência da Assistência Social – CRAS-Leste, o qual disponibiliza atendimento psicológico e do Serviço Social das famílias, crianças, adolescentes e idosos. Pelo impacto social e econômico que tem sofrido, tanto em termos de produtividade quanto de custos, o diabetes mellitus vem sendo reconhecido, em vários países, como problema de saúde pública com reflexos sociais importantes. Suas manifestações crônicas são ainda, na nossa realidade, causas comuns de hospitalização e absenteísmo no trabalho. Sobressaem, dentre elas, as doenças oculares, renais e vasculares que tem sido apontadas como causas frequentes de invalidez e incapacitação para o trabalho. É necessário que ocorra além da atenção ao paciente, um atendimento de qualidade, a promoção de estilos de vida saudáveis e a prevenção de doenças. Com estes cuidados supostamente, a morbidade e a mortalidade de todos os portadores de diabetes poderão ser reduzidas e a qualidade de sua vida melhorada. A consulta de Enfermagem foi um recurso para a identificação dos problemas de saúde do usuário da Unidade Básica de Saúde, bem como a elaboração do plano de cuidados para a resolubilidade dos problemas identificados, conforme a necessidade e realidade de cada usuário. Houve a troca de conhecimentos e vínculo entre profissional/usuário voltados para a promoção da saúde, por meio do autocuidado, para que fosse evitadas complicações com relação à patologia e com isso, mudança saudável no estilo de vida.

Descritores: Autocuidado, Diabetes Mellitus, Enfermagem.

SUBMISSÃO DE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Cíntia C. F. Oliveira, Cláudia B. Iung, Deise Vieira, Jaqueline Wilsmann

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

cintiacristiane@terra.com.br

A assistência à criança hospitalizada requer cuidados não apenas relacionados ao tratamento, como também engloba os de necessidades básicas. Atualmente, dispomos de um Diagnóstico de Enfermagem (DE), conforme a classificação da NANDA, denominado *Déficit no auto-cuidado*. Por déficit entendemos a perda, parcial ou total, de uma capacidade já adquirida. Entretanto, não podemos rotular como déficit uma capacidade que a criança ainda não desenvolveu, considerando-se as etapas do seu desenvolvimento. Verificou-se, então, a importância de um DE que contemplasse essas necessidades, partindo do pressuposto de que a criança até uma determinada etapa da sua vida, depende inteiramente de outra pessoa para o seu auto-cuidado. Assim, um grupo de enfermeiras da Pediatria, que participa do Petit Comitê do Diagnóstico de Enfermagem do 10º Norte do HCPA, teve a iniciativa de entrar em contato com o Comitê de

Desenvolvimento de Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, sugerindo um novo DE: *Dependência de cuidados por etapa do desenvolvimento*. Após reunião desse grupo, recebemos aprovação para seguir na elaboração do mesmo, com a sugestão do título de *Demanda de cuidados infantis*, pertencendo ao domínio funcional, na classe de crescimento e desenvolvimento. Agora, com base na literatura, estamos desenvolvendo a fundamentação teórica para a definição, as características definidoras e os fatores relacionados, passos esses exigidos para submissão de novo DE.

Descritores: diagnóstico de enfermagem, cuidados de enfermagem, necessidades e demandas de serviços de saúde.

ESTUDO DE CASO DE PACIENTE COM MELANOMA INTERNADA NO NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Priscila Ledur, Cristina Bosquerolli, Rosmari Wittmann Vieira
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
pri_ledur@hotmail.com

Introdução: O Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) presta atendimento diferenciado a pacientes oncológicos, fora de possibilidades terapêuticas (FPT) de cura. **Objetivo:** Promover reflexão e divulgar estudo de caso desenvolvido durante atividade complementar no 9º Sul/NCP. **Métodos:** Realizou-se estudo de caso de um paciente, conforme SAE com foco nos diagnósticos de enfermagem. **Resultados:** L., 43anos, feminino, admitida em 28/01/09 para manejo de dor devido ao melanoma. Quando constatadas metástases hepáticas em 12/07, foi definida como FPT de cura. Histórico de ooforectomia esquerda, histerectomia, e esvaziamento inguinal esquerdo prévios. Em 11/2: (S) Dor ao mover-se, durante curativo e banho de leito. Medo de morrer. Sono melhorado após medicação. (O) LOC, abatida, pálida e sudorética. Restrita ao leito para evitar sangramento. BAVO. Extremidades edemaciadas e pouco perfundidas. Lesão tumoral em coxa esquerda com bastante fibrina e sangramento em jato durante o curativo. Compressão com peso. Eliminações SP. Acompanhada pelo marido. (I) Integridade tissular prejudicada relacionada à lesão tumoral – mantido; Déficit no autocuidado banho/higiene relacionado à dor – mantido; Distúrbio no padrão do sono relacionado ao medo – melhorado; Medo relacionado ao tratamento – mantido; Mobilidade física prejudicada relacionada à terapia restritiva – piorada (C) Questionada sobre crenças religiosas. Líder religioso será contatado para visitá-la. Estimulada a verbalizar seus medos. **Conclusões:** Apesar dos cuidados para alívio dos sintomas físicos do paciente FPT de cura, percebemos a ausência de Diagnósticos de Enfermagem e cuidados que busquem o alívio das angústias espirituais. Há dificuldade de “como fazer” e de “como registrar” essas ações. Nessa experiência vivenciada, a tranquilidade da paciente veio através da visita do líder religioso, que ocorreu por sensibilidade e iniciativa da enfermeira em questionar tal aspecto. Essa ação simples, raramente é realizada na rotina.

Descritores: cuidados paliativos, espiritualidade, diagnóstico de enfermagem.

INTEGRIDADE DA PELE PREJUDICADA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO: EVENTO ADVERSO A SER MONITORADO

Kelly Magnus Portal, Mirela de Oliveira Tatsch

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

kellyportal@hotmail.com

Introdução: A assistência de enfermagem é um processo que pode ser avaliado através de diversos indicadores os quais sinalizam a qualidade do trabalho desenvolvido. Dentre estes indicadores podemos salientar a ocorrência de Eventos Adversos (EA). Embora os profissionais de saúde desenvolvam suas atividades visando garantir a melhor assistência, isto não impede que falhas ocorram. Segundo Gallotti (2004), EA pode ser definido como uma complicação indesejada decorrente da assistência prestada aos pacientes, não sendo atribuída então à evolução natural da doença de base. Muitas vezes, uma lesão resulta em incapacidade prolongada ou temporária acarretando, ou não, em um tempo de permanência hospitalar aumentado, gerando custos e principalmente prejuízo na saúde do paciente e, de modo mais grave, a morte do mesmo. Diante desta situação existe a real necessidade de registros que mencionem os eventos adversos ocorridos durante a assistência prestada ao paciente, a fim de identificar situações de risco e desenvolver métodos e ou intervenções para a prevenção dos mesmos. No entanto, culturalmente, as falhas registradas são seguidas de recriminação e culpa, acreditando-se que isto possa gerar redução ou impedimento da ocorrência de um novo EA. Dessa forma, os profissionais com medo de represálias, omitem e ocultam as falhas ocorridas, não contribuindo para melhorias no processo de cuidar. O ambiente cirúrgico representa uma das áreas de alta complexidade dentro de um hospital. Segundo Alexander (1991), são vários os riscos neste local: risco para infecção, risco para comprometimento da integridade da pele, risco para temperatura corporal alterada, risco para déficit no volume de líquidos, risco relacionado ao posicionamento transoperatório e riscos ambientais. Dentre eles, destaca-se o risco para comprometimento da integridade da pele, apresentando-se em forma de lesões do tipo queimadura, hiperemia e flictenas, que são identificáveis logo após o ato cirúrgico, ainda na sala de cirurgia ou na Sala de Recuperação Pós-anestésica (URPA). Essas lesões geram desconforto ao paciente, mais custos ao hospital, podendo gerar até ações judiciais. Alguns fatores individuais do paciente propiciam o desenvolvimento de lesões na pele, como o estado nutricional – desnutrição ou obesidade e vasculopatias. A avaliação da pele do paciente pelo enfermeiro no pré-operatório imediato é de extrema importância, tendo em vista que o mesmo pode apresentar lesões prévias à cirurgia, devendo essa informação ser registrada no formulário de admissão do paciente. No momento da anestesia, os relaxantes musculares deprimem os receptores da dor e pressão e há perda do tônus muscular, os mecanismos de defesas normais não podem proteger contra o dano de um estiramento muscular de um mau posicionamento na mesa de cirurgia e da pressão sobre proeminências ósseas não protegidas. Duas a três horas de pressão constante nos tecidos podem resultar em úlceras cutâneas de pressão e alopecia local (ALEXANDER, 1991). Segundo Ursi e Galvão (2006), úlceras de pressão podem ser descritas como qualquer lesão causada por pressão não aliviada que resulta em danos aos tecidos adjacentes (subcutâneo, músculos, articulações e ossos) e ocorrem geralmente nas regiões de proeminências ósseas. A incidência do

desenvolvimento dessas lesões, durante o período perioperatório, foi determinada como sendo entre 12 e 25% por autores que avaliaram esse evento. Além das potenciais lesões causadas por pressão não aliviada, também podem ocorrer lesões por queimaduras, devido o uso do eletrocautério. Sabe-se que devido ao avanço da tecnologia, esses riscos estão diminuídos, mas os cuidados de enfermagem em relação ao local de colocação da placa dispersiva do eletrocautério são fundamentais: área limpa, sem pêlos e seca, o mais próximo do local da cirurgia e do mesmo lado da ferida operatória, se possível, e em local com quantidade de massa muscular adequada. Evitar proeminências ósseas, locais onde há prótese de metal, pontos de pressão e tecido escarificado (ALEXANDER, 1991). Outra situação de risco que pode causar queimadura é devido ao uso inadequado de soluções antissépticas. Seu represamento/acúmulo pode provocar queimaduras químicas. Ações de enfermagem podem minimizar esses riscos, como a proteção das proeminências ósseas, avaliação do local onde será colocada a placa de eletrocautério e proteção lateral da mesa cirúrgica com algum tecido que possa absorver o excesso de solução antisséptica evitando o represamento. Diversos são os dispositivos encontrados no mercado para alívio de pressão no período transoperatório, como por exemplo coxins de gel, de polímero de visco elástico, colchão a ar com sistema micropulsante. São tecnologias de alto custo para o hospital, mas de grande benefício para os pacientes. Algumas medidas não tão dispendiosas podem ser utilizadas, como as chamadas botas salva-pés, de almofada piramidal (tipo de espuma com formato caixa de ovo), que ao mesmo tempo em que protege a proeminência óssea também mantêm a posição anatômica dos pés, evitando queda lateral. As enfermeiras da Unidade Bloco Cirúrgico (UBC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em parceria com a Lavanderia e Costura, confeccionaram coxins de sobras de colchão piramidal das unidades de internação, os quais estão sendo utilizados em fossa poplíteia, região sacra, cotovelos, região axilar e na proteção de perneiras na posição de litotomia. Após a cirurgia, a pele do paciente é inspecionada pelos técnicos de enfermagem e avaliada pelo enfermeiro, alterações ou lesões são registradas em evolução no prontuário do paciente e comunicada à enfermeira da URPA que aplicará um registro específico desenvolvido para o acompanhamento da evolução dessas lesões. No momento da admissão do paciente na URPA, inicia-se a avaliação por sistemas, dando prioridade para as vias aéreas, condições cardiovasculares, nível de consciência e dor, a qual é avaliada através de uma Escala Categórica Verbal. Intercorrências e complicações transoperatórias, recomendações para o pós-operatório imediato são repassadas neste momento, incluindo a presença ou não de lesões prévias ou decorrentes no período transoperatório. Após a estabilização do paciente avalia-se a pele. Se for observada a presença de lesões, registra-se no prontuário do paciente e após aplica-se um formulário específico de EA da URPA, onde a enfermeira irá registrar os dados de identificação do paciente, unidade onde foi identificada a lesão, tipo de evento ocorrido, descrição do evento e conduta realizada na URPA ou na UBC, tempo cirúrgico, equipamentos utilizados no transoperatório, equipe e especialidade cirúrgica. Realiza-se também um registro fotográfico da lesão, para posterior acompanhamento com o objetivo de avaliar a evolução da mesma. Este acompanhamento é realizado no máximo por 3 dias, e se não houver a melhora desta lesão, a equipe assistente é comunicada para que ocorra um acompanhamento específico pela equipe do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF) existente no HCPA. Todos estes registros são armazenados em um banco de dados para serem analisados e implementadas melhorias na assistência ao paciente. **Objetivos:**

Identificar e quantificar os EA relacionados à pele no período perioperatório. **Metodologia:** Estudo observacional realizado na UBC e URPA do HCPA, onde foram registrados eventos relacionados à integridade da pele em pacientes que foram submetidos a cirurgias de pequeno, médio ou grande porte, de todas as especialidades cirúrgicas, no período de janeiro de 2007 a junho de 2008. Os dados foram registrados em um formulário próprio desenvolvido pelas enfermeiras destas unidades. **Resultados:** Houve um total de 32 notificações, distribuídas entre as equipes de Urologia (03), Ginecologia (02), Ortopedia (04), Mastologia (02), Cirurgia Neurológica (04), Otorrino (03), Cirurgia Geral (06) e Cirurgia Torácica (08). Quando os dados foram analisados referente ao que ocasionou a lesão observou-se que 24 registros de lesões estavam relacionados ao posicionamento e que as demais causas estavam distribuídas entre não especificado (1), concentração de iodo (1) e equipamentos (6). Na questão de classificação da gravidade da lesão observou-se que dos 32 casos 20 foram classificados como leve e apenas 2 como grave, sendo que destes, 1 apresentou uma piora progressiva durante os 3 dias, sendo então comunicada a equipe assistente para acompanhamento. **Conclusão:** Observou-se que os números apresentados de notificações durante 18 meses (32), comparados com o número de atendimentos cirúrgicos por dia neste mesmo período (em média 40), tornou-se pouco significativo, mas importante para a identificação de ações de enfermagem que podem ser melhoradas. A notificação e o monitoramento dos EA permite identificar a incidência destes, reduzir as falhas ou condições inseguras na assistência e contribui para a construção de indicadores assistenciais. A conscientização e entendimento de que o registro dos eventos adversos ocorridos durante a internação hospitalar tem o objetivo de melhorar os processos de trabalho e não de punir os envolvidos, trará grande benefício aos pacientes e equipe de saúde, pois ações pontuais poderão ser implementadas e trabalhadas na equipe.

Descritores: Assistência perioperatório; Registros; Avaliação.

**PROJETO DE VALIDAÇÃO DE RESULTADOS SEGUNDO A *NURSING OUTCOMES*
CLASSIFICATION EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSQUIÁTRICA DE UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Luciana Nabinger Menna Barreto, Miriam de Abreu Almeida, Deborah Hein Seganfredo, Amália de Fátima Lucena, Débora Francisco do Canto, Aline Tsuma Gaedke Nomura, Melina Adriana Friedrich, Bruna Moser Torres

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

luciana.nabinger@bol.com.br

Introdução: A presente investigação está inserida em um projeto maior intitulado “Validação de Resultados de Enfermagem segundo a *Nursing Outcomes Classification – NOC* na Prática Clínica de um Hospital Universitário”, aprovado em 2008. O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia universal utilizada como instrumento para apoiar a prática de enfermagem, focado na resposta da pessoa aos problemas de saúde ou em processos do ciclo vital, concentrando, desta forma, sua atenção na pessoa como um todo

(NÓBREGA; SILVA, 2007). Este enfoque holístico ajuda a assegurar que as intervenções sejam elaboradas para o indivíduo e não apenas para a doença (ALFARO-LEFEVRE, 2005). Através da implementação do PE na prática diária do enfermeiro foram desenvolvidos conceitos e sistemas de classificação com terminologias padronizadas, empregadas nas diferentes fases do processo, como por exemplo, *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I), que agrupa os Diagnósticos de Enfermagem (DE), *Nursing Interventions Classification* (NIC), que agrupa as intervenções e as atividades de enfermagem e a *Nursing Outcomes Classification* (NOC), que agrupa os resultados do paciente sensíveis às intervenções de enfermagem. Estas três terminologias se complementam e podem ser utilizadas em sistemas informatizados para a aplicação do PE (NÓBREGA; SILVA, 2007). Há décadas os enfermeiros procuram mensurar os resultados da sua prática profissional. Florence Nightingale registrava sistematicamente os resultados dos cuidados prestados aos soldados da Criméia com o intuito de selecionar os cuidados de acordo com o problema apresentado pelo indivíduo (JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2004). No entanto, a construção de uma classificação direcionada à avaliação da eficácia das intervenções de enfermagem teve início apenas em 1991, resultando no início do desenvolvimento da NOC. Esta compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado. Cada resultado possui um rótulo ou nome, uma definição e uma lista de indicadores que descrevem o cliente, o cuidador ou a família. Os resultados incluem uma escala de cinco pontos do tipo Likert para avaliar os indicadores. Há diferentes escalas desenvolvidas pelos pesquisadores da NOC para avaliar a ampla variedade de resultados que fazem parte da classificação. As escalas permitem a mensuração em qualquer ponto de um *continuum*, de modo que o quinto ponto, ou ponto final, reflita a condição do paciente que mais se deseja em relação ao resultado, facilitando a identificação de alterações do seu estado por meio de diferentes pontuações ao longo do tempo. Possibilita, portanto, monitorar a melhora, a piora ou a estagnação do estado do paciente durante um período de cuidado ou através de diferentes setores de atendimento. A estruturação deste sistema vem sendo realizada por pesquisadores experientes e revisada com ênfase em testes clínicos de campo, quanto à confiabilidade, validade, sensibilidade, especificidade e utilidade das medidas dos resultados (JOHNSON; MASS; MOORHEAD, 2004). No cenário da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e do uso de linguagens padronizadas, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), local do estudo, já possui uma trajetória que inclui mais de 20 anos de experiência. A instituição desenvolve o PE, atualmente, em cinco etapas: coleta de dados/histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição dos cuidados, implementação e evolução/avaliação. Trabalha-se com os diagnósticos de enfermagem, que vem sendo atualizados conforme o vocabulário da taxonomia II da NANDA-I inserido no referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas (BENEDET; BUB, 2001), de forma sistematizada. As prescrições de cuidados de enfermagem informatizadas estão baseadas na literatura, na experiência da prática clínica das enfermeiras do hospital e, mais recentemente, nas intervenções descritas pela NIC. Entretanto, apesar desses avanços, não se mensuram de forma objetiva os resultados alcançados pelo paciente a partir dos cuidados de enfermagem implementados, registrando somente se um DE está mantido, melhorado, piorado ou encerrado. Esta realidade evidencia a importância desta investigação. **Objetivo:** Validar os Resultados de Enfermagem NOC, selecionados a partir da ligação NOC-NANDA, para os Diagnósticos de Enfermagem mais

frequentemente identificados em pacientes psiquiátricos internados no HCPA. **Método:** Estudo descritivo e transversal do tipo validação de conteúdo. A população consta das informações relativas aos pacientes internados em unidade psiquiátrica do HCPA existentes no sistema informatizado de prescrições de enfermagem do hospital, assim como dos enfermeiros que trabalham na instituição. A amostra referente aos pacientes consta de seis meses não consecutivos no último ano. A amostra de enfermeiros será composta pelos profissionais que atendam aos critérios de inclusão e que trabalhem no HCPA. Como critérios para a inclusão dos enfermeiros peritos da pesquisa definiu-se: participar/ter participado de atividades de estudo e aperfeiçoamento acerca do PE no HCPA por, no mínimo, seis meses, nos últimos cinco anos, ou possuir produção acadêmica/científica na área de PE e Classificações de Enfermagem; ter experiência profissional mínima de dois anos; trabalhar no HCPA há, no mínimo, um ano, utilizando o PE; ter experiência mínima de um ano com pacientes psiquiátricos, nos últimos cinco anos; concordar em participar da pesquisa assinando Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Como critério para a exclusão dos enfermeiros definiu-se: estar em regime de contrato temporário no HCPA. A Coleta de Dados dar-se-á em três etapas: 1a: levantamento de informações referentes aos 10 DE mais frequentes nas hospitalizações. 2a: validação, pelos enfermeiros peritos, dos Resultados de Enfermagem sugeridos e associados adicionais para os três DE mais frequentes no HCPA propostos na NOC (2008). 3a: validação dos indicadores dos Resultados de Enfermagem NOC a partir da validação realizada na etapa anterior. A Análise dos Dados será baseada no modelo Fehring (1987) adaptado por Sparks e Lien-Gieschen (1994), que propõe que os indicadores sejam categorizados em críticos, com média ponderada ≥ 0.80 e em suplementares, com média < 0.80 e > 0.60 . Os indicadores com média $< 0,6$ serão descartados. Os dados serão analisados através de estatística descritiva, calculando-se a média ponderada das notas atribuídas pelos enfermeiros para cada resultado (segunda etapa do estudo e indicador (terceira etapa) em que se consideram os seguintes valores: 1 = 0; 2 = 0.25; 3 = 0.50; 4 = 0.75; 5 = 1. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA. **Resultados:** O estudo está em fase de coleta de dados, porém, a primeira etapa já foi finalizada. Os dez diagnósticos de enfermagem mais frequentes nas internações de uma unidade psiquiátrica do HCPA foram, respectivamente: Processos de Pensamento Alterados, Interação Social Prejudicada, Risco para Agressão, Risco para Suicídio, Negação Ineficaz, Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Déficit no Auto-cuidado: higiene, Distúrbio do Padrão do Sono, Ansiedade e Déficit no Auto-cuidado: banho e/ou higiene. **Considerações finais:** Espera-se, com essa investigação, aprofundar o conhecimento da NOC e obter subsídios para qualificar o cuidado de enfermagem e atualizar o PE informatizado do HCPA.

Descritores: Processos de enfermagem/classificação; avaliação de resultados; enfermagem.

Referências:

1. ALFARO-LEFEVRE, R. *Aplicação do Processo de enfermagem: promoção do cuidado colaborativo*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
2. BENEDET, Silvana Alves; BUB, Maria Bettina Camargo. *Manual de Diagnóstico de Enfermagem: uma abordagem baseada na Teoria das Necessidades Humanas e na Classificação Diagnóstica da NANDA*. 2. ed. Florianópolis: Bernúncia Editora, 2001.
3. FEHRING, Richard. Methods to validate nursing diagnosis. *Heart & Lung*, v.16, n.6, p.625-9, nov.1987.
4. JOHNSON, Marion; MAAS, Meridean; MOORHEAD, Sue. *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

5. SOUZA, Ana Paula Marques Andrade de; SILVA, Kenya de Lima; NÓBREGA, Maria Miriam Lima da. Sistema de classificação dos resultados de enfermagem - NOC (Nursing Outcomes Classification). In: NÓBREGA, Maria Miriam Lima da; SILVA, Kenya de Lima. Fundamentos do cuidar em enfermagem. João Pessoa: Imprima, 2007. p. 211-220.
6. SPARKS, S.; LIEN-GIESCHEN, T. Modification of the diagnostic content validity model. Nursing Diagnosis, Estados Unidos, v. 5, p. 31-35, 1994.



Enfermagem na Saúde Coletiva

A VISÃO DO PICAP PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Roberto Opitz Gomes

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

sano_pm@terra.com.br

Introdução: O Programa Institucional de Cursos de Capacitação e Aperfeiçoamento para Profissionais (Piccap) é um curso para profissionais externos ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre que buscam atividades de aperfeiçoamento. Tem como objetivo proporcionar aos profissionais que buscam ampliar sua formação a participação em cursos de aperfeiçoamento e capacitação. O Piccap é aplicado em todos os serviços do Hospital de Clínicas que tenham a necessidade ou possibilidade do programa. Existem diversos programas para capacitação dos enfermeiros no HCPA, eu escolhi o programa em unidade de internação clínica do 7N. **Objetivos:** Apresentar as atividades que foram desenvolvidas ao longo da capacitação na unidade clínica do 7º Norte. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa; foram as seguintes ferramentas: observação direta da dinâmica da unidade e participação nas atividades de rotina. Resultados e conclusões: As atividades foram desenvolvidas no turno da manhã com carga horária total de 136 horas. Tive a oportunidade de vivenciar e participar das atividades que os enfermeiros de unidade clínica desenvolvem. Desenvolvi diversas atividades no cuidado de enfermagem aos adultos em unidade clínica como: Troca de curativos e drenos de tórax, instalação de PVC, diversas punções venosas, cateterismo vesicais, enterais e gástricos, coordenação da equipe de enfermagem, exame físico, evolução de enfermagem e prescrições de enfermagem. Pude aprender muito nesta capacitação, digo sem exageros, que aprendi mais do que em todos os outros estágios curriculares e extracurriculares. Esta capacitação proporciona uma vivência maravilhosa e um amadurecimento para o profissional enfermeiro crescer em suas competências. A capacitação é uma das melhores formas do enfermeiro continuar se aperfeiçoando e torná-los mais esclarecidos, atentos, críticos e reflexivos.

Descritores: Educação em enfermagem, Enfermagem e cuidados de enfermagem.

PLANTAS MEDICINAIS NO TRATAMENTO DE VERMINOSES HUMANAS

Andrieli Daiane Zdanski de Souza, Teila Ceolin, Rita Maria Heck, Rafael Haeffner, Marcos Klering Mesquita, Marisa Vanini, Rosa Lia Barbieri, Caroline Vasconcellos Lopes, Anelise Miritz Borges

Universidade Federal de Pelotas

andrieli.souza@bol.com.br

Introdução: A Organização Mundial da Saúde (OMS) refere-se às plantas medicinais como espécies vegetais a partir das quais produtos de interesse terapêutico podem ser obtidos e usados na espécie humana como medicamento¹. *O uso de plantas medicinais na arte de curar é uma forma de tratamento de origem muito antiga, relacionada aos primórdios da medicina e fundamentada no acúmulo de informações por sucessivas gerações*^{2: 9}. Com o início da industrialização, após a segunda guerra mundial, sobretudo com a

descoberta dos antibióticos e com a adição cada vez maior de remédios à base de drogas sintéticas³, o conhecimento sobre as plantas foi deixando de ser utilizado, pois não possuía as comprovações científicas impostas pelo positivismo. A partir da década de 80, esse conceito começou a mudar, pois ocorreu a retomada e valorização das plantas medicinais, principalmente por seu baixo custo⁴. Nesse contexto, a declaração de Alma-ata em 1978, “*recomendou a formulação de políticas referentes à utilização de remédios tradicionais de eficácia comprovada e exploração das possibilidades de se incorporar os detentores de conhecimento tradicional as atividades de atenção primária em saúde, fornecendo-lhe treinamento correspondente*”^{5:4}. Em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), considerada revolucionária para a oferta da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC) no sistema de saúde no Brasil que com a Reforma Sanitária, deliberou em seu relatório final pela “*introdução de práticas alternativas de assistência a saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibilitando ao usuário o acesso democrático de escolher a terapêutica preferida*”^{2:11}. Em 2006 foi aprovada a PNPIC no SUS e a Política Nacional de Plantas Medicinal e Fitoterápico⁶. Atualmente, o Ministério da Saúde elaborou uma relação de Plantas Medicinais de interesse ao SUS que compõe uma lista de 71 plantas⁷. As verminoses representam um dos problemas de saúde pública, principalmente entre as crianças. Em virtude disso, a população, muitas vezes procura solucionar este problema através do uso de plantas medicinais com propriedades vermífugas. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo relatar quais plantas medicinais que são utilizadas pelas famílias de agricultores de base ecológica para o tratamento de verminoses. **Metodologia:** O estudo possui uma abordagem qualitativa, do tipo exploratória e descritiva⁸⁻¹⁰. O projeto de pesquisa está vinculado ao projeto Plantas bioativas de uso humano por famílias de agricultores de base ecológica na região sul do RS, desenvolvido pela Faculdade de Enfermagem da UFPel e pela Embrapa Clima Temperado. A feira ecológica de Pelotas foi escolhida devido ao vínculo com a Embrapa Clima Temperado e a facilidade de acesso a essas famílias que possuem uma produção orgânica e a comercializam no espaço urbano. O local de estudo foi o domicílio dessas famílias, localizados na área rural de Pelotas, Morro Redondo, Canguçu e Arroio do Padre, na região Sul do Rio Grande do Sul. Os sujeitos constituíram-se de agricultores de base ecológica e suas gerações familiares, perfazendo um total de 8 famílias, correspondendo a 18 sujeitos. Foram identificados por nome próprio escolhido pelo entrevistado, seguido pela idade. Os entrevistados foram indicados pelo coordenador da associação dos feirantes¹¹. Foram utilizados os seguintes instrumentos: entrevista semi-estruturada, a observação das plantas com registro fotográfico e a construção do genograma e ecomapa^{8,12,13}. A coleta de dados ocorreu entre janeiro e março de 2009, após o término da análise destes, os dados serão apresentados aos agricultores. Foram respeitados os princípios éticos de pesquisas com seres humanos. O projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UFPel (029/2008). **Resultados e discussão:** Em nosso estudo, as plantas citadas com efeito vermífugo foram a losna (*Artemisia absinthium* L.), a hortelã (*Mentha* spp) e a folha do morango (*Fragaria vesca* L.). Das 18 pessoas entrevistadas, 9 não citaram essas plantas. Foram encontradas as seguintes referências as plantas: *a hortelã é para matar os vermes das crianças* (Ana, 68); *a hortelã eu uso para dor de estômago e a folha de morango eu uso para problemas de vermes* (Ivanete, 61); *a hortelã eu uso como chá refrescante* (Jéssica, 60); *a hortelã eu costumo usar para gripe e para problemas de*

vermes (Juliana, 37); uso a hortelã para gripe e para vermes (Mariana, 16); sei que a losna é usada para vermes e a hortelã costumo usar para problemas digestivos e cólicas menstruais (Janice, 51); a hortelã eu costumo usar para chimarrão e para prisão de ventre (Caroline, 12), uso a hortelã para dor de cabeça (Michele, 20). Encontramos na literatura diferentes espécies de hortelã que são utilizadas na saúde humana, com as seguintes propriedades terapêuticas: carminativa, eupéptica, estimulante, colagoga, estomáquica, antiemética, antiespasmódica, analgésica sendo indicada para fadiga geral, atonia digestiva, gastralgia, cólicas, flatulência, vômitos durante a gravidez, intoxicação de origem gastrintestinal, afecções hepáticas, palpitações, enxaqueca, tremores, asma, bronquite crônica, sinusite, dores dentárias (bochechos), tosse, febre, antimicrobiano (devido ao óleo essencial mentol), anti-séptica, aumenta a força cardíaca, anti-helmíntica por via oral, anti-prurido por via local, também utilizada no tratamento contra ameba, giárdia, tricomoníase e também com o uso do pó da folha de hortelã para tratar crianças acometidas de diarreia sanguinolenta, antiinflamatória, reumatismo^{4,14,15}. Em um estudo realizado, na cidade de São Paulo, a hortelã foi citada com efeito febrífugo, béquico, expectorante, antiespasmódico, estimulante digestivo, contribuindo para combater a prisão de ventre, sendo seu conhecimento passado de geração para geração¹⁶. Outro estudo feito com plantas medicinais encontrou a *Mentha villosa* Huds para o tratamento de cólicas, má digestão e gastroenterites¹⁷. O que encontramos na literatura sobre o hortelã, vai ao encontro da utilização referida pelos entrevistados, assim como nossos dados são semelhantes a outros estudos encontrados. A losna possui propriedades carminativa, diurética, colagoga, emenagoga, abortiva, anti-helmíntica. Por seu sabor estimula a secreção estomáquica, aumenta o volume biliar e do suco pancreático, o fluxo salivar, bem como o peristaltismo intestinal e também possui atividade antimalárica⁴, contra a gota¹⁴, reforçando que a utilização da planta como vermífugo citada em nossa pesquisa vai ao encontro da literatura. As folhas do morango e, sobretudo o rizoma, são adstringentes e diuréticos. Os frutos servem para curar cálculos, gota, reumatismo e enfermidades do fígado, sendo usado para corrigir hemorróidas e depurar o sangue,¹⁸ não sendo encontrado na literatura o efeito vermífugo citado na pesquisa. **Considerações:** Concluimos que existem poucos estudos em relação às plantas vermífugas e consideramos de suma importância, devido as verminoses serem um problema de saúde pública e acometerem principalmente as crianças.

Descritores: plantas medicinais, enfermagem, famílias.

Referências:

1. World Health Organization (WHO). WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems. Geneva: WHO, 2004.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
3. Lorenzi H, Matos FJA. Plantas Medicinais no Brasil- Nativas e Exóticas. Nova Odessa (SP): Instituto Plantarum, 2002.
4. Lameira AO, Pinto JEBP. Plantas medicinais: do cultivo, manipulação e uso à recomendação popular. Belém (PA): Embrapa Amazônica Oriental, 2008.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares – PMNPC. Resumo executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. A História da Fitoterapia no SUS. [homepage]. Acessado em 25 Mar 2009. Disponível em: G:\Trabalho de plantas vermífugas\ - Portal da Saúde - www_Saude_gov_br - Fitoterapia 1.mht
7. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde elabora lista de plantas medicinais que poderão ser utilizadas pelo SUS. [homepage]. Acessado em 26 de Mar 2009. Disponível em: G:\Trabalho de plantas

vermífugas\Ministério da Saúde elabora lista de plantas medicinais que poderão ser utilizadas pelo SUS.mht

8. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais – A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2008.
9. Minayo MCS. (Org). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
10. Gil A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2007.
11. Goodman LA. Snowball Sampling. Annals of Mathematical Statistics. ISEC-ETSIAM, Universidad de Cordoba, España Mar. 1999; 32(1):148-170.
12. Wright LM, Leahey M. Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção em família. 3.ed. São Paulo: Roca, 2002.
13. Polit DF, Hungler BP. fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3. ed. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.
14. Wessling L. A importância do patrimônio fitoterápico na vida dos camponeses que habitam a área rural de Blumenau. Blumenau: Universidade Regional de Blumenau. Centro de Ciências Humanas e da Comunicação; 2007.
15. Sigríst SR. Plantas medicinais - USP. 2003-2009. Acessado em 31 Mar 2009. Disponível em: <http://ci-67.ciagri.usp.br/pm/>
16. Alves AR, Silva MJP. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(4):85-91.
17. Oliveira IG, Cartaxo SL, Silva MAP. Plantas Medicinais Utilizadas na Farmacopéia Popular em Crato, Juazeiro e Barbalho (Ceará, Brasil). Revista Brasileira de Biociências (POA) Jul. 2007; 5(supl.1):189-191.
18. Morgan R. Enciclopédia das Ervas & plantas medicinais – doenças, aplicações, descrição, propriedades. 9ª ed. Brasil: Hemus, 2003.

RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE NO GHC: APRENDENDO NO SERVIÇO PARA SE QUALIFICAR COMO ENFERMEIRO

Roberto Opitz Gomes

Grupo Hospitalar Conceição

sano_pm@terra.com.br

Introdução: Desde 2004 o GHC (Grupo Hospitalar Conceição) oferece uma modalidade de pós-graduação LATU SENSO com ênfase no aprendizado, educação e formação em serviço: A Residência Integrada em Saúde. Podem participar grande parte das profissões relacionadas com a saúde como: Farmácia, Enfermagem, Terapia Ocupacional, Assistência Social, Nutrição, Fisioterapia e no ano de 2009 a Fonoaudiologia. Possui também quatro ênfases: Saúde Mental, Saúde da Família e Comunidade, Terapia Intensiva e Oncologia/Hematoterapia. Os residentes são escolhidos todos os anos por meio de um processo seletivo com base numa prova objetiva, análise de currículo e entrevista. A enfermagem está em todas as 4 ênfases, sendo também a única das profissões a constar em todas as ênfases. **Objetivos:** Demonstrar como funciona o programa de Residência Integrada em Saúde para os profissionais enfermeiros e como ele qualifica o enfermeiro. **Método:** A metodologia constitui-se de uma revisão bibliográfica e observação sistemática no campo de atuação. **Resultados e conclusões:** A residência integrada em saúde exige 2 anos para sua conclusão e está constituída pelo chamado tripé da residência: Pesquisa-Ensino-Assistência. O residente de enfermagem das 4 ênfases, pode prestar assistência à população da área de atuação da US, fazer consulta de enfermagem, supervisão de enfermagem, gerenciamento da unidade de saúde básica, desenvolver

diversas pesquisas de campo e bibliográficas e ainda desenvolver um projeto de pesquisa como trabalho de conclusão da residência. Por fim, enquanto cursos de pós-graduação oferecem em média 360 horas, a residência é uma excelência em número de horas, são 60 horas semanais, constituindo em 2880 horas anuais. Por tudo isto, Residência Integrada em Saúde é um dos maiores pólos de qualificação para enfermeiros, pela sua excelência da formação, ensino em serviço, pesquisa e de horas-aula.

Descritores: Residência em enfermagem, Enfermagem e Enfermagem comunitária.

A REALIZAÇÃO DE EVENTO DE ENFERMAGEM EM INSTITUIÇÃO MILITAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO HOMEM

Débora Faturi da Silveira, Luís Fernandes Luciano Filho, Valderlane Bezerra Pontes Netto, Arlete Spencer
Vanzin

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

lanebez@hotmail.com

O trabalho foi desenvolvido durante a disciplina de Enfermagem Comunitária do curso de Enfermagem da UFRGS. A escolha por realizar um evento de enfermagem em uma Instituição militar, deu-se pelo fato de esta ser composta em sua grande maioria por indivíduos do sexo masculino e por estes apresentarem elevado índice de morbimortalidade quando comparados ao sexo feminino (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002). O objetivo geral do estudo foi promover a saúde do homem em uma instituição militar através da realização de um evento de enfermagem com duração de um dia e o objetivo específico foi identificar as características epidemiológicas da instituição. O estudo foi de cunho quantitativo, descritivo e transversal. Para a realização do evento, foi elaborado um anteprojeto embasado cientificamente e apresentado a Instituição alvo. Após o parecer favorável desta, procedeu-se a alocação de subsídios materiais, fornecidos pela Policlínica Militar de Porto Alegre e o treinamento dos alunos da Escola de Enfermagem da UFRGS que se dispuseram a participar. O evento contou com uma palestra sobre Qualidade de Vida, verificação de sinais vitais e glicemia capilar, aferição de medidas antropométricas e triagem para as consultas de enfermagem. Estas últimas possuíam as seguintes temáticas: riscos auto-impostos, risco cardiovascular, DSTs, estresse, prevenção do câncer de próstata, esquema de vacinas do viajante e preparo para aposentadoria. Dentre os participantes do evento, 56% apresentavam sobrepeso, 25% hipertensão arterial, 13% hiperglicemia capilar, 7% se encontravam com a medida da cintura propícia a risco cardiovascular e 77% apresentaram Índice de Massa Corporal (IMC) acima da normalidade. Na faixa etária acima de 40 anos, 62% nunca fez o exame da próstata. Os dados demonstraram níveis de risco preocupantes na saúde do sexo masculino, ressalta-se aqui a necessidade de políticas públicas voltadas para esta população, no sentido de reverter sua baixa expectativa de vida.

Descritores: Saúde do homem; Enfermagem; Epidemiologia.

UNIDADE BÁSICA SANTA CECÍLIA UMA EXCELÊNCIA EM APRENDIZADO PARA ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Roberto Opitz Gomes

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
sano_pm@terra.com.br

Introdução: As unidades básicas são a porta de entrada de muitos pacientes no SUS. Utilizam tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, dando um atendimento integral e com autonomia aos indivíduos que buscam este tipo de atendimento. A saúde pública de Porto Alegre é de extrema importância para a população residente e uma excelência para a aprendizagem dos acadêmicos de enfermagem que buscam a atenção primária em saúde em sua formação. Existe na UFRGS uma parceria com a rede básica do SUS, mais precisamente com a unidade básica de saúde Santa Cecília, é aonde acontece uma prática de ensino-aprendizagem extremamente positiva e importante aos estudantes de enfermagem. **Objetivo:** Apresentar as atividades que foram desenvolvidas ao longo do estágio curricular I na unidade básica de saúde Santa Cecília. **Método:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa; foram as seguintes ferramentas: observação direta da dinâmica da unidade, participação nas atividades de rotina e implementação de mudanças quando necessárias. **Resultados e conclusões:** As atividades foram desenvolvidas no turno da manhã com carga horária total de 280 horas de estágio. Desenvolvemos diversas atividades na unidade básica: Troca de curativos, exame físico, consultas de enfermagem com crianças, com pacientes diabéticos e hipertensos, prpgram HIPERDIA e Pra-nenê, vacinas, visitas domiciliares, reuniões de equipes aonde os acadêmicos realizam a ATA da reunião e a condução das reuniões, acolhimento, evolução de enfermagem e prescrições de enfermagem. Este estágio proporcionou uma vivência maravilhosa, um crescimento riquíssimo na área de atenção básica e comprometimento dos acadêmicos com a comunidade. Recomendo a todos que buscam conhecimentos em atenção primária em saúde.

Descritores: Enfermagem comunitária, Enfermagem e enfermagem na saúde coletiva.

ANÁLISE DA MORTALIDADE POR CÂNCER DE PRÓSTATA EM IDOSOS NO ESTADO DE SANTA CATARINA NO PERÍODO DE 1998 A 2008. UMA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

Karine Krindges

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC
karinekrindges@hotmail.com

O câncer de próstata representa um sério problema de saúde pública no Brasil, em função de suas altas taxas de incidência e mortalidade. A frequência do câncer de próstata aumentou de forma explosiva nos últimos anos, assumindo importância crescente entre as causas de mortalidade no Brasil. O fator de risco principal para câncer da próstata é a idade (raro antes da idade de 40 anos), porém os fatores endócrinos também

podem ser importantes. O estudo dessa doença é de suma importância tanto do ponto de vista informativo quanto crítico, considerando que os problemas de saúde pública são fundamentais, porque além de levantar questões que norteiam a assistência, apresentam dados concretos, através de subsídios, contribuindo para uma visão mais atualizada das reais condições dos níveis de saúde da população, ao mesmo tempo em que permitem uma avaliação das políticas públicas nessa área. Com o objetivo de conhecer em qual faixa etária da população idosa (60 a 69 anos, 70 a 79 anos; 80 e + anos) ocorreram mais óbitos de idosos por câncer de próstata em Santa Catarina, analisou-se através de um estudo retrospectivo de taxas, o período entre 1998 a 2008, sendo que este método de estudo dos óbitos de cada faixa etária de cada ano nos permite conhecer com exatidão o período ou idade de maior incidência de óbitos. Utilizou-se como banco de dados o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do Estado de Santa Catarina e foram considerados os óbitos por Câncer de Próstata, utilizando-se a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID-10 – nos anos de 1998 a 2008. Partiu-se do princípio de que os dados obtidos com esse método, oriundos de um Sistema de Informações confiável, através de uma análise precisa, apresentada na forma de gráficos, permitirá uma melhor avaliação da proporção de aumento da mortalidade por câncer de próstata nas faixas etárias estudadas, nesse período de tempo, no Estado de Santa Catarina. Ao acompanhar os números no tempo, observou-se um aumento real dos óbitos por câncer de próstata no período de 1998 para com 2008, no Estado de Santa Catarina. E, constatou-se que houve uma significativa oscilação entre os números em cada ano estudado, sendo que, apesar de se ter observado aumento significativo dos óbitos comparando-se o início com o final do período, o maior índice de óbitos, em todas as faixas etárias estudadas se observa no ano de 2004 e nos anos subsequentes os números são menores. Apesar disto, fica claro que a partir de 70 anos os óbitos por câncer de próstata tornam-se mais frequentes, observando-se a relação dos óbitos com o aumento da idade. Foram analisados fatores relacionados, variações e o crescimento gradativo do número de óbitos. Logo, acredita-se que o aumento da mortalidade geral por CA de próstata do período de 1998 para 2008 tenha ocorrido como consequência de muitos fatores. Dentre eles, o aumento da população catarinense relacionado ao IDH do Estado de Santa Catarina, à diminuição da mortalidade, da fecundidade e o consequente aumento da expectativa de vida da população bem como aumento da proporção de idosos, também, é possível que tenham ocorrido algumas falhas na criação e execução de ações de saúde para que fossem alcançados resultados positivos na prevenção do CA de próstata. Somando aos fatores descritos, podem ter ocorrido erros no processamento das informações no banco de dados, devido ao mau preenchimento dos atestados de óbitos ou até mesmo a omissão de dados. O aumento observado nas taxas de incidência pode ser parcialmente justificado pela evolução dos métodos diagnósticos, pela melhoria na qualidade dos sistemas de informação do país além do aumento na expectativa de vida do brasileiro. A partir dos resultados obtidos, acredita-se que devam ser desenvolvidas políticas de prevenção, promoção e proteção da saúde da população para que ocorra a redução dos coeficientes de mortalidade por câncer de próstata, e isto se torna um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS), particularmente quando considera-se o contexto social, demográfico e epidemiológico do país. Nesse contexto de prevenção, promoção e assistência a saúde, se enquadra principalmente o enfermeiro, como elemento nuclear da equipe de saúde e como membro da equipe que tem mais contato com o cliente e família. Até o presente momento, não são conhecidas formas

específicas de prevenção do câncer da próstata. No entanto, sabe-se que a adoção de hábitos saudáveis de vida é capaz de evitar o desenvolvimento de certas doenças, entre elas o câncer. O exame periódico deve ser realizado, mesmo que não existam sintomas, para que o câncer possa ser detectado precocemente, com maiores chances de tratamento e cura. O homem pode se proteger do câncer de próstata indo ao médico regularmente para o exame de toque retal, mesmo que esteja se sentindo bem e não apresente problemas urinários. O toque retal é um exame indolor e permite que o médico, introduzindo um dedo através do ânus do homem, apalpe a parte interna do reto e a próstata. O Instituto Nacional de Câncer e a Sociedade Brasileira de Urologia recomendam que todo homem com mais de 50 anos vá ao médico regularmente para exames de toque retal. As ações para controle do câncer de próstata devem contemplar alguns objetivos, dentre eles a identificação/diagnóstico precoce dos casos, avaliação cuidadosa do estágio e do grau de câncer, redução da gravidade e das complicações do CA de próstata, através do tratamento e orientações adequadas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam que para alcançar esses objetivos se faz necessário a adoção de conduta padrão para condução dos casos, que consiste na identificação de um conjunto de sinais e sintomas que permitem classificar os indivíduos portadores de CA de próstata de acordo com a gravidade, assim como uma série de recomendações padronizadas de tratamentos de eficácia comprovada. No campo das políticas públicas, precisam ser desenvolvidas ações intersetoriais para prevenção do CA de próstata, as quais devem incluir principalmente prevenção e promoção da saúde nesta área, visando quebrar os “tabus” existentes quanto aos exames da próstata, salientando a significativa importância da detecção e tratamento precoces da patologia.

Descritores: Neoplasias da próstata; Serviços de Saúde para Idosos; Enfermagem em Saúde Comunitária.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO DOMICILIAR NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tássia Danielle Fernandes da Silva, Carmen Lucia Mottin Duro

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

carmend@enf.ufrgs.br

Introdução: A atenção domiciliar (AD) à saúde é um modelo em processo de expansão por todo o Brasil e desponta como um novo espaço de trabalho para os profissionais de saúde, tanto no âmbito público quanto no privado. A Associação Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicou a resolução RDC nº 11 em janeiro de 2006, com as regras para o funcionamento de serviços de saúde que prestam atenção domiciliar. (BRASIL, 2006). As ações de saúde são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o paciente está inserido, visando a promoção, manutenção e/ou restauração da saúde (DUARTE; DIOGO, 2000). O enfermeiro, ao adentrar o espaço domiciliar, insere-se de forma a desenvolver suas ações e interações com a família, evitando considerar somente os problemas apresentados pelo paciente; mas observando também os fatores sociais. Assim, é de grande importância para a saúde coletiva e para a enfermagem, o conhecimento a respeito da atenção domiciliar em suas diferentes apresentações. **Objetivo:** Analisar de que forma está organizada a atenção domiciliar nos serviços de saúde do

SUS e qual a atuação do enfermeiro nesse modelo de atenção, através de revisão bibliográfica, no período de 1997 a 2008 no Brasil. **Metodologia:** Trata-se de estudo qualitativo exploratório desenvolvido através de uma pesquisa bibliográfica, segundo Gil (2002). A pesquisa utilizou artigos científicos completos em idioma português e de livre acesso disponíveis nas bases de dados LILACS e BDENF, no período de 1997 a 2008. Para a busca das fontes foram utilizados os descritores: Serviço de assistência domiciliar, visita domiciliar, cuidados de enfermagem, enfermagem familiar. A análise dos dados foi efetuada seguindo a proposta de Gil (2002). As questões éticas foram preservadas na medida em que os autores consultados serão referenciados conforme as Normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). **Resultados:** Foram encontrados 16 artigos referentes ao assunto, organizados em 4 categorias: A Atenção domiciliar: uma estratégia para a organização do trabalho em saúde; Formas de Organização da Atenção Domiciliar à Saúde no SUS; Abordagem psicossocial do profissional de saúde na organização da Atenção Domiciliar; Atuação da equipe de enfermagem na Atenção domiciliar. A Atenção domiciliar: uma estratégia para a organização do trabalho em saúde. A atenção domiciliar desponta como uma possibilidade estratégica de reorganização do Sistema de Saúde, por meio da integração entre os trabalhadores e as instituições de saúde, com impacto significativo na qualidade de vida e na saúde da população. (KERBER;KIRCHHOF;CEZAR-VAZ; 2008). Os modelos de atenção tradicional da saúde compreendem o indivíduo como isolado de seu contexto familiar e de valores sócio-culturais, ele é visto como manifestação da doença que ocorre em partes de seu corpo, sem que haja uma visão holística do paciente. (PUSCHEL, IDE, CHAVES; 2007) Assim, o potencial da AD está em promover maior colaboração entre os serviços hospitalares e não hospitalares, potencializando a continuidade e a articulação do cuidado nos diferentes níveis de atenção (SAKATA et al; 2007). O aumento da população idosa gera maiores necessidades e custos em relação aos serviços de saúde, sendo que a AD pode ser considerado um novo modelo de produção do cuidado no sentido de reduzir os custos operacionais. A AD tem sido considerada como uma forma mais humanizada de prestar o cuidado, por ser realizada no próprio ambiente de vida dos usuários. O trabalho da Equipe multiprofissional em saúde na Organização da AD: Ao adentrar no domicílio, os trabalhadores lidam com a dimensão subjetiva presente nas relações estabelecidas entre os seres humanos, em seus espaços de poder, de privacidade, de maior autonomia. Assim, há a chance de horizontalizar mais as relações entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. (FRANCO, MERHY, 2008). A AD permite que os profissionais desenvolvam atividades de modo que o cliente perceba a sua participação no processo saúde/doença pois é ele (o cliente) quem poderá diminuir ou até mesmo eliminar os fatores que colocam em risco sua saúde.(LACERDA et al; 2006). O importante é a agregação de pessoas que constituem a equipe e que pratiquem a mesma filosofia de trabalho e por isso coloquem acima de interesses pessoais o bem estar do paciente e o sucesso no tratamento preconizado. Abordagem psicossocial do Profissional de saúde na organização da AD. A abordagem psicossocial na AD é necessária para a identificação e resolução nos problemas surgidos em âmbito domiciliar. (PUSCHEL,IDE,CHAVES,2005). O modelo clínico limita, para a organização da assistência em saúde, a construção de uma prática com enfoque multiprofissional, reconhecimento do contexto domiciliar e da dinâmica familiar. A abordagem psicossocial amplia o olhar sobre o indivíduo e a família, através da relação empática e da construção de vínculos, como condição para a participação conjunta (profissionais, pessoa doente e família) dos problemas a serem trabalhados, para a melhor recuperação possível do cliente. Formas de Organização da

Atenção Domiciliar à Saúde no SUS: Em abril de 2002, foi sancionada, pelo Ministério da Saúde, a Lei nº 10.424 que estabelece, no âmbito do SUS, o atendimento e o Programa de Internação Domiciliar (PID). Os PID constituem um espaço com ênfase no trabalho em equipe, na utilização de tecnologias leves que permitem a criação de vínculos, a integralidade e a sistematização das ações, visando a prestação de uma assistência de qualidade (SILVA et al, 2005). Entende-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF) tenha contribuído, pois incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS e se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização. Acredita-se que o PSF seja uma alternativa de assistência à população que não consegue se deslocar até a UBS, prestando um atendimento domiciliar. (KLOCK; HECK ;CASARIM;2005). Atuação da equipe de enfermagem na Atenção Domiciliar: Franco e Merhy, (2008) explicam que o domicílio, sob o ponto de vista do trabalhador, é um lugar que o torna mais exposto o seu processo de trabalho do que o espaço hospitalar. A inserção do profissional enfermeiro no contexto domiciliar deve direcionar a sua prática para além da qualidade técnica. (LACERDA et al; 2006) A prática profissional da enfermeira domiciliar é considerada uma especialidade em seu trabalho exigindo-lhe conhecimento científico-tecnológico, autonomia, responsabilidade, extrema habilidade no relacionamento interpessoal para trabalhar com os pacientes, familiares e equipe multiprofissional. (LACERDA et al, 2006). **Conclusões:** A Atenção Domiciliar, é entendida nos estudos, como uma alternativa, um dispositivo para a revisão do conceito do processo saúde/doença/cuidado, capaz de promover incorporações de valores, direcionados a um modelo assistencial comprometido em estabelecer relação acolhedora marcada pelo compromisso com a saúde do usuário. A constituição de uma equipe multiprofissional, integrada tem condições de exercer uma atividade bastante profícua em prol dos pacientes. Assim, compreender os padrões fundamentais do conhecimento de enfermagem torna possível aumentar a consciência e diversidade de sua atuação na AD. Houve o reconhecimento de aspectos que dificultam sua concretização, dos quais se destaca a formação dos trabalhadores e a cultura institucional e social, o que faz pensar na necessidade de estudos que envolvam essa temática.

Descritores: Serviço de assistência domiciliar, visita domiciliar, cuidados de enfermagem, enfermagem familiar.

Referências:

1. LACERDA, M. R; GIACOMOZZI, C.M; OLINISKI, S. R., TRUPEL, T. C. Atenção à saúde no domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 15, n2. p.1-10, maio 2006.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 jan. 2006 Disponível em: <<http://legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=20642&word=rdc%202006%20domiciliar>>. Acesso em: 17 de abril de 2008.
3. DUARTE, Y. A. O.; DIOGO, M. J. E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu, 2000.p.3- 17.
4. GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas S.a., 2002. 175 p.
5. KERBER, N.P.da C.; KIRCHHOF, A.L. C.; CEZAR-VAZ, M. R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cadernos Saúde Pública 2008, vol.24, n.3, pp. 485-493.
6. PUSCHEL, Vilanice Alves de Araújo; IDE, Cilene Aparecida Costardi e CHAVES, Eliane Corrêa. Instrumento para a abordagem psicossocial do indivíduo e da família na assistência domiciliar: condições de aplicabilidade. Acta paulista enfermagem 2005, vol.18, n.2, pp. 203-212.
7. SAKATA, Karen Namie et al. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev. brasileira enfermagem. 2007, vol.60, n.6, pp. 659-664.

8. FRANCO, T. B. and MERHY, Emerson Elias. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência saúde coletiva*. 2008, v. 13, n. 5, pp. 1511-1520.
9. KLOCK, A. D.; HECK, R. M.e CASARIM, S. T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família/UFPEL-MS/BID. *Texto contexto - enfermagem*. 2005, vol.14, n.2, pp. 237-245.
- 10.SILVA, K. L. et al. Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Rev. Saúde Pública* 2005, vol.39, n.3, pp. 391-397.

CUIDADO DE ENFERMAGEM AO INDIVIDUO IDOSO: PRURIDO SENIL X QUALIDADE DE VIDA

Sheila Ganzer Porto

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
sporto@hcpa.ufrgs.br

Viver, ao contrário do que pensa a maioria das pessoas, exige planejamento. Contudo, a despreocupação em relação à qualidade de vida e o sedentarismo são convites ao aparecimento de moléstias crônicas. O prurido senil é um exemplo de doença desse tipo, o qual gera desconforto ao idoso, diminuem a auto-estima e causam danos a integridade cutânea. Infelizmente, profissionais da saúde, com freqüência, desconhecem os sintomas, as causas, as formas de prevenção e o tratamento mais adequado para o prurido. O estudo tem como objetivo identificar fatores diários causadores do prurido senil e estimular ações preventivas para amenizá-lo. Pesquisa do tipo descritiva e exploratória, foi realizada em uma instituição filantrópica asilar da região metropolitana de POA/RS. Os critérios de seleção foram ter mais de 60 anos, xerodermia senil presente, prurido constante e serem capazes de promover o seu auto-cuidado. A coleta de dados deu-se através de entrevista semi-estruturada. Os dados foram tabulados e apresentados em forma de quadros e gráfico, recebendo análise de percentual e freqüência. Através da pesquisa percebe-se quatro categorias: a história pregressa do idoso, a historia atual do idoso, a higiene corporal e as áreas corporais que freqüentemente acometem o prurido. Estas categorias revelam que ato de se coçar é resultado das ações do cotidiano e também das atitudes e hábitos de vida pregressos. Sem dúvida, entender os motivos que desencadeiam o processo do prurido é relevante para que se possam auxiliar os idosos a não se habituarem à constância deste ato nem a serem vítimas dos problemas que esta ação pode lhes trazer. Cabe, então, aos profissionais da enfermagem, a partir de uma análise desta situação, a encontrar formas de minimizar, prevenir os efeitos desta enfermidade. Afinal, uma vida tranqüila e saudável é o objetivo de todos.

Descritores: Prurido, Qualidade de vida, Enfermagem.

CULTIVO DE PLANTAS MEDICINAIS NA FACULDADE DE ENFERMAGEM E OBSTETRÍCIA – UM INCENTIVO AS PRÁTICAS ALTERNATIVAS DE CUIDADO

Marcos Klering Mesquita, Rita Maria Heck, Teila Ceolin, Marisa Vanini, Andrieli Daiane Zdanski Souza,

Rafael Haeffner, Caroline Vasconcellos Lopes, Anelise Miritz Borges

Universidade Federal de Pelotas

andrieli.souza@bol.com.br

Introdução: Entende-se que plantas medicinais são aquelas que administradas ao homem ou animais por qualquer via ou sob qualquer forma, exercem alguma espécie de ação farmacológica. As plantas foram introduzidas com o objetivo de despertar a atenção das pessoas para sensibilizá-las de que este conhecimento é importante no modelo de atenção do Sistema Único de Saúde. Este trabalho se justifica diante da necessidade de otimizar as informações até o momento encontradas em relação as plantas medicinais para dar sentido ao projeto, além de estimular a educação permanente em relação a esta área de conhecimento. A introdução das plantas com fins terapêuticos no Sistema Único Brasileiro¹ tem o objetivo de estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, associado a escuta acolhedora, desenvolvimento de vínculo terapêutico e integração do ser humano com o ambiente e a sociedade. **Objetivo:** Avaliar o conhecimento produzido por estudantes de Enfermagem, mestrandos e enfermeiros a partir do conjunto de plantas medicinais cultivadas na Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. **Métodos:** O projeto está vinculado a Embrapa Clima Temperado e ao Conjunto Agrotécnico Visconde da Graça (CAVG) que participam e selecionaram as plantas de uso medicinal ou condimentar. O Plantio foi realizado em outubro de 2007, a partir deste momento se iniciou a motivação com os alunos da Graduação e do Mestrado em Enfermagem. A metodologia é de abordagem qualitativa, exploratória tendo como informação o material escrito e exposto publicamente. Foram encontrados cinco documentos, dois escritos por enfermeiros e três envolvendo mestrandos e acadêmicos. Examinando os conteúdos, constatamos que um trabalho², não continha informações sobre componentes ativos de plantas medicinais e foi desconsiderado. As informações encontradas são decorrentes de dados coletados entre março e setembro de 2008. A análise dos dados foi a partir de temáticas³. **Resultados:** Os trabalhos encontrados são os seguintes: Utilização da babosa (*Aloe* sp) no cotidiano de usuários portadores de câncer⁴; Consumo de Pimenta Vermelha entre frequentadores de grupo de hipertensos numa unidade de Estratégia Saúde da família⁵; Utilização do *Plectranthus neochilus* conhecida por boldo gambá entre acadêmicos de enfermagem⁶; Plantas calmantes utilizadas entre famílias quilombolas⁷. Discutindo os dados encontrados temos como primeiro tema a motivação para o estudo. Observamos que os enfermeiros se interessaram em conhecer a planta por estar vinculada a prática do seu processo de trabalho. Em relação às espécies de plantas foram estudadas: *Plectranthus* sp. (boldo), *Capsicum* sp (pimenta vermelha), *Aloe* sp (babosa), *Chamomila recutita* (camomila ou maçanilha), *Cymbopogon citratus* (capim-cidreira) e *Rosmarinus officinalis* (alecrim). Em relação ao público investigado: famílias quilombolas; pessoas em tratamento de câncer em cuidado domiciliar; grupos de hipertensos cadastrados no programa HIPERDIA de uma Unidade de Saúde da Família; alunos da graduação da Faculdade de

Enfermagem. Com relação ao uso indicado popularmente e a comprovação científica do componente ativo: a *Aloe arborescens* em ratos, nos quais foi induzido câncer intestinal, mostrou uma forte tendência para a diminuição do câncer, indicando que um baixo nível de ingestão pode ter um ligeiro efeito supressor no crescimento do tumor intestinal, sem efeitos secundários nocivos⁸. Os usuários entrevistados no estudo citaram uma receita com babosa⁹, a espécie não pode ser identificada pois os pacientes não tinham a planta em casa. Com relação ao uso de plantas para *doenças dos nervos* e suas ações calmante foram citadas a *Cymbopogon citratus*, que em investigações com ratos, a infusão de folhas frescas comprovou efeito analgésico, o que poderia levar ao efeito calmante relatado na medicina popular, também foi comprovado fraco efeito anti-inflamatório e anti-hipertensivo. Não foram encontrados estudos em relação ao *Rosmarinus officinalis*¹⁰. Em relação a *Chamomilla recutita*, possui efeito anti-inflamatório e ansiolítico, que podem levar a um estado de analgesia. Pesquisa em humanos com a *Caspsicum* sp já comprovou que seus componentes antioxidantes previnem doenças degenerativas como câncer, cardiovascular, catarata, Parkinson e Alzheimer por sequestrar os radicais livres. Também contém vitaminas que retardam o processo de envelhecimento¹¹, no mercado farmacológico os componentes da pimenta fazem parte de diversos preparados fitoterápicos e de homeopatia comercializados¹². Entretanto, junto ao grupo investigado a pimenta praticamente não era utilizada, pois segundo as autoras “uma parcela dos usuários que foram questionados quanto ao uso dessa planta podem ter negado a sua ingestão, visto que muitas vezes, a pimenta é relacionada erroneamente ao aumento da pressão arterial e outros malefícios”⁶. Com relação ao *Plectranthus* sp, está constatado que a planta contém componentes tóxicos que podem desencadear sintomas como vertigem e convulsão. Segundo as autoras “os alunos de graduação do curso de enfermagem não distinguem os diferentes tipos de boldo que existem e consomem erroneamente as espécies com capacidade tóxica”⁶. Todos os trabalhos apontam a necessidade de informações precisas em relação ao princípios ativos dos componentes das plantas pesquisadas, com exceção da pimenta vermelha, para que possam ser recomendadas de forma segura na saúde humana. **Conclusões:** Tecendo algumas considerações em relação ao objetivo do trabalho podemos avaliar que houve interesse em conhecer as plantas medicinais, sendo que em relação as espécies investigadas há mais lacunas de indicação da planta do que uso seguro. Ao mesmo tempo constatou-se que os enfermeiros estão preocupados em resolver questões do seu processo de trabalho o que sinaliza para a necessidade de pesquisas interdisciplinares. Esta instabilidade em relação aos componentes ativos das plantas permite reforçar a conscientização em relação educação permanente e a importância de ter informação científica para realizar um cuidado em saúde seguro. Além disto, pode-se constatar que há necessidade de se rever a formação do enfermeiro, introduzindo conhecimentos sobre as terapias complementares, em especial as plantas medicinais para sintonizar a formação com o preparo desejável para atuar no Sistema Único de Saúde.

Descritores: Plantas medicinais. Enfermagem. Sistema Único de Saúde

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS/Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. Mesquita MK, Heck RM, Ceolin T, Barbieri RL, Schiedeck G. Redes de apoio do saber sobre plantas medicinais a partir da família. Rev. Ciência Cuidado e Saúde. set. 2008; 7(supl. 2).

3. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 1998.
4. Ceolin T, Zillmer JGV, Arrieira IC, Heck RM, Barbieri RL. Utilização da babosa (*Aloe* spp) no cotidiano de usuários portadores de câncer. Rev. Ciência Cuidado e Saúde. set. 2008; 7(supl. 2).
5. Reis SP, Borges ZS, Barbieri RL, Heck RM. Conhecendo o consumo de pimenta vermelha (*Capsicum* sp) entre freqüentadores de grupos de hipertensos numa unidade com Estratégia de Saúde da Família. Rev. Ciência Cuidado e Saúde. set. 2008; 7(supl. 2).
6. Almeida C, Borges AM, Heck RM, Barbieri RL. A informação da família influencia o conhecimento dos acadêmicos no uso de plantas medicinais? Rev. Ciência Cuidado e Saúde. set. 2008; 7(supl. 2).
7. Mesquita MK, Heck RM, Ceolin T, Vanini M, Barbieri RL. Plantas calmantes utilizadas entre famílias quilombolas. Rev. Ciência Cuidado e Saúde. set. 2008; 7(supl. 2).
8. Shimpo K et al. Effects of *Aloe arborescens* ingestion on azoxymethane-induced intestinal carcinogenesis and hematological and biochemical parameters of male F344 rats. *Asian-Pacific Journal of Cancer Prevention* 2006; 7(4): 585-90. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. Acesso em: 19 jun. 2008.
9. Zago R. Câncer tem cura. 20.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997. 121p.
10. Lorenzetti BB, Souza GEP, Sartis SJ, Santos Filho D, Ferreira SH. Myrcene mimics the peripheral analgesic activity of lemongrass tea. *J Ethnopharmacol.* 1991; 34: 43-48.
11. McKay DL, Blumberg JB. A review of the bioactivity and potencial health benefits of chamomile tea (*Matricaria recutita* L.). *Phytother.* 2006; 20 (7): 519-30.
12. Reifschneider FJB. (Org.). *Capsicum: pimentas e pimentões no Brasil.* Brasília: DF, 2000.

A INCLUSÃO DA PERSPECTIVA DE GÊNERO COMO ELEMENTO (RE) ORGANIZADOR DE PRÁTICAS DE SAÚDE

Aline Gomes Lunardi, Gilberto Souto Caramão, Paulo Fábio Pereira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Faculdade Três de Maio, Três de Maio/RS

mensagem_paulo@hotmail.com

Segundo indicadores de morbimortalidade do Sistema Único de Saúde (SUS), os homens têm uma expectativa de vida menor que a das mulheres em todas as faixas etárias, Pensa-se que tal constatação não se refere as diferenças biológicas existentes entre homens e mulheres; e sim, que essa diferença reflete as formas desiguais de socialização existentes entre ambos. Essas diferenças estão ancoradas em pressupostos de gênero, ativos na cultura, e que constroem homens e mulheres como sujeitos de gênero. A partir disso, construiu-se a presente pesquisa, cujo foco foi problematizar, a partir da perspectiva dos estudos de gênero, algumas políticas e programas de saúde voltados para mulheres e para homens, para tanto, questionou-se: qual/quais perspectivas de gênero estão implicadas nos manuais e nos conceitos de profissionais da saúde para organizar programas de assistência à saúde no município estudado? A pesquisa foi construída em 2006, em um município de médio porte da região noroeste do Rio Grande do Sul, como requisito para a conclusão do curso de bacharelado em enfermagem. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, do tipo exploratório e documental, com análise de discurso conforme Minayo (2004). Buscando enquanto caminho para acessar, compreender e interpretar o significado dos discursos e das representações dos atores sociais em foco, a análise de políticas de saúde e enfermeiras/os da atenção básica. O estudo seguiu os preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza pesquisas que envolvem seres humanos. O corpus de análise foi construído a partir de entrevistas narrativas realizadas com oito enfermeiras que atuam em um serviço de referência para a região noroeste do Rio Grande do Sul, em uma Secretaria Municipal de

Saúde. Foram analisados documentos como planos de ação criados no município, bem como manuais das esferas federal e estadual, que tratam do assunto. Tanto profissionais quanto os manuais e protocolos que instituem políticas de saúde no município estudado possuem uma visão singular de gênero, voltado ao feminino. O campo de estudos de gênero possibilita problematizar as formas como são instituídas representações culturais de gênero masculinas e femininas no interior de uma dada cultura, focalizando, por exemplo, algumas políticas e práticas de saúde. Assim, pode-se delimitar alguns dos processos, que, fundados no pressuposto da existência de diferenças ancoradas num corpo biológico, passam a subjetivar indivíduos e a constituir desigualdades sociais. Nesta perspectiva, essas representações podem ser pensadas e problematizadas. As teorizações de gênero são úteis neste momento, pois possibilitam questionar as concepções naturalizadas que implicam atributos e valores ao masculino e ao feminino. Abre-se, dessa forma, a possibilidade de se pensar o gênero em seu caráter relacional, argumentando que o masculino e o feminino, pensados como construtos socioculturais, são instituídos de forma relacional e interdependente, proporcionando lugares diferentes/hierárquicos a homens e mulheres. Com isso, o gênero se propõe a implosionar as explicações que se baseiam nas diferenças biológicas para justificar as desigualdades sociais entre homens e mulheres, e remeter essas discussões ao campo da cultura e da linguagem, entendendo-as como sendo perpassadas por relações de poder/saber, educando homens e mulheres em conformidade com os padrões socioculturais de ser homem e de ser mulher a partir dos enunciados circulantes na cultura. O conjunto de valores sociais que constituem a masculinidade tradicional tem um forte impacto sobre a saúde dos homens. A partir de uma análise comparativa dos indicadores de saúde dos gêneros, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), constata-se que os homens tem uma expectativa de vida menor que a das mulheres em todas as faixas etárias, os homens são os principais envolvidos e as vítimas mais freqüentes de acidentes, e também são as principais vítimas de assassinato, etc. A masculinidade, baseada em valores hegemônicos, instala a vulnerabilidade de gênero, a partir das experiências de socialização masculinas. O homem é socializado para ser forte, provedor, destemido, imbatível etc. Os homens se expõem a riscos ocupacionais em seus trabalhos, não fazendo uso, por exemplo, de equipamentos de segurança quando necessário; existem comportamentos de gênero que endossam o consumo de tabaco, o consumo exagerado do álcool. Estes pressupostos de gênero circulantes na cultura atuam criando estereótipos a estes atores sociais e que passam a vigorar como barreiras culturais para a adesão, e até mesmo criação de programas de saúde que contemplem os homens. Desta forma, percebeu-se, de forma geral, que a maioria das/os entrevistadas/os criam acesso a unidade de saúde, quase que exclusivamente as mulheres, e estas na fase reprodutiva da vida. Responsabilizando o feminino em ações de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, no pré-natal, cuidados especiais com recém nascidos (puericultura, amamentação), bem como crianças de demais faixas estarias; não encontrou-se menção que responsabiliza-se o homem-pai em algum momento. As enfermeiras justificam tal acontecimento, de forma geral, pelos seguintes elementos presentes em todas as falas das informantes: “Porque é ela (mãe, avó ou tia) quem comparece na unidade e nos cursos de gestantes. Também nas visitas domiciliares as orientações são dadas às mães, porque os pais estão no trabalho. São poucos os pais que acompanham as esposas nas consultas e cursos, em função do trabalho [...]outros é por desinteresse e desestruturação conjugal” (Informante 1, 2006). Essa invisibilidade em

relação ao masculino não se dá sem efeitos. Os homens (de substratos socioculturais menos favorecidos) vão a unidade de saúde, conforme o relato das profissionais em momentos específicos: quando existe dor intensa, com o agravamento de doenças, e ainda quando esta o impossibilita de trabalhar. O estudo apontou que as práticas de enfermagem têm como foco o atendimento à mulher, negligenciando a participação do homem em suas ações. Os programas de saúde analisados tem uma visão singular de gênero, constituídos a partir de uma concepção de gênero que aponta para o construções de feminino hegemônico. As ações são planejadas, sobretudo para aquelas mulheres que se encontram no período de vida reprodutivo; as políticas de saúde estão voltadas para o atendimento de mulheres/gestantes/puérperas e crianças. A análise possibilita dizer ainda que elementos de gênero estruturam as ações de saúde e que é necessário romper com essa visão singular que tem alimentado as atuais práticas. É importante que se problematize as práticas de saúde na dimensão do gênero para desnaturalizá-las, tornando-as mais efetivas. Portanto, as políticas públicas de saúde não se reduzem a elementos de gênero em sua construção, no entanto os incluem, criando-se assim formas de aplicabilidade deste referencial, que passa a constituir-se em um elemento relevante para (re)significar muitas das políticas de saúde voltadas à assistência à saúde no país hoje. É importante compreender mecanismos que se colocam nas praticas de profissionais de saúde e que promove a desigualdade no acesso a bens e serviços para que se possa construir um caminho de afirmação científica, econômica e cultural de que se necessita.

Descritores: Enfermagem; Gênero; Saúde Coletiva.

A SALA DE ESPERA COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Carlise Rigon Dalla Nora, Fabiana Mânica, Jonathan da Rosa, Alessandra Regina Müller Germani.

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Frederico Westphalen

carliserdn@yahoo.com.br

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, ocorrida em Alma-Ata, em 1978, expressou a necessidade de proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo, como um direito humano fundamental. Nesse contexto, destaca-se que a saúde passou a ter a dimensão de qualidade de vida e não simplesmente de ausência de doença, o que exige pessoas informadas sobre os cuidados para se ter saúde e com capacidade pessoal para melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde vivem. Nessa perspectiva, novas estratégias são criadas e implementadas visando criar políticas que atendessem a essas demandas, uma delas é a criação do Sistema Único de Saúde -SUS, com suas políticas norteadoras, como a Estratégia de Saúde da Família -ESF, a qual tem como papel principal a reorientação do modelo assistencial para a atenção básica, buscando assim a integralidade da assistência. Deste modo, novos serviços devem ser criados para atender as necessidades da população e as necessidades dessa nova visão de assistência. Neste viés, apresenta-se o grupo de sala de espera, o qual funciona como um espaço potencializador das práticas de educação em saúde, sendo estruturada pelos princípios diretrizes do Sistema Único de Saúde. É importante

observar que é através das sala de espera que ocorrem várias experiências satisfatórias entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, pois é através deste território que os mesmos podem alcançar sensações bastante intensas, como a criação de vínculo, a desmistificação de tabus e o desenvolvimento de um estímulo ao debate e a reflexão, criando assim, ações para a superação de problemas da própria comunidade, bem como para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Segundo essa linha de reflexão, ressalta-se um profissional com características bastante presente nesta perspectiva, o enfermeiro(a), que por estar presente junto à comunidade, vivencia as suas transformações mais intensamente, se tornando uma ferramenta fundamental na construção desse fazer em saúde. É o profissional de enfermagem que com habilidade e criatividade deve incentivar e desenvolver estratégias para atender as demandas de saúde, contribuindo para que todos participem da discussão dos problemas de saúde e do meio em que estão vivendo. Deste modo, metodologias assistenciais devem ser implementadas para atender as necessidades da população. Assim, apresenta-se o grupo de sala de espera, desenvolvido no Programa de Saúde da Família II - PSF II, do município de Frederico Westphalen, Rio Grande do Sul, desde o segundo semestre de 2008. Vale ressaltar que o grupo de sala de espera se constitui em um projeto de extensão, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI, Campus de Frederico Westphalen. Face ao exposto, destacamos os principais objetivos deste projeto, quais sejam: proporcionar ao bolsista experiências acerca da extensão universitária, visando despertá-lo para o compromisso com o desenvolvimento destas atividades no seu cotidiano profissional; vivenciar a implantação e implementação da sala de espera no PSF2, tendo em vista contribuir para a melhoria da assistência; organizar os temas para serem abordados na sala de espera utilizando diversos recursos áudio-visuais. Esse relato tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas pelos bolsistas durante o respectivo projeto, sendo assim em uma primeira etapa realizou-se um amplo estudo bibliográfico, a fim de aprofundar e ampliar o assunto do mesmo, onde foram realizadas várias consultas aos materiais disponíveis na biblioteca da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Frederico Westphalen/RS. Após isto, foi realizado também diversas consultas ao sistema de informações on-line na coleta de materiais, como: biblioteca e sites, foram priorizadas as buscas por materiais atuais. Ao término desta etapa, foi feita a leitura e releitura dos materiais, discussões dos temas durante os grupos de estudos do referido projeto, e em seguida, realizado o aprofundamento e ampliação da revisão de literatura, bem como, a organização das fichas de registros dos materiais referentes à sala de espera. Para dar continuidade nas atividades propostas pelo projeto, em um segundo momento, foi necessário a realização de uma reunião com os profissionais de Saúde do PSF 2, a fim de sensibilizá-los acerca da importância da sala de espera, sendo nesse momento apresentado o projeto de extensão para a Secretária de Saúde do Município de Frederico Westphalen, no intuito de levar ao seu conhecimento os objetivos do mesmo, e obter sua autorização e a autorização da enfermeira responsável pelo PSF 2 para assim iniciar as atividades da sala de espera. Devido a isto, após o aval de ambas, foram iniciadas as atividades, sendo primeiramente, feito o reconhecimento do local, sendo assim, organizamos a sala de espera em um espaço público, onde os usuários podiam circular e aguardar por um atendimento, nesse local as pessoas conversam, trocam experiências, observam e expressam-se. Assim, após a organização do ambiente, foi realizado uma reunião com a enfermeira responsável pelo PSF 2, onde no momento, foram apresentados a mesma uma lista

com alguns temas sugeridos para serem abordados durante os encontros na sala de espera. No decorrer da reunião, foi proposto pela profissional enfermeira outros temas que poderiam ser discutido na sala de espera, uma vez que, estes temas estão sendo muito freqüentes no PSF 2, e se forem abordados com os usuários na sala de espera certamente resultariam em bons resultados. É importante destacar, que o projeto está em andamento há um semestre, onde até o presente momento, foram realizados no PSF 2 do município de Frederico Westphalen sete encontros de sala de espera. No decorrer do projeto, foram realizadas outras atividades relacionadas ao mesmo, ou seja, a confecção de materiais didáticos, como: folderes, cartazes, cartilhas e figuras ilustrativas, bem como, a organização de materiais para expor em pôsteres, a elaboração de resumos expandidos e simples, artigos científicos para publicação em eventos. Dessa maneira, esse projeto visa desenvolver atividades sócio educativas, configurando ações de caráter preventivo e de promoção á saúde, assim cabe destacar alguns temas abordados na sala de espera, quais sejam: qualidade de vida, alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, prevenção do câncer de pele, prevenção da desidratação, prevenção da insolação, prevenção do triglicérides. Nesse sentido, para a realização dos momentos de sala de espera faz-se necessário utilizar uma linguagem simples, bem como materiais didáticos como folderes que visem a promoção da saúde e cuidados específicos com o tema abordado, cartazes, figuras ilustrativas motivadoras de discussão, uso de vídeos, DVDs, televisor e CDs. Em todas as salas de espera os usuários se mostraram participativos e interessados no tema proposto, houve troca de experiências e informações, foram esclarecidas dúvidas. As salas de espera tiveram duração de 30 á 60 minutos, tempo estabelecido conforme a participação dos usuários e o desenvolvimento das atividades propostas. Nessa interface, considerando as necessidades dos usuários, a sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde. Além disso, é por meio da sala de espera os profissionais da área da saúde tem a oportunidade de estar desenvolvendo atividades como a educação em saúde, que auxilia na prevenção de doenças e na promoção da saúde, proporcionando também uma melhora na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a interrelação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar os muitas vezes burocratizados serviços de saúde. Com isso, a sala de espera não constitui apenas mais uma atividade de enfermagem, e sim um instrumento que permite também a troca de conhecimentos entre os participantes, o reconhecimento da realidade sócio-cultural, bem como, crenças e a expressão dos sentimentos dos participantes. Assim, ressaltamos que o desenvolvimento de tal projeto vem fornecendo várias experiências construtivas, pois através do desenrolar das atividades propostas pelo mesmo, vem sendo proporcionado a articulação ensino teórico, bem como, contribuições para vida profissional e uma melhor qualidade dos serviços de saúde do Município de Frederico Westphalen. Enquanto bolsistas, durante o desenvolvimento das atividades propostas neste projeto, foi possível perceber a importância da implantação e implementação da sala de espera não só no PSF2, mas sim nos diferentes serviços de saúde, como um ambiente crítico/reflexivo que possibilite um meio para acolhermos os usuários, levantando as suas necessidades e assim buscando intervir junto com eles e não para eles, contribuindo desta forma para a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS.

Descritores: Acolhimento; Educação em saúde; Sistema Único de Saúde.

**CARACTERIZAÇÃO DAS AÇÕES DE COMBATE AO RACISMO INSTITUCIONAL NA SAÚDE:
UMA ANÁLISE DOCUMENTAL SOBRE A COMISSÃO ESPECIAL DE POLÍTICAS DE
PROMOÇÃO DA IGUALDADE RACIAL EM UM GRUPO HOSPITALAR**

Junara Nascentes Ferreira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

junaraferreira@gmail.com

Introdução: As desigualdades étnico-raciais no âmbito da saúde carecem de uma maior investigação. Pesquisas demonstram que a discriminação racial persiste, resiste em todas as áreas de assistência e serviços a população brasileira (MUNANGA, 2003). A prática do racismo institucional na saúde afeta preponderantemente as populações negra e indígena. Pesquisas demonstram que os serviços de saúde por meio de seus profissionais, decisões de gestão, normas organizacionais, medidas disciplinares, leis e outros expedientes denotam discriminação resultante de preconceitos, desinformação, falta de atenção, aplicação de estereótipos racistas. Nesse sentido, é fundante trabalhar a formação do profissional em saúde e as especificidades étnico-raciais no Brasil. A experiência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e de sua Comissão Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (CEPPIR) no combate ao racismo institucional é de suma importância na superação das desigualdades em nosso país, também é subsídio para novas políticas públicas em saúde. **Objetivos:** Este trabalho propõe-se a discutir o papel das instituições de saúde e a superação das desigualdades raciais, de caracterizar a importância da CEPPIR dentro de uma instituição de saúde. **Metodologia:** O estudo sobre racismo institucional adotará a análise documental como forma de pesquisa, conceituada como uma pesquisa realizada a partir de documentos. **Resultados:** A coleta de dados do estudo ainda está sendo realizada pelo pesquisador. **Conclusões parciais:** O histórico de trabalho da CEPPIR é importante à área da saúde, pois estabelece o comprometimento de uma instituição em trabalhar as desigualdades. Também a trajetória de trabalho dessa comissão poderá revelar os benefícios para a população atendida que ela trouxe desde seu início e também ser modelo a outras instituições. Além disso, o GHC e seus profissionais através do trabalho da comissão têm uma nova possibilidade de manejo das disparidades em saúde e com isso conseqüentemente uma melhor assistência à saúde a toda população atendida.

Descritores: preconceito, grupos com ancestrais do continente africano, instituições de saúde.

COMPETÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM ATENÇÃO BÁSICA PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS IDOSAS

Andria Machado da Silva, Carla Daiane Silva Rodrigues, Maclaine de Oliveira Roos, Nilson Maestri
Carvalho, Regina Rigatto Witt, Stella Marys Rigatti
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
andria_2@hotmail.com

Desenvolver oportunidades para os profissionais de saúde no sentido de prepará-los para atuar em serviços amigos do idoso conforme proposta da OMS é o desafio a que este projeto procura responder. Faz parte de um projeto maior denominado Envelhecimento ativo no Sul do Brasil: enfrentando desafios e desenvolvendo oportunidades para Profissionais de Saúde e Pessoas Idosas, que está sendo desenvolvido com uma parceria entre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e o Centro de Saúde IAPI de Porto Alegre. O estudo tem o objetivo de desenvolver um referencial de competências para o atendimento de pessoas idosas na atenção básica. Serão estudadas competências gerais para a equipe multidisciplinar. O Projeto de Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. A Técnica Delphi está sendo usada para coleta de dados. Trinta profissionais de saúde participaram da primeira rodada que resultou em 57 competências. Essas competências foram comparadas com aquelas que resultaram de um estudo a respeito das Competências da Enfermeira na Atenção Básica (Witt, 2005). Depois disso, o desenvolvimento da estrutura de competências será baseado na proposta do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE, 2003) com a criação de um comitê multiprofissional local que irá validar essas competências. A estrutura resultante dessas fases será submetida aos profissionais de saúde do Distrito de Saúde Noroeste de Porto Alegre na segunda rodada da Técnica Delphi. Essas competências constituirão uma referência para a prática, permitindo a melhoria das ações dos profissionais de saúde, educação e treinamento, para que possam avaliar e tratar as condições que afetam pessoas idosas e oferecer condições para que se mantenham saudáveis.

Descritores: Competência profissional, Atenção Primária à Saúde, Atenção Integral à Saúde do Idoso

Referências:

1. WITT, R.R. Competência da Enfermeira na Atenção Básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. 336 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
2. CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS (CIE). ICN Framework of Competencies for the Generalist Nurses. Geneva: Conselho Internacional das Enfermeiras, 2003, 51 p.

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

Daniele das Neves Jardim, Karla Barbosa Kerwald, Daiane Maria Rampazzo, Elaine Cristina da Silva,
Rogério da Costa Barbosa, Eveline Franco da Silva, Adriana Aparecida Paz
Faculdade Nossa Senhora de Fátima
jardimdaniele@ig.com.br

Introdução: Atualmente, no município de Caxias do Sul existem 39 UBS destinadas ao atendimento de atenção básica integral a população. Tais UBS's tem como missão promover assistência à saúde, inclusive com ações de prevenção de doenças e promoção do auto-cuidado. As atividades práticas da disciplina de Enfermagem em Saúde Coletiva foram realizadas em uma UBS da zona norte desta cidade, onde foi proposto um diagnóstico de saúde comunitário. **Objetivo:** Conhecer a área de abrangência da UBS, tendo em vista identificar as características demográficas, socioeconômicas, culturais e de saúde da população.

Metodologia: Foi realizado um levantamento de informações sobre a comunidade, através dos profissionais e usuários da UBS, e de registros disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Resultados: A UBS estudada abrange 18 bairros e loteamentos, com aproximadamente 28 mil habitantes, sendo prevalente a classe média alta. A população em situação de carência está localizada numa região chamada "Área Verde", na qual estão expostos a situações de risco para a saúde. Nessa área da UBS, existem 12 escolas (públicas e privadas). A partir dos problemas identificados, elaborou-se um plano de educação para a saúde aos adolescentes e famílias, por meio de visitas domiciliares e atividades na escola. **Considerações:** Durante a experiência vivenciada na UBS foi possível conhecer a situação de saúde da comunidade, enfocando a questão da gravidez precoce e DST's em assuntos abordados na escola e em visitas domiciliares. Por sua vez, percebeu-se que é de grande importância que o profissional Enfermeiro tenha bom senso, responsabilidade e ética quando for realizar suas funções na área de saúde coletiva, sendo que o mesmo saiba envolver sua equipe e os usuários dos serviços.

Descritores: Diagnóstico; Enfermagem; Saúde; Comunidade.

EDUCANDO SOBRE SEXUALIDADE NA ADOLESCÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daniele das Neves Jardim, Karla Barbosa Kerwald, Daiane Maria Rampazzo, Elaine Cristina da Silva,
Rogério da Costa Barbosa, Eveline Franco da Silva, Adriana Aparecida Paz
Faculdade Nossa Senhora de Fátima
jardimdaniele@ig.com.br

Introdução: Durante a prática disciplinar de Enfermagem em Saúde Coletiva, foi proposto a atividade de educação para saúde dos escolares adolescentes. Na escola, os professores relataram a importância da orientação sobre a sexualidade na adolescência, visto que é um fenômeno da existência humana e de estudos/intervenções das políticas públicas. Essa temática tem sido cada vez mais discutida devido aos elevados índices de gravidez e de incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DST's) na população

jovem. **Objetivos:** Relatar a experiência da educação em saúde com adolescentes sobre sexualidade. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem na atividade desenvolvida em uma escola municipal de Caxias do Sul. Foram ministradas seis palestras com material expositivo sobre métodos anticoncepcionais e DST's na adolescência. As palestras foram destinadas para aproximadamente 200 adolescentes, com idades entre 12 a 16 anos. **Resultados:** Evidenciou-se que a maioria dos adolescentes tem informações inadequadas, seguido de muitas dúvidas sobre gravidez e demonstrou a pouca preocupação em relação à prevenção das DST's. **Conclusão:** Os adolescentes não tem informações consistentes para que possam incorporar conhecimentos sobre o seu desenvolvimento e a saúde sexual, sendo relevante a abordagem de cunho preventivo com esse grupo. Evidenciou-se que os adolescentes mesmo recebendo muitas informações sobre sexo, nem sempre sabem tanto quanto deveriam saber, o que compromete a situação de gravidez precoce e DST's. Tal fato decorre da escassa orientação e acesso aos serviços de planejamento familiar nessa faixa etária. Assim, acabam esclarecendo suas dúvidas com amigos que também não são tão conhecedores sobre sexualidade. Desta forma, a desinformação torna-se um círculo vicioso, em que se instalam muitos conflitos, em consequência da abreviação de uma fase de descobertas e socialização. A Enfermagem deve ser atuante nesta área para romper tabus e informações equivocadas, educando escolares, adolescentes, professores e pais sobre a sexualidade.

Descritores: Adolescentes – Sexualidade - Educação

ELABORAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Andria Machado da Silva, Carlos Augusto Descovi, Daiane da Rosa Monteiro, Daiany Borghetti Valer, Elisa Danoski Marasquim, Elisângela da Silva Alves, Gisele Karasek, Marina Nardino Luque, Eliane Pinheiro de
Morais

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

daianyvaler@gmail.com

O diagnóstico comunitário é um processo de pesquisa-ação que identifica os principais problemas de uma comunidade, com a participação da mesma, permitindo mobilizar os recursos necessários para a resolução de tais problemas (TESSIER; ANDREYS; RIBEIRO, 1996). O diagnóstico de uma comunidade permite conhecê-la profundamente, problematizando as principais situações de sua realidade (BECKER et al., 2004), permitindo o desenvolvimento ações de saúde condizentes às prioridades da população. O objetivo desse trabalho é relatar as etapas desenvolvidas pelos acadêmicos de enfermagem na elaboração de um diagnóstico comunitário em uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF). Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos da disciplina Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Primeiramente, a partir dos dados contidos em prontuários de família do PSF, foi elaborada uma tabela de distribuição de agravos à saúde para cada faixa etária e sexo, onde identificou-se, também, as características demográficas do local. O grupo se dividiu dentre as quatro micro-áreas da unidade de PSF e construiu, através de caminhada, um mapa da área de abrangência, identificando ruas e pontos que

apresentavam problemas. Para a elaboração do diagnóstico, as agentes comunitárias de saúde e o líder comunitário foram entrevistados, a fim de se conhecer as características da área, os anseios e as reivindicações da comunidade. Foi realizado registro fotográfico dos pontos que apresentavam problema dentro da área. Por fim, o diagnóstico elaborado foi apresentado à equipe do PSF a fim de auxiliar na elaboração de estratégias e ações de saúde de acordo com as prioridades da comunidade. Elaborar um diagnóstico comunitário mostrou-se fundamental para a qualidade da assistência à saúde. Experienciar a realização de um diagnóstico mostrou aos acadêmicos a importância que ele tem dentro da formulação de políticas de saúde que visem os problemas locais.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária, Programa Saúde da Família, Planejamento em Saúde Comunitária.

FORMAÇÃO DE ATORES SOCIAIS NA SAÚDE PARA A DEMOCRATIZAÇÃO: REFLEXÃO NECESSÁRIA

Ricardo Burg Ceccim, Teresa Borgert Armani, Paulo Fábio Pereira
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
mensagem_paulo@hotmail.com

O trabalho foi produzido a partir de vivências pedagógicas na formação de trabalhadores em saúde dentro de atividades do programa de Fortalecimento da inovação na formação médica / Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), em uma universidade localizada no RS. A metodologia baseou-se em uma abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação. Foram realizadas no segundo semestre de 2008, oficinas de Integração Ensino-Serviço – Pró-Saúde. O objetivo principal foi promover o desenvolvimento dessa integração como forma de implementação das orientações nacionais relativas à reorientação da formação de profissionais da saúde. O Pró-Saúde está estruturado em três eixos: Orientação Teórica, Cenários de Prática e Orientação Pedagógica. Para cada eixo, três vetores (indicativos de mudança) e três estágios situacionais (situação atual, intermediária e horizonte-objetivo). Na implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a qualidade da atenção à saúde exige a formação de pessoal com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva, mas torna-se imprescindível o comprometimento das instituições de ensino para com o modelo assistencial definido na Legislação Orgânica da Saúde (Leis Federais nº 8.080/90 e nº 8.142/90). A partir do SUS, a organização do setor sanitário passou a reger-se pela universalidade do acesso, integralidade da atenção, descentralização da gestão e participação da população com poder decisório. O SUS, entretanto, tem experimentado dificuldades em sua estruturação, dificuldades que vão de um financiamento insuficiente à manutenção de um imaginário de descrédito no setor público. A rede assistencial ainda é vista de maneira fragmentada e escalonada em níveis de proteção ou atendimento que protelam a conquista da integralidade como direito de todos e dever do Estado. A experiência de contratação, no interior do Pró-Saúde, de serviços especializados para o desenvolvimento e mobilização de capacidades institucionais, mediante metodologia da pesquisa-ação e da educação

permanente em saúde para o aperfeiçoamento da integração ensino-serviço, legou projetos de atividades educativas para mudança por replicação; um conjunto de atores sensibilizados para os eixos da mudança, uma metodologia de acompanhamento da mudança; um acervo documental do processo e de informações/conhecimentos; um ambiente virtual de aprendizagem e a emergência de uma inteligência do projeto e de processo a ser dimensionada no distanciamento afetivo dessa primeira etapa (distância própria da competência analítico-reflexiva). A simples presença em sala de aula de docentes, estudantes, trabalhadores, gestores e conselheiros de saúde, sem hierarquia e sem privilégios já instaurou outro imaginário, novos desafios e novo protagonismo. O fomento à inovação e à saúde coletiva como “transversal de tempo” foi o produto ético. Para isso, articulou atividades *teórico-vivenciais* e atividades individuais e coletivas de *formação orientada*, visando à construção de um espaço de conversações entre docentes e estudantes de medicina, trabalhadores na rede local do Sistema Único de Saúde, além de docentes e estudantes de outros cursos de graduação da área da saúde e profissionais do Sistema Único de Saúde local, pertencentes às demais carreiras no setor. Quanto ao perfil dos participantes, foi preenchido um total de 81 vagas, distribuídas entre docentes e representantes estudantis da Universidade, trabalhadores e gestores da rede local do SUS e representantes do controle social no SUS local (embora a dupla inserção com outro segmento). Na prática concreta, houve um expressivo comparecimento, com a presença de aproximadamente 50 participantes (62%) a cada encontro. Digno de nota é que os dois últimos encontros foram os de maior comprometimento (74%), o que evidenciou a construção de uma “linguagem da mudança” como acolhimento das suas diretrizes e aplacamento das resistências colocadas pela tradição. A representação por segmentos, conforme as listas de participação, foi a seguinte: a) docentes universitários – 48 professores – 59,26%; b) estudantes universitários – 11 acadêmicos – 13,59%; c) trabalhadores e gestores do SUS local – 20 profissionais – 24,69%; d) representantes do controle social – 02 representantes – 2,46%. Entre os docentes, encontravam-se, além dos educadores médicos, professores dos cursos de enfermagem, farmácia, fisioterapia, nutrição, psicologia e serviço social; entre os estudantes, além dos acadêmicos de medicina, encontravam-se alunos de graduação em enfermagem, farmácia, psicologia e serviço social; entre os trabalhadores e gestores, além dos médicos da rede local de saúde, encontravam-se representantes das carreiras de enfermagem, farmácia, psicologia e serviço social. Entre os docentes e estudantes, a supremacia da participação foi do curso de medicina. As atividades de ensino teórico-vivenciais e de formação orientada ocorreram no interior de dinâmicas de sala de aula (tempo ensino) e mediante processos autônomos no interior da instituição de ensino e com seus interlocutores interinstitucionais da rede local de saúde (tempo serviço). A construção do conhecimento articulou os princípios da pesquisa-ação e da educação permanente em saúde, enfocando a rede de atenção e de gestão da saúde; fortalecendo a interdisciplinaridade e a intersetorialidade na produção, tanto dos atos de saúde como nos atos de ensino-aprendizagem nas profissões da área, enfocando as interações entre o espaço da formação e o espaço do trabalho. A oficina compreendeu 03 núcleos temáticos, previstos para a problematização em atividades teórico-vivenciais a partir do cotidiano do ensino e dos serviços, identificando nós críticos e tecendo caminhos de avanço coletivo, motivando a produção de conhecimento-ação com atividades de análise de situação e exploração de intervenções a serem ressignificadas nas atividades de formação orientada. Estes núcleos temáticos tiveram sustentação teórica nas

diretrizes constitucionais do setor da saúde – abrangendo reforma sanitária e saúde coletiva; nas diretrizes curriculares nacionais da área da saúde – abrangendo conhecimentos e habilidades gerais no campo da saúde e conhecimentos e habilidades específicas no núcleo das profissões e no Pró-Saúde – abrangendo a integração ensino-serviço (familiarização com o SUS), a orientação teórica (transversalidade da saúde coletiva) e a orientação pedagógica (desenhos e métodos ativos e participativos). Os núcleos temáticos, apoiados nas próprias trajetórias e acumulações dos participantes, foram concebidos como espaços para a reflexão e o exercício da capacidade crítica, não um lugar de transmissão. Eles favoreceram a troca de experiências e de valores, permitindo, de certa forma, interrogar o cotidiano e um “desacomodar-se” com as idéias novas e velhas para pensar ferramentas que possibilitassem a ativação qualificada de processos de mudança. O primeiro núcleo temático compreendeu a história dos movimentos de mudança na graduação, a história das articulações ensino-serviço e as políticas de saúde e de educação implicadas com a reorientação da formação profissional. O segundo núcleo temático trabalhou com a análise crítica das Diretrizes Curriculares Nacionais, a noção de competências e habilidades gerais (campo da saúde) e competências e habilidades específicas (núcleo das profissões), tendo em vista o trabalho interdisciplinar e de atenção integral à saúde. O terceiro núcleo temático abordou o Pró-Saúde: seus objetivos, eixos temáticos, implementação, desenvolvimento potencial na reorientação da formação profissional em saúde e cenários de ensino e de avaliação. Uma etapa de produção coletiva e fechamento contribuiu à construção de estratégias e à formulação de indicativos para a efetivação das mudanças na formação profissional em saúde na Universidade, uma produção concreta e participativa legada pela Oficina ao Pró-Saúde. Mediante as metodologias da pesquisa-ação e da educação permanente em saúde, além do processo formativo para o aperfeiçoamento da integração entre formação, trabalho e cidadania em saúde, foi elaborado um informe técnico-científico (ensaio breve) sobre a iniciativa e seu resultado de construção participativa de indicativos locais à integração ensino-serviço, com apresentação de situações traçadoras da imagem objetivo, e organizado um Ambiente Virtual de Aprendizagem, capaz de alocar de maneira primorosa atividades permanentes de educação tutorial. Com isso verificou-se que a construção participativa de indicativos à integração ensino-serviço tornou a ação vertical de implementação de políticas em uma ação horizontal de protagonismo local, onde se fizeram especialmente presentes os estudantes. A organização do Ambiente Virtual de Aprendizagem gerou um produto de ação permanente, com impacto sobre o ensino, os serviços e a política local de saúde, constituindo autoria e vanguarda nas iniciativas de educação tutorial por meio de tecnologias de informação e comunicação.

Descritores: Saúde Pública; Formação Profissional; Educação Continuada.

HETEROIMAGEM E IDENTIDADE PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA DE UM MUNICÍPIO

Francine Cassol Prestes, Carmem Lúcia Colomé Beck, Juliana Petri Tavares, Rosângela Marion da Silva,
Andrea Prochnow, Adelina Giacomelli Prochnow
Universidade Federal de Santa Maria
francassol@bol.com.br

O trabalho é uma espécie de espelho em que o homem se projeta e se enxerga no mundo, conferindo, dessa forma, uma identidade ao trabalhador (CODD, 1994). A identidade é formada e transformada continuamente e esse caráter de (re) construção constante faz com que permaneça sempre incompleta (HALL, 2000). Dessa forma, a identidade é construída na relação do homem com ele mesmo, com os outros e com a sociedade em que está inserido (OLIVEIRA, 2006). No que tange a enfermagem, alguns autores afirmam que seu trabalho encontra-se na interface com outros trabalhos na área da saúde e possui caracteres que mais ou menos o identificam, bem como a seus trabalhadores (SILVA, PADILHA & BORENSTEIN, 2002). Nesse contexto, às vezes parece não existir, por parte da sociedade, uma diferenciação entre o enfermeiro e os membros da equipe de enfermagem (GOMES e OLIVEIRA, 2005) o que pode apresentar reflexos nas representações, na auto-imagem e na auto (des) valorização dos trabalhadores acerca de seu trabalho e das suas funções sociais (OLIVEIRA, 2006). Sabe-se que a valorização e o reconhecimento profissional da enfermagem são desafios que estão alicerçados em resquícios históricos, como a necessidade de afirmação da profissão da enfermagem na modernidade que, juntamente com outros componentes sócio-políticos, estruturam o papel social estabelecido para os enfermeiros na atualidade. No que tange os Serviços de Atenção Básica, observa-se, empiricamente, a maior autonomia do enfermeiro, que pode favorecer o acúmulo de atribuições e o confundimento de seu papel profissional por parte dos usuários e trabalhadores de outras áreas, o que pode repercutir negativamente na identidade profissional da enfermagem. Diante do exposto, apresentamos este estudo que teve como objetivo conhecer a percepção dos enfermeiros dos Serviços de Atenção Básica acerca de sua identidade profissional. O presente estudo se caracterizou como uma pesquisa da área humano-social, do tipo exploratório-descritiva e que percorreu a trajetória metodológica da pesquisa qualitativa. A população constituiu-se de todos os enfermeiros que exerciam atividades nos Serviços de Atenção Básica de um Município do interior do Rio Grande do Sul. Para a coleta dos dados, utilizou-se um questionário com questões abertas referentes ao objeto de estudo. Os critérios de inclusão dos participantes do estudo foram: ser enfermeiro, atuar nos serviços já mencionados e desejar ser incluído na pesquisa, independentemente do vínculo empregatício (enfermeiros efetivos do Município e contrato temporário). Assim, todos os sujeitos que atenderam aos critérios receberam o questionário (52 sujeitos), desses 29 instrumentos foram devolvidos, os quais compuseram este estudo. Os pesquisadores realizaram um primeiro contato com os sujeitos, pessoalmente, no local de trabalho destes. Foi então formalizado o convite para a participação no estudo, explicado os objetivos da pesquisa e apresentado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Após o consentimento do participante, procedeu-se a entrega do questionário e estabeleceu-se uma data para devolução do mesmo. Ressalta-se que foram respeitados os preceitos da bioética e ética em pesquisa

conforme a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). A coleta dos dados ocorreu de março a julho de 2007 e, após o término, as informações obtidas foram codificadas utilizando-se números arábicos antecidos pela letra “E” de modo a preservar a identidade dos sujeitos pesquisados (E1, E2, E3...). Para a análise dos dados, optou-se pela análise temática, um método embasado na regularidade das afirmações denotando, dessa forma, estruturas de relevância, valores de referência e comportamentos presentes ou subjacentes nos discursos (MINAYO, 2007). Inicialmente, procedeu-se a leitura dos dados na íntegra para apreensão inicial de seus conteúdos e, seqüencialmente, os dados foram analisados em torno de três eixos temáticos: auto-imagem, heteroimagem e imagem da realidade. Após a leitura exaustiva do material, foram identificados e agrupados os dados que se repetiam e/ou possuíam semelhança semântica nos diferentes fragmentos em relação aos eixos temáticos supracitados, de acordo com os objetivos do estudo. Posteriormente, realizou-se a categorização dos elementos constitutivos de cada tema. Neste estudo, serão apresentados os resultados do tema heteroimagem. De acordo com alguns autores (Gomes e Oliveira, 2005), a heteroimagem reflete a forma como os sujeitos acreditam que os outros profissionais e a comunidade vêem a sua prática. A partir desse entendimento, construíram-se três categorias temáticas: ser referência na unidade, visão inespecífica do enfermeiro e ser pouco reconhecido por outros trabalhadores da área da saúde. Ser referência na unidade é uma imagem que se refletiu de forma intensa.. Os enfermeiros afirmaram que os usuários procuram primeiramente a figura do enfermeiro, seguem suas orientações e participam das atividades propostas, o que confere satisfação aos trabalhadores. Apesar de ser referência, os usuários possuem uma visão inespecífica do enfermeiro na medida em que desconhecem o papel que esse desempenha, chegando a confundir as atividades do enfermeiro com as realizadas por outros trabalhadores. Em algumas situações, não o diferenciam dos demais integrantes da equipe de enfermagem, compreendidos pelos técnicos e auxiliares de enfermagem; em outras, o equivalem ao médico. Nesse sentido, há desapontamento, por parte dos trabalhadores, pela necessidade de reafirmar o trabalho do enfermeiro, com suas habilidades e competências específicas para não ser confundido com “quebra-galho” de outros trabalhadores. Soma-se a isso o fato de o enfermeiro ser pouco reconhecido por outros trabalhadores da área da saúde que muitas vezes desconhecem e não valorizam as suas atividades privativas. A visão inespecífica do enfermeiro por parte dos usuários, refletida neste estudo, é uma questão preocupante que foi refletida sob outro prisma em um estudo que demonstrou a visão inespecífica na auto-imagem dos enfermeiros em Saúde Pública (GOMES e OLIVEIRA, 2005). Assim, observa-se que os resultados são convergentes e ratificam a premissa de que a construção da identidade do enfermeiro se dá pela relação do ser com o outro, em que o outro diz e reafirma quem é o enfermeiro, constituindo-se, assim, o seu espelho que reflete a heteroimagem (NETTO e RAMOS, 2004). O enfermeiro, muitas vezes, acaba por desempenhar atividades que competem a outros profissionais, o que contribui para que os usuários não tenham uma visão específica de seu papel profissional. Dessa forma, o enfermeiro absorve tudo como seu e a falta de especificidade das ações e de delimitação do papel do enfermeiro tende a diminuir sua visibilidade diante da instituição, da equipe de saúde e dos usuários (GOMES e OLIVEIRA, 2005). Sobre isso, outro estudo revela que as enfermeiras gozam mais de prestígio individual do que social (OLIVEIRA, 2006). Os enfermeiros refletiram uma percepção ambígua em que apesar de serem referência nos Serviços em que atuam se sentem pouco reconhecidos por outros

profissionais e percebem a visão inespecífica do enfermeiro por parte dos usuários, o que pode repercutir negativamente em sua identidade profissional. Assim, a heteroimagem remete a desafios que se reconfiguram ao longo da história da enfermagem enquanto profissão. Acredita-se que para transpor esses desafios é necessário que o enfermeiro tenha clareza da importância de delimitar suas ações em seu campo de atuação, desempenhando as atividades de sua competência e reivindicando condições adequadas de trabalho. Finalmente, enfatizamos a necessidade de novos estudos que suscitem reflexões acerca dos avanços e desafios no que tange a valorização, o reconhecimento, a satisfação e a identidade profissional dos enfermeiros.

Descritores: Identidade Profissional, Enfermagem, Atenção Básica.

Referências:

1. CODO, W. O que é alienação. São Paulo: Editora Brasiliense. 9 ed, 1994.
2. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução 196, de 10 de outubro de 1996 que Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [página na internet] [cited 2002 Jul 12]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>
3. GOMES, A. M. T. Oliveira DC de. A auto e heteroimagem do enfermeiro em saúde pública: um estudo de representações sociais. Rev Latino-am Enfermagem, v.13, n.6, p.1011-8, nov-dez, 2005.
4. HALL, S. A identidade cultural na Pós-modernidade. Rio de Janeiro: DP&A. 4 ed, 2000, 102p.
5. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
6. NETTO, L. F. S. A.; RAMOS, F. R. S. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. Rev Latino-am Enfermagem, v. 12, n. 1, p. 50-7, jan-fev, 2004..
7. OLIVEIRA, B. G. R. B. A passagem pelos espelhos: A construção da identidade profissional da enfermeira. Texto Contexto Enferm. Florianópolis, v.15, n.1, p.60-7, 2006.
8. SILVA, A.L.; PADILHA, M.I.C. DE S.; BORENSTEIN, M.S. Imagem e Identidade profissional na construção do conhecimento em enfermagem. Rev Latino-am.Enfermagem, v.10, n.4, p.586-95, jul-ago, 2002.

**O PAPEL DO ENFERMEIRO FRENTE À VACINAÇÃO DA FEBRE AMARELA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Carolina Fernandes Vaz, Jessica Dallé, Leone Vargas Pinto, Nildete Pozzebon, Paola Panazzolo Maciel,

Kelly Portal, Dagmar Elaine Kaiser

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

cvaz14@gmail.com

Introdução: A Febre Amarela (FA) é uma doença infecciosa, causada por vírus cujo reservatório natural são bugios e macacos que habitam as florestas tropicais. A FA se apresenta na forma silvestre transmitida pelo mosquito *Haemagogus* e, na forma urbana, pelo mosquito *Aedes Aegypti*. No Brasil, nos últimos anos a FA vem se manifestando por epidemias. A emergência da atenção primária em saúde de importância nacional de FA que iniciou em novembro de 2008 no estado do Rio Grande do Sul registrou até a data de 9 de abril de 2009, um total de vinte e seis notificações de casos suspeitos de FA silvestre. Destas, treze casos foram confirmados, seis evoluíram para óbito, nove casos permanecem em investigação e quatro foram descartados. Dos casos confirmados, dez eram do sexo masculino e três do sexo feminino. A idade mediana foi de vinte e nove anos e variou entre quatorze e cinquenta e um anos. Todos os casos não eram vacinados

contra a FA e estiveram em atividades no meio rural ou silvestre como local provável de infecção. Os municípios com indicação de vacinação contra a FA são definidos a partir de critérios de classificação de áreas afetadas ou ampliadas baseados na evidência da circulação do vírus. No período de outubro de 2008 a três de abril de 2009, foram distribuídas 2.292.000 doses de vacinas contra a FA para as Coordenadorias Regionais de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. No mesmo período, foram aplicadas 1.202.170 doses, nas áreas com recomendação de vacina e de intensificação das ações de vigilância (SES, 2009). O alerta epidemiológico 01/2009 da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre reitera que a notificação de casos suspeitos de FA é compulsória e imediata na atenção primária, sendo recomendada a vacinação no mínimo dez dias antes da viagem em todos os indivíduos, a partir dos seis meses de vida nas áreas endêmicas e nove meses em áreas não endêmicas, não vacinados nos últimos dez anos e que se deslocarem para áreas de risco. A vacina deve ser aplicada simultaneamente ou com intervalo de duas semanas para as vacinas de vírus vivo atenuados. Ela é contraindicada para pessoas com doenças febris agudas; estados de imunodepressão; pessoas com imunodeficiência congênita ou adquirida; com história de hipersensibilidade a proteína do ovo e outros derivados de galinha. O Ministério da Saúde contraindica a vacinação em gestantes, exceto em situações de emergência epidemiológica. O efeito adverso mais freqüente é dor no local de aplicação, de curta duração e autolimitada. Também pode ocorrer abscessos muitas vezes relacionados com infecção secundária ou com erros na técnica de manuseio ou aplicação da vacina. De 2 a 5% das pessoas vacinadas apresentam, depois do sexto dia, febre, mialgia, cefaléia, com duração de um a dois dias. Reações de hipersensibilidade imediatamente após a aplicação da vacina, nos primeiros trinta minutos até duas horas, do tipo erupção multiforme, urticária e/ ou asma em pessoas com história de alergia à proteína do ovo. Casos de encefalite são extremamente raros. O tratamento dos eventos adversos é sintomático ou segundo indicação do caso. (PMPA, 2009). Diante do aumento da área de risco, a Unidade Básica de Saúde (UBS) de um hospital universitário passou a disponibilizar a vacina conforme o estipulado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Tendo em vista que em um curto período de tempo, 30 de março a 09 de abril de 2009, 90 cidades foram somadas às 182 já identificadas como de risco, e presenciando o aumento da demanda pela procura de imunização da FA, as dúvidas em relação à doença, as indicações, a não padronização de questionamentos por parte da equipe de saúde e dos usuários do sistema, bem como a falta de insumos e estrutura física nos levou a destacar essa importante atividade do enfermeiro na gestão do cuidado na atenção primária em saúde. **Objetivo:** Evidenciar o papel do enfermeiro na implementação da imunização para a Febre Amarela na equipe de saúde. **Metodologia:** Este relato consiste na experiência de docentes e acadêmicos da disciplina de Administração em Enfermagem: Estágio Curricular I, do Curso de Graduação Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, em abril de 2009, em uma UBS do Hospital Universitário, em um momento de intenso envolvimento com a vacinação da FA, proporcionando uma experiência ímpar acadêmico-profissional através da vivência em campo de prática do enfermeiro, com dados de cobertura vacinal da UBS. **Discussão:** O enfermeiro exerce um importante papel no tocante às imunizações por orientar e supervisionar todos os aspectos técnicos e operacionais da sala de imunização, suprindo a sala de vacinas com imunobiológicos para atender a demanda. Sua equipe recebe e distribui o estoque e o uso diário; controla a temperatura da geladeira e das caixas térmicas para

uma conservação adequada; aplica as doses vacinais, realiza registros, avalia e orienta sobre eventos adversos e atua na educação para a saúde. O envolvimento da equipe de saúde, o acolhimento das comunidades, os registros em saúde e enfermagem, a clareza da informação, a educação em saúde, a documentação epidemiológica, a qualidade da assistência ao usuário na UBS, a satisfação do usuário da UBS em geral e da equipe de saúde, os recursos humanos e materiais, importância do planejamento pelo enfermeiro da implementação, execução e avaliação de rotinas na assistência vacinal ao usuário pela equipe de saúde são essenciais para o êxito e a lisura da atenção em saúde pretendida. **Resultados:** A análise da organização do trabalho na sala de vacinas e os dados epidemiológicos permitem utilizar-se dos mundos relacionados para a formação do cenário de atuação do enfermeiro. Os resultados propõem o início de um novo caminho, pois os saberes e fazeres necessários à prática de Enfermagem em sala de vacinas em momentos demandantes de campanha vacinal apontam para a necessidade de reorganização no trabalho visando a qualidade da assistência à saúde, evidenciando o enfermeiro e a equipe de saúde como fundamentais para a cobertura vacinal, requerendo a revisão do processo de trabalho de forma tal a promover processos potencializadores no seu cotidiano.

Descritores: Febre Amarela; Cobertura Vacinal; Atenção Primária à Saúde.

Referências:

1. ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual de Saúde. Febre Amarela Silvestre, Rio Grande do Sul, 2008/ 2009. Boletim semanal do dia 09 de abril de 2009.
2. LAROCCA, Liliana Muller. O agir comunicativo na sala de vacinas: saberes e fazeres necessários à prática de enfermagem. Curitiba: 2000. 110 p. (Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde).
3. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Alerta Epidemiológico 01/2009, de 07 de janeiro de 2009. Porto Alegre: 2009.

O PERFIL DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES HIV POSITIVOS ACOMPANHADOS NO HOSPITAL DIA DE CHAPECÓ-SC

Franciele Ataís Werle, Gabriela Maróstica, Alísia Helena Weis
Universidade do Estado de Santa Catarina
alisiahelenaw@yahoo.com.br

Introdução: A AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é o conjunto de sintomas e infecções em seres humanos resultantes do dano específico do sistema imunológico ocasionado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e é considerado um dos maiores problemas de saúde pública do mundo. Alguns estudos demonstram ocorrência significativa de infecção pelo HIV entre crianças e adolescentes, fato que desperta interesse sobre o desenvolvimento desta população bem como sobre práticas de cuidado específicas. **Objetivos:** Conhecer o perfil das crianças e dos adolescentes HIV positivos que são acompanhados no Hospital-Dia de Chapecó\SC. **Método:** Pesquisa exploratória descritiva. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC, a coleta dos dados foi realizada nos prontuários das crianças e dos adolescentes em tratamento e ou acompanhamento no ambulatório de HIV/AIDS do Hospital Dia localizado no município de Chapecó SC. Consideram-se crianças com idade de 0 a 12 anos incompletos e

adolescentes com idade entre 12 a 19 anos de idade incompletos. Critérios de seleção: prontuários de crianças e adolescentes em tratamento/acompanhamento no referido ambulatório, de ambos os sexos e oriundos dos 37 municípios da região oeste que estão pactuados com o Hospital Dia. Foram consultados 17 prontuários (9 crianças e 8 adolescentes). Os dados comuns buscados nos prontuários foram: sexo, idade, grupo étnico, cuidador, renda familiar, escolaridade, formas de transmissão, presença ou não de doenças oportunistas e realização ou não do tratamento anti-retroviral. O armazenamento das informações foi realizado no programa Excel 2003 para análise dos dados em gráficos. Estas informações foram asseguradas pelos pesquisadores de maneira confidencial e com sigilo absoluto. A final do processo eles foram desprezados com segurança e responsabilidades dos pesquisadores. **Resultados:** Verificou-se que entre as crianças houve pouca variação entre o sexo, ou seja, 56% do sexo masculino e 44% do sexo feminino. Já entre adolescentes houve diferença significativa no item sexo, sendo 75% do sexo masculino e 25% do sexo feminino. Considerando a variável idade, entre as crianças a faixa etária que se destacou com maior número de acompanhamentos foi dos 9 aos 11 anos (44%, ou seja, 4 crianças). As faixas referentes a 3 – 5 anos e 6 – 8 anos permaneceram constantes com 2 casos cada uma delas (22%). Já o grupo etário de 0 – 2 anos apresentou apenas um acompanhamento (12%). Entre os adolescentes, prevaleceu a faixa etária dos 12 – 14 anos com 6 indivíduos (75%). Apenas 2 adolescentes acompanhados (25%) estão no grupo etário dos 15 – 17 anos. Quanto a variável grupo étnico, constatou-se que tanto entre crianças quanto os adolescentes prevaleceu a etnia branca (78% e 88% respectivamente). No que se refere a variável cuidador, 44% (4) das crianças residem com a mãe, 33% (3) com outras pessoas e apenas 23% (2) com o pai mais a mãe. Em relação aos adolescentes, este mesmo item mostrou que 50% (4) deles residem com a mãe e 26% (2) com pai e mãe. Vale ressaltar que nesta população houve uma equivalência entre as alternativas que indicam reside com o pai e reside com outras pessoas (12%). O grupo familiar é uma referência importante, considerando-se em um significativo eixo de apoio e rede afetiva contextual, uma vez que o desenvolvimento humano ocorre por processos progressivos de interações duradouras, como é o caso das relações familiares. Neste contexto é imprescindível criar um clima de segurança ao redor de crianças e adolescente com HIV/AIDS, pois muitos deles são órfãos e moram com avós, tios ou outros familiares. Outros vivem com um dos pais em estágio avançado da doença. Isso faz com que muitas vezes esses indivíduos não recebam a atenção necessária. Quanto a variável renda familiar, foi encontrado que 78% das crianças e 75% dos adolescentes vivem com até 3 salários mínimos. Somente 22% das crianças e 25% dos adolescentes vivem com mais de 3 salários mínimos. Constatou-se através da análise dos prontuários que todos os adolescentes freqüentam a escola. A forma de transmissão em todos os casos foi a vertical. Estudos têm mostrado o alto índice de transmissão vertical entre crianças soropositivas. A transmissão vertical é a principal via de infecção pelo HIV em crianças, sendo responsável, no Brasil, por mais de 80% do total de casos em menores de 13 anos (1983-99); e por mais de 90%, se considerarmos apenas o período de 1998 a agosto de 1999. Os casos de transmissão vertical correspondem a 2,7% do total geral de casos notificados até agosto de 1999. Entre os adolescentes, destaca-se também a via vertical, mas incluem-se ainda a infecção via sexual e uso de drogas injetáveis. No Brasil a transmissão vertical tem sido responsável por cerca de 90% dos casos notificados de AIDS em menores de 13 anos. Estima-se que 15 a 30% das crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV

adquirem o vírus na gestação, durante o trabalho de parto ou parto, ou por meio da amamentação. No que se refere à presença de doenças oportunistas entre os adolescentes não foi constatada a presença delas. Já entre crianças observou-se que 56% (6) delas apresentaram doenças oportunistas sendo elas pneumonia, tumor benigno no pescoço e de broncopneumonia. A terapia anti-retroviral é realizada por 78% das crianças e 88% dos adolescentes. **Conclusões:** Na variável idade observou-se nas crianças o destaque para a faixa etária dos 9 aos 11 anos e entre os adolescentes dos 12 aos 14 anos, prevalecendo em ambos a etnia branca. Quanto ao convívio familiar a maioria das crianças e dos adolescentes vivem apenas com a mãe, sobrevivendo com uma renda de até 3 salários mínimos. Verificou-se também que todos os adolescentes freqüentam a escola. Quanto à forma de transmissão prevaleceu e todos os casos a vertical e em relação à realização do tratamento anti-retroviral, verificou-se que a maioria das crianças e dos adolescentes realizam o tratamento. Considerando que as mulheres, as crianças e os adolescentes que vivem com HIV/AIDS representam uma parcela importante no curso da doença, torna-se fundamental que os serviços aprimorem políticas de atendimento que considerem as particularidades e necessidades específicas de cada fase de desenvolvimento, visto que eles estão expostos a condições de vulnerabilidade. A adesão ao tratamento é outro aspecto que deve ser consolidado, a fim de garantir uma melhor sobrevida aos portadores. Uma das medidas de prevenção mais eficazes é a realização do pré-natal durante a gestação. Durante o atendimento à gestante no pré-natal é solicitado o teste de HIV e no caso de positividade devem-se disponibilizar encaminhamentos para centros especializados em acompanhar tais gestantes para que possa fazer o uso correto do medicamento AZT e demais orientações para com isso impedir ou reduzir as taxas de transmissão. Em relação aos soropositivos (crianças e adolescentes) é fundamental o desenvolvimento de práticas educativas, visando o autocuidado. Acredita-se que este trabalho possa contribuir para conhecimentos relativos às crianças e aos adolescentes HIV positivos, na área da saúde em especial para o fazer da enfermagem.

Descritores: HIV, crianças, adolescentes

O PRIMEIRO CONTATO COM A SAÚDE COLETIVA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruna Moser Torres, Gabriela Garcia de Oliveira, Mariana Timmers dos Santos, Lisiane Paskulin

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

brunatorres@hcpa.ufrgs.br

Introdução: O profissional de Enfermagem tem papel fundamental em Saúde Coletiva. A expansão das ações de atenção básica no Brasil coloca esse profissional em constante desafio no desenvolvimento de instrumentos para trabalhar nessa área, em ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação. Portanto, torna-se necessário o estudante ter contato com essa realidade. Este trabalho trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em estágio curricular do 3º semestre na disciplina de Fundamentos de Enfermagem Comunitária realizado em um Centro de Saúde de Porto Alegre, que presta assistência através do Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na

Constituição de 1988. Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização. O objetivo principal do SUS é assistir à população utilizando o modelo de promoção, proteção e recuperação da saúde, que são responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal. **Objetivos:** relatar as experiências adquiridas durante o estágio curricular na disciplina de Fundamentos de Enfermagem Comunitária, caracterizar os serviços oferecidos e equipe da Unidade Básica do CS IAPI e refletir sobre as principais atividades vivenciadas e princípios do Sistema Único de Saúde. **Métodos:** Relato de experiência de Estágio Curricular da disciplina de Fundamentos de Enfermagem Comunitária realizado na Unidade Básica do CS IAPI, pertencente ao Distrito Noroeste de Porto Alegre. A atividade ocorreu no período de 4 de setembro a 17 de novembro de 2008, nas terças e quintas-feiras pela manhã, com um grupo de 7 alunas e uma professora supervisora. As informações apresentadas foram obtidas por meio de observação e realização de atividades no CS IAPI, de pesquisa de dados secundários obtidos com a Gerência Distrital do CS e de visitas a instituições. **Resultados:** O CS IAPI é composto pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e pelo Ambulatório de Especialidades. Pertencem à UBS a área 8, com atendimento pediátrico, a área 9, onde são realizadas as imunizações e teste do pezinho, a área 10 com atendimento a usuários adultos e idosos e a área 11 com atendimento à mulheres e gestantes. Além disso, compõe a unidade básica a área 16, com atendimento odontológico. As demais áreas pertencem ao Ambulatório de Especialidades. Destaca-se entre essas a área 5, onde localizam-se duas salas de curativos e a área de atendimento aos ostomizados. A equipe de saúde da UBS é composta por: 15 clínicos; 9 pediatras; 6 ginecologistas; 12 enfermeiras; 65 auxiliares e técnicos de enfermagem; 2 nutricionistas; 1 assistente social e 8 dentistas. A equipe atende a população através do acolhimento, das consultas com os diferentes profissionais, dos grupos, dos procedimentos, das visitas domiciliares, entre outras. Durante o estágio foram acompanhadas e realizadas diversas atividades, descritas a seguir. Ao assistir a Consulta de Enfermagem com usuários ostomizados, as acadêmicas notaram que há uma preocupação muito grande do enfermeiro em estimular o autocuidado do indivíduo, para que ele possa adaptar-se à nova condição de vida. No CS IAPI o setor de curativos faz parte do ambulatório de especialidades e atende por demanda espontânea. Trabalham nas duas salas seis técnicos de enfermagem e uma enfermeira. O curativo é realizado pelos profissionais e também são fornecidas orientações sobre cuidados no domicílio e retornos ao serviço. Observou-se que os usuários referem-se ao CS e ao atendimento recebido como grandes responsáveis pela evolução positiva das feridas e de suas condições para realizar atividades de vida diária ao receberem os cuidados necessários. O grupo de climatério é realizado semanalmente e auxilia mulheres que entram no período de climatério. Este grupo é realizado por uma enfermeira, uma nutricionista e cerca de 20 a 30 mulheres por encontro. Estes encontros são extremamente importantes, visto que as mulheres trocam experiências e entendem as mudanças que estão ocorrendo. Observou-se que elas demonstram satisfação em participar do grupo e relatam repercussões dessas experiências em suas vidas. Acompanhadas por nossa orientadora, tivemos a possibilidade de observar o funcionamento da sala de vacinas, assim como realizar a administração de imunobiológicos nos usuários. Durante o período de estágio, foram aplicados 62 imunobiológicos em usuários adultos. Também vivenciamos alguns aspectos subjetivos, como estabelecer um contato mais próximo com o usuário, desde o

momento em que ele chega e expõe qual a sua necessidade, até o momento em que ele recebe a vacina e é informado sobre possíveis efeitos adversos da mesma. Os auxiliares de enfermagem e a enfermeira colocaram-se à disposição dos usuários para esclarecer qualquer dúvida ou prestar assistência no caso de algum efeito adverso. O CS IAPI é referência para a vacina da Febre Amarela no estado de Rio Grande do Sul. Foram acompanhadas também visitas domiciliares do Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA). Este consiste em um acompanhamento domiciliar ao usuário incapacitado de se buscar atendimento no CS IAPI. Pelas características da população que mora na área de abrangência do CS IAPI, o PADA atende, na sua maioria, idosos. A equipe do PADA é formada por uma enfermeira, dois médicos, uma técnica de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma assistente social. O grupo percebeu que este programa, por ser realizado na casa do indivíduo, possibilita um maior contato com sua realidade, sua estrutura familiar, seus conflitos, o ambiente em que vive e as dificuldades na adesão ao tratamento. Durante o estágio na UBS do CS IAPI, também foi realizada a verificação dos sinais vitais e medidas antropométricas. Verificou-se que a maioria desses atendimentos se dá antes da consulta médica ou para usuários que fazem monitoramento da pressão arterial. Foi realizada, ainda, uma Estimativa Rápida para verificação da cobertura vacinal de rubéola na área de abrangência do CS IAPI, proposta pelo Ministério da Saúde. O monitoramento teve duração de 4 horas e foi finalizado após ser atingida a meta de 50 entrevistas. Durante as entrevistas, foi realizada a vacinação de 5 pessoas que não pertenciam à área de abrangência do CS IAPI. Observou-se dificuldade na abordagem dos moradores para responder a pesquisa, pois os mesmos tinham receio em atender pessoas estranhas. Entre os entrevistados moradores da área de abrangência, verificou-se cobertura vacinal de 100%. Outra atividade desenvolvida foi uma Campanha de Vacinação contra Hepatite B de adolescentes da Escola Estadual Plácido de Castro. O grupo de estágio organizou a campanha, desenvolvendo encontros educativos com os alunos sobre a Hepatite B e medidas de prevenção e, após, realizou a imunização de 23 estudantes. O grupo realizou ainda uma visita ao PSF Vila Nazaré. Através da visita realizada, os estudantes puderam conhecer e estar próximo da realidade e do trabalho da Estratégia de Saúde da Família, acompanhando as atividades da enfermeira, na unidade, e dos agentes comunitários, em visitas domiciliares. Identificou-se a importância da construção do relacionamento com a comunidade, procurando conhecer e compreender a realidade de vida de seus moradores e verificou-se ainda as dificuldades enfrentadas pela equipe entendendo que existe diferença entre atender o usuário no hospital e estar, de fato, na casa das pessoas. **Conclusões:** as vivências no CS IAPI aproximaram as acadêmicas dessas diferentes realidades, familiarizando-as com o funcionamento de um serviço de atenção primária à saúde e com os princípios básicos do Sistema Único de Saúde: a universalidade, que não remete somente a imediata garantia de acesso a serviços de saúde, mas também enfatiza as ações preventivas, a fim de reduzir o tratamento de agravos da população; a equidade, que visa a reduzir as disparidades regionais e sociais de nosso país, também através das ações e serviços de saúde; a integralidade, que demonstra que a atenção à saúde deve considerar as necessidades específicas das pessoas, considerando-a de forma integral e sempre utilizando como foco a promoção, a proteção e a recuperação de sua saúde. Essas experiências proporcionaram o primeiro contato com usuários de um serviço de saúde, a convivência com profissionais da atenção básica, a aquisição de conhecimentos sobre o trabalho da enfermeira e sobre as atribuições desta na

equipe e, principalmente, o crescimento, pessoal e profissional, sobre como o trabalho em equipe na Enfermagem é importante para que todos os objetivos sejam alcançados na busca de proporcionar um atendimento humanizado à população. As vivências em atividades como a vacinação em adolescentes e na estimativa rápida, também aproximaram as estudantes de novas realidades. Durante o período de vivência no CS IAPI, as acadêmicas tiveram a oportunidade de visualizar e de colocar em prática os conhecimentos obtidos na cadeira de Fundamentos em Enfermagem Comunitária, de conhecer e de entender mais sobre Saúde Coletiva.

Descritores: Educação em saúde, Saúde Coletiva, Sistema Único de Saúde.

O SER HUMANO COMO INDIVÍDUO BIOPSISSOCIAL-ESPIRITUAL: UMA ANÁLISE DO SISTEMA ENERGÉTICO HUMANO E DE SUA RELEVÂNCIA PARA O CUIDADO

Bruna Almeida, Lisnéia Fabiani Bock

Centro Universitário Metodista-IPA

bruna.aps@pop.com.br

O fortalecimento do Paradigma Vitalista vem estimulando a consideração de fatores que transcendem o sistema físico (CAPRA, 2006). Tal fato tem propiciado a aceitação e o estudo do sistema energético humano. Infelizmente no ocidente pouco se valoriza as questões energéticas. Há apenas dados de experiências que tentam comprovar a existência do corpo etérico através da eletrobiografia, tais como a fotografia Kirlian e o “Efeito folha fantasma”. A fotografia Kirlian é um método onde organismos vivos são fotografados enquanto recebem uma descarga em corona. Já o “Efeito folha fantasma” é uma variação da fotografia Kirlian, onde folhas são fotografadas antes e após terem parte de sua estrutura retirada. Esse efeito demonstra que mesmo após a remoção a fotografia mostra a folha por inteiro, sugerindo que o campo feito pelos elétrons permaneceria mesmo após o desaparecimento da estrutura física, comprovando a existência de uma vibração mais sutil porém idêntica ao corpo físico (GERBER, 2004). Não basta estudarmos os planos sutis sem demonstrar sua utilidade. Segundo Gerber (2004) o sistema energético é influenciado por vibrações. Para Shealy e Myss (2000), as vibrações são absorvidas por centros de energias chamados Chakras, sendo que cada um atua como equilibrador de determinadas áreas do corpo físico. Havendo uma vibração negativa para um chakra ocorrerão perturbações nas funções fisiológicas pelas quais ele é responsável. Existem inúmeras terapias para a manutenção do sistema energético, as quais são chamadas de Práticas Integrativas e Complementares (PIC). Tais métodos visam reequilibrar os corpos sutis através de “infusões vibracionais positivas”. Atualmente o Ministério da Saúde estimula a utilização das PIC, objetivando o cuidado integral. Devido a essa realidade, tornou-se propício à enfermagem conhecer o sistema energético, já que o indivíduo cuidado só será contemplado em sua totalidade se forem tratados todos os componentes do seu ser, inclusive os de frequências mais sutis.

Descritores: Energia vital, Terapias complementares, Vitalismo.

Referências:

1. CAPRA, Fritjof. O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente. 32. ed. São Paulo: Cultrix Ltda, 2006. 448p.
2. GERBER, Richard. Medicina Vibracional: Uma Medicina para o Futuro. 14. ed. São Paulo: Cultrix Ltda, 2004. 463 p.
3. SHEALY, C. Norman; MYSS, Caroline M. Medicina Intuitiva: Reações emocionais, psicológicas e espirituais que propiciam a saúde e a cura. São Paulo: Cultrix Ltda, 2000. 272p.

PERFIL SOCIOECONÔMICO DE MÃES ADOLESCENTES RESIDENTES EM ASSENTAMENTOS RURAIS DO MUNICÍPIO DE ENCRUZILHADA DO SUL

Joannie S. Fachinelli Soares, Graciliana Elise Swarowsky, Marta Julia Marques Lopes
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
joannie_fachi@yahoo.com.br

Introdução: A gravidez na adolescência apresenta-se como um problema de saúde pública, constituindo-se como objeto de intensos debates na esfera da saúde reprodutiva. Além disso, está tornando-se popularizada pelos meios de comunicação, fato que tem contribuído para sua maior visibilidade social (PANTOJA, 2003). Se entre as mulheres como um todo se assistiu nas seis últimas décadas um decréscimo na taxa de fecundidade (em 1940, a média nacional era de 6,2 filhos, em 2000, passa a 2,3 filhos), entre adolescentes e jovens o sentido é inverso. Desde os anos 90, a taxa de fecundidade entre adolescentes aumentou 26% (BRASIL, 2006). Para o município de Encruzilhada do Sul o percentual de partos de mães adolescentes (10 a 19 anos) foi de 21,35% dos nascidos vivos, entre os anos de 2001 e 2005, conforme dados do DATASUS - MS (BRASIL, 2007). Em muitos casos, a gravidez na adolescência está relacionada com a situação de vulnerabilidade social, bem como com a falta de informação e acesso aos serviços de saúde, e ainda à condição de subordinação de adolescentes mulheres nas relações sociais vigentes. Em relação às áreas rurais, constata-se que refletem as disparidades em saúde existentes no país como um todo e ainda potencializam certas características “crônicas” de acesso a serviços em suas diferentes dimensões. Não só acesso geográfico está aí expresso, mas também aquele que é resultado das desigualdades nas opções e recursos assistenciais. Sabidamente as populações rurais não estão cobertas por programas de atenção básica e dependem de pólos de concentração urbanos que oferecem serviços com níveis de complexidade mais avançados. Deste modo, fatores sociais próprios do rural representam particularidades expressas na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, entre outros. A situação agrava-se nos assentamentos rurais, onde predomina uma infra-estrutura precária, com carência de meios de produção, grande diversidade cultural e baixo nível de escolaridade dos assentados (LOPES et al, 2007). Na tentativa de compreender e aprofundar aspectos sobre a temática da gravidez na adolescência, um grupo de pesquisadores da Escola de Enfermagem/UFRGS desenvolve atualmente um projeto intitulado “Gravidez e Maternidade na Adolescência em Municípios de Pequeno Porte e em Áreas Rurais na Metade Sul do Rio Grande do Sul” (Edital MCT/CNPq/MS-SCTIE/CT - Saúde nº 022/2007). Este trabalho, portanto, originou-se a partir do projeto acima citado e tem como **objetivo** descrever o perfil socioeconômico de mulheres que

engravidaram na adolescência, moradoras de áreas de assentamentos rurais do município de Encruzilhada do Sul. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico descritivo. O campo de estudo é constituído por dois assentamentos rurais localizados no município de Encruzilhada do Sul, o qual está localizado na metade sul do Rio Grande do Sul. Esta área foi definida com base na problemática identificada para a chamada “Metade Sul do RS”, que apresenta uma estrutura social e produtiva fortemente baseada em uma agricultura que tem se mostrado historicamente incapaz de alavancar o desenvolvimento econômico e social regional. Evidencia-se que a área é fortemente marcada por uma situação de desigualdade social, pois grande parte das principais atividades econômicas se caracteriza ou por uma baixa capacidade de geração de riqueza (como a pecuária de corte e o reflorestamento) ou, no caso de atividades agrícolas mais rentáveis, pela concentração da riqueza produzida em poucas categorias sócio-produtivas. A este contexto, acrescenta-se uma histórica deficiência em infra-estrutura produtiva (estradas, energia, serviços, etc.) (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL, 2003). Os sujeitos dos estudos são mulheres que vivenciaram/vivenciam a experiência da gravidez e maternidade na adolescência, residentes no campo de estudo citado. Para delimitar a faixa etária da pesquisa, adota-se o conceito de adolescência a partir da referência da Organização Mundial da Saúde, que demarca essa etapa do desenvolvimento humano como a segunda década de vida, ou seja dos 10 aos 19 anos (BRASIL, 2006). O trabalho de campo compreendeu a identificação das possíveis participantes, bem como a coleta dos dados e ocorreu em dois períodos, nos meses de Janeiro e Fevereiro de 2009. A coleta dos dados foi realizada através de um formulário contendo questões sobre a situação socioeconômica dos sujeitos em estudo. A análise dos dados foi realizada a partir da descrição das seguintes variáveis: idade, idade na primeira gestação, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, número de pessoas na família, número de filhos vivos, número de gestações na adolescência, renda familiar e renda por pessoa. As considerações bioéticas foram respeitadas conforme resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). As participantes foram esclarecidas oralmente sobre os objetivos do estudo e após receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para confirmar o aceite de participação no projeto, por meio da assinatura, pessoal ou por representante legal do documento. **Resultados:** Foram identificadas 19 mulheres que se enquadravam no perfil do estudo. Destas uma recusou-se a participar do estudo e duas não foram encontradas em casa no período da coleta de campo. Assim, o estudo contou com 16 participantes. A média de idade das participantes foi de 20,7 anos, com uma variação entre 18 e 23 anos. A idade na primeira gestação variou de 14 a 19 anos, com uma média de 16,3 anos. Quanto à raça, 09 (56,3%) participantes se identificaram como brancas e 07 (43,7%) pardas. Em relação à escolaridade 09 (56,3%) não completaram o Ensino Fundamental, 04 (25%) possuem o Ensino Fundamental Completo e 03 (18,7%) o Ensino Médio Incompleto. Apenas uma das participantes deu continuidade aos estudos atualmente, as demais interromperam durante a gravidez, justificando as atividades domésticas e o cuidado aos filhos como fatores que as impedem de voltar à escola. A principal ocupação das participantes são as atividades do lar, sendo esta atribuída como uma tarefa exclusiva para 11 (69%) mulheres. No total de 16 entrevistadas, 04 (25%) mulheres desenvolvem atividades na lavoura, além das tarefas domésticas e cuidados aos filhos e, apenas uma se ocupa com os estudos. Entre as participantes, 14 (87,5%) possuem união estável e 02 (12,5) são solteiras (não tem companheiro). Os núcleos familiares são compostos por uma

média de 4,2 pessoas, sendo encontrado um número máximo de 05 (cinco) e mínimo de 03 (três) integrantes por família. Foram consideradas como membros da família as pessoas que moram na casa da entrevistada e que dependem da mesma renda. No universo das 16 entrevistadas, 09 (56,3%) mulheres são primíparas e, destas, duas estavam na segunda gestação no momento da entrevista. Um total de 04 (25%) mulheres possui dois filhos, uma delas, ainda adolescente, está na terceira gestação. O restante das mulheres (18,7%) possui três ou mais filhos. A renda familiar variou de R\$ 122,00 à R\$ 1.500,00 mensais, com uma média de R\$ 516,40. A renda por pessoa variou de R\$ 24,40 à R\$ 300,00 e média foi de R\$ 119,00 por pessoa.

Considerações Finais: Os dados encontrados nesse estudo demonstram que a gravidez na adolescência traz inúmeras conseqüências de ordem social, sobretudo para as adolescentes que vivem no meio rural. Quanto à escolaridade, mais da metade possuem ensino fundamental incompleto, nenhuma das entrevistadas possui ensino médio completo, e apenas uma delas deu continuidade aos estudos. As demais interromperam os estudos durante a gestação e o fato de ter que cuidar dos filhos e assumir as tarefas da casa as impede de freqüentar a escola atualmente. Estudos mostram que, para aquelas que freqüentam a escola, a gravidez muda a perspectiva da escolaridade, levando a adolescente a parar de estudar temporária ou definitivamente (AQUINO et al, 2003; BATISTA, 2001). Em relação à renda familiar, a maioria das famílias possui renda de pouco mais que um salário mínimo nacional (valor de R\$ 465,00 para o ano de 2009). Entretanto, quase a totalidade das mulheres entrevistadas não contribui com essa renda, sendo dependentes da família ou do parceiro. Outros estudos também salientam que a maternidade precoce se apresenta de forma mais concentrada entre as adolescentes que possuem baixa escolaridade, com destaque para aquela que estavam cursando ou haviam concluído o ensino fundamental, independentemente do nível da renda familiar (IBGE, 2005). Os resultados deste estudo foram semelhantes aos encontrados por outros autores, em diferentes localidades, em que as gestantes adolescentes possuíam condição econômica mais desfavorável, baixo nível de instrução, menos trabalho remunerado e gestações anteriores (COSTA et al, 2001; GAMA et al, 2002; YAZLLE et al, 2002). Portanto, faz-se necessário desenvolver ações intersetoriais, através do esforço conjunto dos diversos setores da sociedade, para atender às necessidades dos jovens. Assim como, conhecer a dinâmica da utilização dos serviços de saúde pelas adolescentes, como uma forma de identificar suas necessidades em saúde. O perfil identificado afirma a importância de se pensar em políticas dirigidas aos adolescentes, atividades que promovam as necessidades emocionais e de desenvolvimento nessa fase da vida e possibilitem a elaboração de projetos de vida, particularmente, entre adolescentes do meio rural. E, desta forma, contribuir com políticas públicas que visem à integralidade no cuidado em saúde e na melhoria das condições de saúde das adolescentes residentes nesta área.

Descritores: Gravidez na Adolescência; População Rural; Condições Sociais.

POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NO SUS- ELEMENTO PARA DISCUSSÃO E REFLEXÃO COM USUÁRIOS NA SALA DE ESPERA

Carlise Rigon Dalla Nora, Fabiana Mânica, Alessandra Regina Müller Germani

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen

carliserdn@yahoo.com.br

A humanização na década de 60 e 70, enfocava somente o modo de relações interpessoais estabelecidas com o doente, bem como as questões administrativas das instituições predominantemente hospitalares, mostrando-se desarticulada das dimensões político-sociais do sistema de saúde. Nesse sentido, a partir do movimento de reforma sanitária é que começa a se delinear um novo projeto de saúde que passa a valorizar os cidadãos. Nesse intuito, várias estratégias foram propostas, sendo que, em 1988, com a promulgação da Constituição Federal Brasileira, foi criado oficialmente o Sistema Único de Saúde - SUS, que se sustenta através de princípios e diretrizes, quais sejam: universalidade, a integralidade da assistência do indivíduo e a participação da comunidade. Contudo, em 1994, o governo Federal implanta o Programa de Saúde da Família, o qual passa a ser considerado mais adiante uma Estratégia de Saúde da Família - ESF, esse apresenta-se para reorientar o modelo assistencial vigente e consolidar os princípios e diretrizes estabelecidos no SUS. Nesse sentido, o ESF prevê a participação de toda a comunidade, em parceria com a Equipe de Saúde da Família na identificação das causas dos problemas de saúde, na definição de prioridades, no acompanhamento da avaliação de todo o trabalho. Assim é possível perceber a temática humanização do atendimento em saúde muito relevante no contexto atual, uma vez que a constituição de um atendimento de saúde calcado em princípios como a integralidade da assistência, a equidade, e a participação social do usuário, demanda a revisão das práticas cotidianas, e a criação de espaços de trabalhos que valorizem a dignidade do trabalhador e usuário. Nessa perspectiva o usuário deve ser percebido como um sujeito histórico, que está inserido em determinado contexto socioeconômico que precisa de atenção, de escuta e acolhimento, enfim, ser percebido como um sujeito de fato. Deste modo, novas ações devem ser criadas para atender as demandas de saúde da população e as necessidades dessa nova visão de assistência. Neste viés, apresenta a sala de espera, ambiente que funciona como um espaço potencializador de diálogo, de estreitamento das relações entre o usuário e o serviço de saúde, essa se constitui em um alicerce para melhorar a qualidade do atendimento aos clientes, que por resultado reflete em um serviço mais humano, ampliando o conceito de cuidado biológico para um cuidado integral ao usuário. Desta forma, em 2003 o Ministério da Saúde, estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e gestão em saúde no SUS, que ficou conhecido como Humaniza SUS, este tem como objetivo efetivar os princípios e diretrizes do SUS, tais como a assistência integral, universalidade, hierarquização, regionalização de serviços além do controle social, buscando a efetivar isto no cotidiano de suas práticas de atenção a saúde e gestão, buscando um sistema de saúde mais humanizado, comprometido com a defesa da vida. Assim, por meio da metodologia de assistencial, sala de espera é possível estimular a humanização do atendimento e proporcionar um ambiente de acolhimento aos usuários e familiares que utilizam os serviços de saúde. Com bases nessas reflexões, propõe-se esse relato de experiência que visa apresentar as atividades que vem sendo

desenvolvidas pelas acadêmicas da URI - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- Campus de Frederico Westphalen no Curso de Graduação em Enfermagem, mais especificamente no VII semestre na disciplina de projetos de intervenção profissional, onde está sendo desenvolvido o projeto denominado: “Humanização da assistência no SUS como um elemento propulsor de discussões e reflexões na sala de espera da Estratégia de Saúde da Família- ESF 2 do município de Frederico Westphalen/RS”. O objetivo principal é proporcionar momentos de discussões e reflexões sobre a Humanização da assistência no SUS na referida sala de espera. Na primeira etapa, para a construção deste projeto foi necessário um amplo estudo bibliográfico, a fim de aprofundar e ampliar o assunto, onde foram realizadas várias consultas aos materiais disponíveis na biblioteca da URI- Campus de Frederico Westphalen. Após, foram realizadas diversas consultas aos sistemas de informações on-line na busca de materiais, sendo priorizado os materiais atuais. Ao término desta etapa, foi feita à leitura e releitura dos materiais, realizado o aprofundamento e ampliação da revisão de literatura, bem como, a organização das fichas de registros dos materiais pesquisados. É importante destacar que até o presente momento, como o projeto encontra-se na fase de implantação foram realizados apenas dois encontros de sala de espera, estando previstos mais momentos de discussões sobre a política de humanização da assistência na sala de espera da ESF 2, do município de Frederico Westphalen/RS. Desta forma, objetivando a melhoria da assistência, o acolhimento, a humanização do atendimento procuramos organizar e abordar os assuntos de forma criativa e dinâmica, a fim de atrair a atenção dos usuários que aguardam por atendimento. Sendo assim, destacamos os temas propostos nas sala de espera, quais sejam: humanização da assistência no SUS e HumanizaSUS direitos e deveres dos usuários, desse modo, para o desenvolvimento das mesmas foi utilizada uma linguagem simples, materiais didáticos como folderes, cartazes e figuras ilustrativas motivadoras de discussão, uso de vídeos, DVDs, televisor e CDs. Em ambas as salas de espera, os usuários se mostraram participativos e interessados no tema proposto, houve troca de experiências e informações, foram esclarecidas dúvidas. As salas de espera tiveram duração de 30 á 60 minutos, tempo estabelecido conforme a participação dos usuários e o desenvolvimento das atividades propostas. Dessa forma, ressaltamos que com a realização desse projeto é possível articular o ensino e a extensão, propor mudanças nos serviços de saúde, além de acrescentar de forma positiva na formação acadêmica, bem como para os serviços de saúde. Nesse contexto vale ressaltar que a humanização como política publica prevê a criação de espaços de construção e trocas de saberes, investindo no trabalho em equipe. Nesse sentido, através das atividades realizadas na sala de espera, pode ser criado espaços de diálogo que garantam um acolhimento aos clientes, que por resultado refletem em um serviço mais humano. Para alcançar uma compreensão dos princípios e valores que perpassam pelo campo da humanização o profissional da saúde necessita articular o conhecimento teórico e técnico da ciência aos aspectos afetivos, sociais, culturais e éticos das relações que são estabelecidas durante as suas práticas, assim, a humanização não deve ficar restrita ás atribuições meramente técnicas, mas sim a capacidade de compreender e respeitar o ser humano nas suas diferentes formas de existir. Dessa forma, vale ressaltar que durante o desenvolvimento das ações realizadas na sala de espera, é oportunizado ao enfermeiro a divulgação da respectiva profissão, além do reconhecimento da qualidade do cuidado e do trabalho prestado. Portanto para que ocorra a humanização da assistência de enfermagem, cabe ao profissional enfermeiro um envolvimento constante e

responsabilidade em lutar em prol da efetivação das diretrizes propostas pelo SUS, sendo assim, faz-se necessário que o mesmo venha utilizar algumas ferramentas de trabalho, as quais possam contribuir para o alcance de tal proposta. Mediante a isso, a utilização da sala de espera, pode ser considerada mais um instrumento importante de trabalho para os serviços de saúde, principalmente para o profissional enfermeiro.

Descritores: Enfermagem; Humanização da Assistência; Sistema Único de Saúde.

QUALIDADE DE VIDA DO CUIDADOR PRINCIPAL DE IDOSOS ATENDIDOS NO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR AO ACAMADO

Débora Faturi da Silveira, Lisiane Manganeli Girardi Paskulin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

deborafaturi@gmail.com

O envelhecimento é um processo progressivo e irreversível, o qual todos nós, seres vivos, estamos sujeitos. Nele, ocorrem uma série de modificações no organismo e na vida das pessoas, tendo várias conseqüências tais como ajustes relacionados ao papel do indivíduo no contexto social, ajustes psicológicos e diminuição da capacidade para realizar atividades da vida diária. Os últimos censos demográficos realizados no Brasil indicaram um inequívoco envelhecimento de sua população. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indica que no ano de 2020 a população idosa poderá exceder a 30 milhões de pessoas, representando 30% da população brasileira (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2002). O envelhecimento da população brasileira chama a atenção para a necessidade de um maior investimento na atenção à saúde da pessoa idosa. Muitas vezes em função de sua dependência para executar tarefas de vida diária, a pessoa idosa necessita do auxílio de um cuidador. Esse, geralmente é um membro da família que se envolve com várias atividades que vão desde o apoio em tarefas externas e supervisão no autocuidado do idoso, até a realização de cuidados de higiene e conforto deste. O responsável pelos cuidados do idoso é denominado cuidador principal. (GONÇALVES et al., 2006). Frequentemente este cuidador também abre mão de aspectos da sua vida pessoal, ou se sobrecarrega, assumindo as suas atividades pessoais além dos cuidados com a pessoa idosa. A presente pesquisa se propõe conhecer os cuidadores principais de pessoas idosas vinculadas ao programa e também a identificar a percepção da qualidade de vida dos mesmos. Segundo o grupo World Health Organization Quality of Life (THE WHOQOL GROUP, 1995, p. 1.405), qualidade de vida é definida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. O presente trabalho faz parte de um projeto “guarda-chuva” intitulado “Impacto de um programa de atenção domiciliária na qualidade de vida de cuidadores de idosos em uma unidade de atenção básica de Porto Alegre” (MORAIS et al., 2008). A pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida dos cuidadores principais dos idosos atendidos no Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) da Unidade Básica do Centro de Saúde IAPI. É um estudo de cunho quantitativo, descritivo e transversal (ROUQUAYROL, 2003). Este foi realizado com todos os cuidadores principais dos idosos

acamados vinculados ao PADA que aceitaram participar da pesquisa. O critério de inclusão era ser cuidador principal dos usuários atendidos no PADA e aceitar participar do estudo e o de exclusão era ser cuidador de usuários do PADA que possuíssem menos de 60 anos e o falecimento do usuário. Outro critério de exclusão utilizado, e não previsto inicialmente, foi a impossibilidade de contato com o cuidador em função da hospitalização do usuário durante o período de coleta de dados. De todos os 36 cuidadores principais dos idosos vinculados ao PADA no mês de agosto de 2008, apenas 28 se enquadravam nos critérios descritos acima. A coleta de dados foi realizada através de um questionário que continha variáveis sociais, econômicas, demográficas e de aspectos relacionados à saúde dos cuidadores (PEREIRA, 2000). Continha ainda questões relacionadas ao cuidado prestado pelo cuidador à pessoa idosa (GONÇALVES et al., 2006; VILELA et al., 2006). Foi utilizada também a versão brasileira do questionário proposto pela OMS que avalia a qualidade de vida denominado WHOQOL-BREF. No cuidador principal que tivesse 60 anos ou mais, foi aplicado ainda o módulo WHOQOL-OLD para a avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas. Para o início do procedimento de coleta de dados, no mês de julho de 2008, foram identificados os usuários idosos e seus cuidadores principais. No mês de setembro e outubro de 2008, os cuidadores foram procurados via contato telefônico para solicitar autorização para a visita. Foi agendado um horário para aplicação dos instrumentos com os cuidadores que concordaram participar da pesquisa. Na visita no domicílio foram explicados os objetivos do estudo e fornecido o termo de consentimento livre e esclarecido, para conhecimento e assinatura. Foi solicitado então que o mesmo preenchesse o instrumento com dados sociodemográficos, de saúde e aspectos relacionados ao cuidado, além do preenchimento dos questionários de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD, este último somente quando o cuidador possuía 60 anos ou mais de idade. Foi realizada uma análise descritiva através da frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão e análise bivariável (teste Wilk's lambda (ANOVA) e Bonferroni e teste t-Student). Os dados foram gerenciados através do programa SPSS 13.0, com nível de significância de 5%. A coleta de dados deu-se somente após a aprovação da Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS) e do projeto “guarda-chuva” pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. Foi solicitada uma autorização da gerência do Distrito Noroeste do município de Porto Alegre e outra autorização da chefia do CS IAPI para a realização do projeto “guarda-chuva”. Os princípios éticos foram respeitados, os participantes foram informados sobre os objetivos a que se propunha esta investigação de acordo com às determinações dos órgãos que legislam sobre a pesquisa com seres humanos no país, estabelecidas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi fornecido ao cuidador e lido em voz alta pela pesquisadora antes da entrevista e assinado em duas vias, ficando uma com o entrevistado e outra com a pesquisadora. De acordo com os resultados da pesquisa, entre os respondentes, 82,1% eram do sexo feminino, a média de idade era 54,5 anos (DP±13,6), 53,6% tinham companheiro, 42,9% haviam estudado 12 anos ou mais, 46,4% eram filhos (as) dos idosos e cuidavam destes há 4,6 anos, em média (DP± 4,0). Quanto aos cuidados prestados, 89,3% cuidavam de modo permanente dos idosos. Em relação ao auxílio para realizar atividades de vida diária, 92,9% ajudavam o idoso no banho. A atividade que referiram maior

incômodo para realizar foi o deslocamento da cama e cadeira (29,2%). No WHOQOL-BREF, os domínios Relações Sociais e Físico apresentaram maiores escores, enquanto que o domínio Meio Ambiente apresentou o menor. No WHOQOL-OLD, as facetas de maior escore foram Intimidade e Autonomia e as de menor foram Funcionamento do Sensório e Morte e Morrer. As cuidadoras apresentaram melhores escores no domínio Relações Sociais do WHOQOL-BREF do que os cuidadores, com diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). Os resultados demonstram a complexidade da tarefa de cuidado aos idosos e que a qualidade de vida pode ser um importante parâmetro de avaliação das intervenções do cuidado prestado. Este estudo contribuirá para a melhor compreensão da enfermagem sobre o modo de viver o cotidiano dos cuidadores de pessoas idosas e de como esses percebem sua qualidade de vida, fornecendo subsídios na proposição de intervenções que possam apoiar os cuidadores no sentido de preservarem sua qualidade de vida. Trará também subsídios para os profissionais do PADA que acompanham esses usuários e seus cuidadores.

Descritores: Qualidade de vida; Idosos; Cuidadores.

REFLEXÕES SOBRE VIVÊNCIAS EM UM PLANO TERAPÊUTICO SINGULAR COM PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS

Graciela Dutra Sehnem, Raquel Potter Garcia, Tassiane Ferreira Langendorf

Universidade Federal de Santa Maria

tassi.lang@gmail.com

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu como uma proposta de reorientação do modelo assistencial, ou seja, uma superação do modelo biomédico. Busca ter compromisso com as necessidades individuais de cada usuário, realizando ações intervencionistas que devem considerar o ambiente familiar, pois é dele que o indivíduo recebe suporte de ordem física, emocional e social para seu pleno desenvolvimento. O objetivo desse resumo é relatar as experiências vivenciadas por acadêmicos do curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Maria, a partir da sua inserção no contexto familiar de portadores de doenças crônicas. A metodologia foi pautada no desenvolvimento de um Plano Terapêutico Singular (PTS), o qual foi realizado por meio de visitas domiciliares e propôs além de uma compreensão ampliada a respeito da vida do sujeito e de sua família, também, a definição de ações de saúde pautadas na realidade destes. Durante as visitas priorizou-se por prestar assistência por meio de ações educativas adequadas a cada família, respeitando seu saber popular e valorizando a sua singularidade. Foi observada a íntima relação da família com o processo saúde-doença, favorecendo a reabilitação do portador de doença crônica. Com o auxílio do PTS e a inserção no âmbito familiar, foi possível a identificação de fatores que interferem na qualidade de vida dos usuários, o que reforçou a necessidade do apoio familiar no auxílio ao enfrentamento da doença. A realização dessa atividade proporcionou aos acadêmicos de enfermagem o exercício de vínculo e de coresponsabilização com as famílias. Cabe ressaltar, que o convívio com esses sujeitos promoveu uma ampliação na visão do processo saúde-doença, desviando o foco de atenção da doença ou da técnica para a

vida do indivíduo e de sua família, o que foi possível a partir da compreensão do contexto econômico, cultural e social em que estavam inseridos.

Descritores: Enfermagem; Doenças Crônicas; Saúde da Família.

RELATOS DE EXPERIÊNCIAS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE BARÃO DE BAGÉ

Amanda de Souza Magalhães, Cecília Zys Magro, Elena Müller, Fabiana Grings das Chagas, Gabriele Jongh
Pinheiro Bragatto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

am.mag@hotmail.com

Introdução: O presente trabalho relata experiências dos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul realizadas durante o estágio curricular na Unidade Básica de Saúde Barão de Bagé (UBSBB), pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição. Essa atividade teve como finalidade a aproximação dos acadêmicos com a realidade da atenção básica à saúde, assim tendo o primeiro contato com o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS preconiza o atendimento a aqueles cidadãos que necessitam de uma alternativa pública (gratuita) de assistência à saúde. O atendimento prestado deve ser igual para todos, segundo preceitos do SUS: integralidade, igualdade, equidade, universalidade. No decorrer do estágio, tivemos a oportunidade de observar, acompanhar e participar da realização de algumas atividades diárias da unidade, bem como aprender o seu funcionamento. Atividades realizadas: acolhimento, verificação de sinais vitais e medidas antropométricas, visitas domiciliares e a alguns serviços da área de abrangência, imunizações e a busca de dados. Atividades observadas: coleta de material para exames laboratoriais, consultas de enfermagem, tratamento de feridas, administração de medicamentos. **Objetivo:** Apresentar as atividades desenvolvidas e observadas pelos acadêmicos de enfermagem em Unidade Básica de Saúde. **Metodologia:** Tipo de estudo: Trata-se de um estudo descritivo com aspecto qualitativo, baseando-se em observações e vivência diária na unidade. Local de realização: Unidade Básica de Saúde Barão de Bagé, localizada na Rua Araruama, 427 Bairro Vila Jardim. Coleta de dados: Os dados citados foram obtidos a partir de observações feitas e registradas através de anotações ao longo dos treze encontros no período de setembro de 2008 a novembro do mesmo ano. Análise de dados: Os dados qualitativos foram expostos em forma de relatos - texto. Para o uso dessa técnica de pesquisa, usou-se como referência metodológica Gil (2002). Aspectos éticos: Respeitou-se a integridade de cada paciente, não citando nomes quando relatados casos e não utilizando-se da imagem do rosto em registros fotográficos. Além disso, foi respeitada a Lei de direitos Autorais, conforme as normas da ABNT. **Desenvolvimento:** Atividades realizadas pelas acadêmicas de enfermagem na UBSBB foram: Acolhimento – constitui-se o primeiro atendimento ao paciente, realizado pela equipe de enfermagem, quando o mesmo chega ao serviço. Neste atendimento o paciente relata como está se sentindo, a razão pela qual procurou a Unidade Básica, e assim a enfermagem consegue avaliar o seu estado de saúde, procurando exercer cuidado humanizado através do estabelecimento do vínculo. Foi realizado pelas acadêmicas de enfermagem: anamnese do paciente, verificação de sinais vitais (frequência

cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar e pressão arterial), controle da glicemia (HGT), entrega de medicamentos com receita e medidas antropométricas (altura, peso, perímetro cefálico, torácico e abdominal). Visitas domiciliares – o principal objetivo foi o contato com a realidade do usuário, assim observando o ambiente em que ele vive. Observamos pessoas acamadas que não conseguiam procurar atendimento e que necessitavam de acompanhamento semanal e fomos em busca de crianças que não estavam em dia com suas imunizações. Constatou-se o grande número de becos na região e a total discrepância que ela representa (beco dividindo espaço com casarões) e a falta de saneamento básico. Visita aos serviços da área de abrangência – visitamos o Conselho Tutelar do Distrito Leste-Nordeste, o Núcleo de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente (NASCA) do Distrito Leste-Nordeste, a Gerência Distrital (UBS Morro Santana), o Centro de Saúde Bom Jesus e seu Pronto Atendimento. Imunizações – foram vacinados somente adultos e observou-se administração nas crianças. As vacinas aplicadas foram: Hepatite B, dT, Tetravalente, Tríplice viral e Rubéola. Busca de dados – foram coletados e analisados dados referentes à demografia, ao saneamento básico, ao sistema de transporte e a gerência distrital. As atividades observadas foram: Consulta de Enfermagem - tivemos a oportunidade de assistir consultas de enfermagem, autorizadas pelas pacientes, nessas, algumas eram mulheres que foram fazer a coleta de exame citopatológico cérvico-vaginal. Nessas consultas foi informado todo tipo de patologia que poderia ser detectada naquele exame, bem como todos os resultados foram registrados na Folha de Atendimento da Mulher, que foi anexada ao prontuário da paciente. Foi observado que a enfermeira não visou apenas o diagnóstico de enfermagem, e sim, proporcionou apoio emocional, procurando na base familiar subsídios que auxiliaram na compreensão dos fatos e disponibilizaram informações científicas aos pacientes, para promoção do autocuidado. Coleta de material para exames laboratoriais – foi observada coleta de sangue previamente agendada, as quais eram realizadas somente pela manhã. Tratamento de feridas – foi presenciado a prática da enfermeira no cuidado de feridas de diferentes gravidades, além disso, nos foi proporcionado um curso de atualização no tratamento de feridas, antes de iniciar o estágio curricular. Administração de medicamentos – através da prescrição de medicamentos trazidas pelos usuários era disponibilizado medicações na farmácia da unidade, se houvesse, era entregue e carimbado o receituário, se não houvesse a medicação prescrita, o usuário era encaminhado para o Centro de Saúde Bom Jesus.

Conclusão: Não há dúvidas de que as vivências experienciadas no campo de estágio da Unidade Básica de Saúde Barão de Bagé contribuíram para o aprimoramento do conhecimento em Enfermagem Comunitária, tanto prático como teórico, visto que além das aulas expositivas, tivemos a oportunidade de atuar e aprender a técnica dos procedimentos previamente discutidos em aula. Durante o período de estágio, conseguimos estabelecer contato com os pacientes, bem como conhecer seus problemas, angústias, necessidades e a visão que estes possuem sobre o atendimento na saúde pública. Torna-se então, de extrema importância a prática do cuidado humanizado a esses usuários, visando um tratamento integral e de qualidade. Um dos aprendizados considerados mais importantes pelo grupo foi às visitas domiciliares, pois, através delas, pudemos entender que não somente o usuário procura os serviços, e sim, há um direcionamento dos profissionais da saúde até os usuários, com intuito de resgatar a relação de confiabilidade para que surja dele, à vontade de cura, bem como “fiscalizar” se este está dando continuidade ao tratamento. Através desta

experiência pudemos fazer uma observação do perfil demográfico, epidemiológico e sócio-econômico da população na qual a UBS Barão de Bagé abrange, visando maior conhecimento sobre a dinâmica e o trabalho da atenção primária. Enfim, a formação de profissionais que visem à promoção de saúde, procurando relacionar a teoria aprendida com a prática, debatendo e discutindo a função social do profissional de enfermagem, dentro de uma realidade de pobreza e exclusão da maioria da população, revela-se assim, um dos maiores objetivos do curso de Enfermagem. São estas discussões que possibilitam a nós estudantes a construção de uma postura ética e crítica sobre o “saber” e o “fazer” em saúde.

Descritores: Unidade Básica de Saúde, Enfermagem Comunitária, Sistema Único de Saúde.

SITUAÇÕES DE URGÊNCIA: VISÃO DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA DE PORTO ALEGRE

Kelly Piacheski de Abreu, Alisia Helena Weis, Maria Alice Dias da Silva Lima
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

kelly.piacheski@ufrgs.br

Introdução: O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) faz parte do sistema regionalizado e hierarquizado e caracteriza-se por atender usuários com agravos urgentes nos locais em que ocorrem os eventos, possibilitando atendimento precoce e acesso ao sistema de saúde. Esses agravos podem ser clínicos, cirúrgicos, traumáticos ou psiquiátricos, potenciais geradores de sofrimento, seqüelas, e até mesmo levar ao óbito¹. O trabalho realizado no SAMU se desenrola em uma cadeia de responsabilidades, o qual é desenvolvido em equipe, composta por profissionais qualificados e capacitados. A percepção da urgência se configura em uma construção contextual que engloba diversos sinais que indicam perigo, é também uma construção coletiva da qual todos participam, isto é, não somente o usuário, mas membros de sua família e até os vizinhos. Dessa forma os usuários procuram o SAMU para a solução imediata às suas necessidades de saúde. Para a população, as urgências são situações de aflição, angústia, abandono e miséria que requerem auxílio e assistência para que seja possível uma solução imediata a uma dificuldade passageira². Muitas vezes essa busca resulta em procura espontânea pelo serviço, por representar uma alternativa de acesso e por reunir um somatório de recursos, quais sejam consultas, remédios, procedimentos de enfermagem, exames laboratoriais e internações que os tornam mais resolutivos³. No entanto, a grande procura de atendimento por usuários cujas necessidades não podem ser classificadas como urgência desqualifica e prejudica o atendimento nos casos graves. **Objetivos:** Conhecer as percepções de urgência dos usuários que solicitam atendimento do SAMU de Porto Alegre. Identificar os motivos pelos quais os usuários solicitam o atendimento. **Metodologia:** Estudo qualitativo, com abordagem exploratório-descritiva. O estudo está sendo realizado no SAMU de Porto Alegre, com 30 usuários do serviço que tiveram sua solicitação de atendimento classificada como pertinentes e não pertinentes ao serviço, de acordo com o médico regulador. Os participantes foram escolhidos aleatoriamente por meio de sorteio, em um recorte de tempo de um dia. Foram excluídos do estudo usuários menores de 18 anos e os chamados que forem realizados em telefones da

via pública. A coleta de dados está sendo realizada por meio de entrevistas telefônicas (questionamentos verbais), semi-estruturadas com usuários do SAMU. Estas podem ser realizadas quando há consentimento verbal do participante documentado por meio da transcrição. Além disso, os participantes devem autorizar a gravação das entrevistas e serem esclarecidos sobre os objetivos e finalidade do projeto⁴. A pesquisa garante a privacidade dos participantes, e não oferece riscos. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (Parecer nº 117/2006) e pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e convidados a participar da mesma. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. Para o tratamento dos dados coletados, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática⁵. Os dados foram classificados por operações de desdobramento do texto em categorias, segundo critério de agrupamento de temas com características comuns. A análise temática constitui-se de três etapas: pré-análise que consiste na transcrição e leitura flutuante das entrevistas; exploração do material, nesta fase foi realizada a codificação, classificação dos dados e construção de categorias; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. **Resultados Parciais:** Três categorias foram depreendidas: percepções dos usuários sobre urgência, motivos para solicitar atendimento do SAMU e visão dos usuários sobre o SAMU. No que se refere à percepção sobre urgência, os usuários identificam-na como condição que necessita atendimento rápido frente a problemas de saúde e que está associada a recursos que possibilitam resolução das necessidades de saúde urgentes que não encontram respostas imediatas na unidade básica de saúde. Os usuários de serviços de urgência avaliam seus problemas de saúde de modo subjetivo, criam critérios próprios de definição da gravidade da situação com base na sintomatologia que apresentam. O diagnóstico e prognóstico imaginário do usuário servirá de base na escolha de determinado serviço de saúde onde procurarão atendimento⁶. Em relação aos motivos para a solicitação do SAMU destacaram-se: a capacidade de acesso ao serviço de maneira ágil, a condição financeira que limita a utilização de outro meio de transporte no momento em que as necessidades precisam ser atendidas e as situações graves em que há risco à vida. Dessa forma, o atendimento do SAMU torna-se, o usuário, a via mais rápida de conseguir atendimento imediato para tentar satisfazer suas diferentes necessidades de saúde e social. No que diz respeito à visão dos usuários sobre o SAMU, identificou-se aspectos referentes ao acesso com os demais serviços que compõem a rede assistencial. Além disso, reconhecem que o SAMU não deve apenas atender demandas urgentes, mas as não urgentes, as quais incluem as necessidades sociais. Somam-se a estes, a necessidade sentida de que o atendimento deva ser realizado pelo médico e que a demora da chegada do SAMU desqualifica o serviço. **Considerações Finais:** Percebe-se que o SAMU desponta com um enorme potencial de organização dos fluxos de atenção às urgências e como poderosa ferramenta de inclusão e garantia de acesso equânime aos acometidos por agravos urgentes, de qualquer natureza. As entrevistas mostraram que a visão dos usuários sobre a urgência encontra-se vinculada a problemas de saúde que necessitam atendimento imediato, a acesso ao serviço de saúde e ao reconhecimento das necessidades sociais dos usuários como pertinentes ao SAMU. Destaca-se também, na percepção do usuário a demora na chegada do SAMU quando solicitado e a ausência de médico em situações em que o atendimento é prestado pela Unidade Suporte Básico, como aspecto negativo do serviço. Estes aspectos indicam que a população utiliza

critérios próprios, de acordo com seus interesses e conveniências, para determinar o que é urgência e solicitar e avaliar o atendimento. A procura pelo atendimento de urgência pode estar representando, para o usuário, um dos meios mais rápidos e eficazes para acesso a diferentes tecnologias seja para orientação, prestação da assistência propriamente dita, mesmo que este contato não garanta a entrada no Sistema de Saúde. Com isso, conhecendo a visão do usuário, sobre a urgência, a partir dos atendimentos realizados pelo SAMU, permite tanto para este serviço quanto para as equipes de profissionais que atendem os chamados, em especial a enfermagem, compreenderem as necessidades dos usuários e agirem sobre elas, por meio de orientações adequadas e atendimentos qualificados.

Descritores: Serviços Médicos de Emergência, Acesso aos Serviços de Saúde, Serviços de Saúde.

Referências:

1. Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília, Editora do Ministério da Saúde, 3. ed. ampl. 2006a. 256 p.
2. Barrier G. Les appels d'urgence au SAMU. Comptes rendus de l'Académie des sciences. Série III. Sciences de la vie, v. 324, n.7, p.663-666, 2001.
3. Marques GQ, Lima MADS. User's demands to an emergency service and their welcoming in the health system. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto), v. 15, n. 01, p. 13-19, 2007.
4. Brasil. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de saúde. Brasília, DF, 10 out. 1996.
5. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.
6. Oliveira MLF, Scochi MJ. Determinantes da utilização dos serviços de urgência/emergência em Maringá (PR). Revista Ciência, Cuidado e Saúde (Maringá), v. 1, n.01, p.123-28, 2002.

ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA: DIFICULDADES E DESAFIOS NA BUSCA DO TRABALHO EM EQUIPE

Michele Raddatz, José Luis Guedes dos Santos, Estela Regina Garlet
Universidade Federal de Santa Maria
micheleraddatz81@hotmail.com

Introdução: O trabalho em saúde é realizado por profissionais de diversas áreas de conhecimento, os quais por meio dos seus saberes específicos buscam atender às necessidades de saúde do ser humano, seja de forma individual ou coletiva (PIRES, 2000). Por essa característica, o trabalho em saúde é considerado um trabalho coletivo. Nesse meandro, no processo de produção em saúde, o trabalho em equipe configura-se como a relação recíproca entre as intervenções técnicas em saúde a partir da interação entre os trabalhadores das diferentes áreas profissionais da saúde e torna-se imprescindível quando se fala em atenção à saúde da família (PEDUZZI, 1998; 2001). Cabe ressaltar que a família como foco de atenção é uma das diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde, sendo um dos pilares da Estratégia Saúde da Família, o qual foi organizado, justamente, com a proposta de promover a transposição do modelo hospitalocêntrico e curativista de atenção à saúde por um modelo sanitarista, pautado no trabalho em equipe multiprofissional e integrado. **Objetivo:** Analisar as dificuldades e os desafios relacionados ao trabalho em equipe na atenção à saúde da família por meio de uma revisão de literatura, visando a gerar reflexões com relação a sua importância no processo de efetivação do SUS. **Metodologia:** Estudo baseado em uma revisão de literatura

acerca da temática *trabalho em equipe na atenção à saúde da família*. As fontes de consulta foram artigos científicos, dissertações e teses relacionadas à temática, os quais foram localizados a partir da pesquisa em bancos de dados virtuais (SciELO e MEDLINE) e consulta às bibliotecas da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade Federal de Santa Maria. Após a leitura dos materiais localizados, eles foram analisados por meio do registro e anotações das informações mais relevantes dos mesmos buscando identificar as dificuldades e os desafios relacionados ao trabalho em equipe na atenção à saúde da família descritos pelos seus autores. Ressalta-se, no que tange às questões éticas, que os preceitos de autoria foram respeitados e as obras utilizadas tiveram seus autores citados e referenciados.

Resultados e comentários: Vários são os autores que têm envidado esforços à análise e discussão das dificuldades e dos desafios relacionados ao trabalho em equipe na atenção à saúde da família. Pode-se afirmar, que está expresso, de forma consensual, na literatura que há dificuldades com relação à integração e ao trabalho em equipe no trabalho em saúde. Entre elas destaca-se a influência da prática hegemônica centrada no modelo biomédico que leva à fragmentação do processo de trabalho em saúde, responsável pela falta de integração entre os profissionais e a diferente valorização das categorias profissionais (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; SCHERER, 2006). Em um estudo desenvolvido com enfermeiras da rede de atenção básica no município de Porto Alegre – RS, sobre o trabalho em equipe no Programa da Saúde da Família, foram apontadas como principais dificuldades para a efetivação do trabalho em equipe a falta de qualificação dos agentes comunitários de saúde, a alta rotatividade de pessoal, as deficiências na estrutura física e material das unidades básicas de saúde (COLOMÉ; LIMA, 2006). Dessa feita, uma maior inter-relação entre os trabalhadores no estabelecimento de condutas e práticas de cuidado é um desafio que deve ser superado no contexto das práticas em saúde para não “[...] se repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p.151). Franco; Merhy (1999, p. 8) acrescentam que “[...] apesar do esforço de reestruturação das práticas sanitárias a partir de uma proposta que privilegia o trabalho em equipe, também no PSF é possível observar a existência de uma tensão entre fragmentação e integração do processo de trabalho, havendo assim o risco de os profissionais se isolarem em seus ‘núcleos de competências’”. No entanto, sabe-se que conforme que “o núcleo de competência de cada profissional, isoladamente, não dá conta da complexidade do atendimento das necessidades de saúde, portanto é necessária a flexibilidade nos limites das competências para proporcionar uma ação integral” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001, p. 152). Segundo Peduzzi (1998), para uma atuação integrada é preciso que haja a construção de sujeitos, resultado da articulação de ações e interações entre os agentes perpassados pela ética e pelo respeito nas relações dentro e fora da equipe, bem como o aprimoramento do processo de comunicação, uma vez que ele é fundamental para o estabelecimento de ações multiprofissionais e de cooperação, as quais se configuram como uma necessidade vital para o desenvolvimento de competências para lidar com a complexidade dos problemas e do trabalho em saúde, que envolve diferentes profissões, disciplinas e paradigmas (SCHERER, 2006). Frente a isso, outro desafio importante a ser superado é com relação à formação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, sugere-se o desenvolvimento de um processo de formação e capacitação permanente de todos os profissionais envolvidos na atenção à saúde da família,

como foco na integralidade das ações de cuidado (ALMEIDA; MISHIMA, 2001; ARAÚJO; ROCHA, 2007). **Conclusão:** Pelo exposto, a integração entre a equipe multiprofissional na atuação à Saúde da Família configura-se como um desafio, apesar de se saber que o trabalho dos distintos agentes, que compõe as equipes multiprofissionais, são complementares e interdependentes, o que não vem ferir a autonomia do trabalhador. Segundo Almeida; Mishima (2001), “[...] articular estes distintos aspectos não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os aspectos possíveis possamos construir a idéia de equipe integração”, também, conforme as autoras é preciso integrar conhecimentos que se encontram disponíveis em vários espaços como no trabalho, na formação, nos espaços em que o conhecimento e a cidadania são produzidos e construídos. Portanto, o trabalho fragmentado, resultado da falta de integração das equipes multiprofissionais, além da diferente valoração dos atores, configuram uma barreira para a busca da construção do trabalho em equipe e, para que esta venha a ocorrer, acredita-se então, como frisa Boff (1999), que é necessário “[...] (re) construir, nos espaços de formação e de capacitação contínua, uma nova visão sobre a integração no trabalho de equipe para que possamos pensar no cuidado à saúde como mais que ‘um ato uma atitude’”. Atitude essa fundamental diante da complexidade dos problemas de saúde que se apresentam nos serviços de saúde, principalmente quando se fala em atenção à saúde da família.

Descritores: Saúde da família. Relações interprofissionais. Equipe de assistência ao paciente: organização & administração.

CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS SOBREPROMOÇÃO DE SAÚDE: UM ENFOQUE ACADÊMICO DOS SEUS SIGNIFICADOS

Lílian Fernanda Lazarotto, Andréia Piovesan, Jonathan da Rosa, Alessandra Regina Muller Germani
Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-URI-Campus de Frederico Westphalen
lilifernandinha@yahoo.com.br

As Conferências Internacionais sobre Promoção de Saúde, ocorridas de 1986 a 2005, propõe novas ações e reforçam mudanças no contexto de promoção de saúde da população mundial. Estes encontros, apresentando como temas centrais as mais diferentes preocupações a cerca da saúde global, identificaram, discutiram e refletiram sobre inúmeros aspectos as áreas das políticas públicas, incitando a promoção de diferentes atores nos processos de saúde e qualidade de vida. Assim, ao refletir sobre o assunto, propõe-se este relato, que refere-se a experiência dos acadêmicos do V semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, que participaram de um seminário sobre o tema, proposto pela Disciplina de Saúde Coletiva I B , na URI-FW. Ao problematizar sobre peculiaridades de cada Conferência aos discentes era proposto um exercício reflexivo sobre as influências de cada documento para o saber/fazer em enfermagem, desenvolvendo assim a criticidade de cada um sobre o processo de saúde e sobre as suas atuações frente a esse conhecimento. Diante disso, ao refletir sobre as incontestáveis influências das Conferências fica claro a importância de se compreender à significância de promoção à saúde como uma ferramenta que aprimora as ações de

enfermagem, além de preparar o profissional para a construção de um “novo” intervirm em saúde que favoreça a melhoria das condições de vida e de saúde da população.

Descritores: promoção a saúde, saber/fazer em enfermagem, significância de promoção à saúde.

DIAGNÓSTICO COMUNITÁRIO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DIVISA, PORTO ALEGRE/RS

Andria Machado da Silva, Carlos Augusto Descovi, Daiane da Rosa Monteiro, Daiany Borghetti Valer, Elisa Danoski Marasquim, Elisângela da Silva Alves, Gisele Karasek, Marina Nardino Luque, Eliane Pinheiro de
Morais

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

daianyvaler@gmail.com

Trabalho realizado durante a prática disciplinar de Enfermagem Comunitária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Unidade de Saúde da Família Divisa, localizada em Porto Alegre, no Distrito Glória, Cruzeiro, Cristal. O diagnóstico comunitário é um processo de pesquisa-ação que identifica os principais problemas da comunidade, com a participação da mesma, permitindo mobilizar recursos para sua resolução (TESSIER; ANDREYS; RIBEIRO, 1996). Trata-se de um estudo exploratório descritivo realizado na área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF) Divisa. As informações foram coletadas nos prontuários família, em entrevistas com agentes comunitárias de saúde (ACS) e líder comunitário, em mapas disponíveis na unidade, em caminhadas para observações e por registro fotográfico. As informações foram sobre infraestrutura e problemas da comunidade, principais morbidades, serviços e ações oferecidas no PSF Divisa. Observou-se que, na maior parte da área o esgoto não é canalizado, sendo despejado num córrego junto às casas. A água e a luz são conseguidas, em parte, de forma clandestina. As ruas são, na maioria, de chão batido e as casas são construídas desordenadamente, sem numeração seqüencial. O comércio é basicamente informal e as reivindicações principais da comunidade são referentes ao esgoto e às condições de saúde. O PSF Divisa atende cerca de 2700 pessoas e conta com uma médica, uma enfermeira, uma dentista, um atendente de consultório dentário, uma auxiliar e uma técnica de enfermagem e quatro ACS. Desenvolve os programas Pré-natal, Pré-nenê, Pré-crescer, Bolsa Família e Saúde da Mulher. Os principais problemas da comunidade são: o elevado índice de hipertensos e diabéticos, a falta de creches, áreas de lazer e segurança, o córrego a céu aberto, o tráfico de drogas, o desemprego e a baixa escolaridade. Concluindo, o diagnóstico comunitário, quando estruturado, exerce papel importante para promoção, prevenção e recuperação da saúde da população, conforme suas especificidades.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária, Programa Saúde da Família, Planejamento em Saúde Comunitária.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA PARA EVITAR A DEPENDÊNCIA FÍSICA NO IDOSO

Milene Oliveira de Freitas, Guadalupe Scarparo Haag

Universidade do Vale do Rio dos Sinos

mifreitas85@yahoo.com.br

A população idosa tem aumentado em âmbito mundial, particularmente no Rio Grande do Sul. A principal causa do aumento da taxa de idosos portadores de incapacidades é a frequência das doenças crônicas (Caldas, 2003). A prevenção destas doenças e a assistência à saúde dos idosos constituem um desafio para a enfermagem atual, no sentido de conservar sua autonomia e independência, cruciais para uma velhice com mais qualidade de vida. A pesquisa objetiva identificar a incidência de doenças crônicas num grupo de idosos e verificar as orientações de saúde que estes idosos possuem. O estudo foi do tipo descritivo com enfoque qualitativo. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada com 10 idosas frequentadoras do Programa Maior Idade, sem dependência física e com mais de 68 anos de idade. A análise dos dados foi através da análise de conteúdo. Conforme os dados encontrados, hipertensão e diabetes foram as doenças mais citadas entre as pesquisadas. Doenças crônicas como diabetes e hipertensão podem levar à deterioração da habilidade de manter-se independente, contribuindo para a diminuição da qualidade de vida (Alves et al. 2007). Dentre os resultados tem-se que tanto a prática de exercícios físicos como a realização de atividades de lazer, fazem parte dos cuidados de saúde das pesquisadas. Estas também associam as atividades que lhe trazem prazer à manutenção da independência, podendo-se sugerir que auxiliam no aumento da auto-estima. Todas as entrevistadas demonstraram preocupação em manter bons hábitos alimentares e com o possível agravamento de doenças existentes decorrentes de uma dieta inadequada. O enfermeiro deve conhecer o processo de envelhecimento, pois as intervenções realizadas na época em que a incapacidade funcional ainda não se instalou podem permitir que a pessoa envelheça de forma mais saudável, refletindo diretamente em sua condição de saúde futura.

Descritores: Educação em Saúde. Enfermagem. Idoso Fragilizado.

EDUCACAO EM SAÚDE: UMA NOVA ÓPTICA PARA UM VELHO PROBLEMA

Bruno K. Ramos, Carla C. S. Costa, Beatriz Franchini, Fabiani Weiss, Marieli B. Ramires, Naiana Oliveira dos Santos, Taciane Donato, Raquel Kleinübing

Universidade Federal do Pampa

naiaoliveira07@gmail.com

Introdução: Este trabalho é um Relato de Experiência de acadêmicos de Enfermagem da Unipampa na prática da disciplina de Saúde Coletiva III em 2007/2. Os acadêmicos coordenaram quatro encontros do grupo de Hipertensos em uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Uruguaiana. **Objetivos:** **1)** Relatar mudanças observadas no grupo a partir da intervenção dos acadêmicos. **2)** Divulgar possibilidades de realizar dinâmicas grupais para promover Educação em Saúde. **3)** Relatar a importância da troca de experiência entre

acadêmicos e o grupo. **Metodologia:** Pesquisa Qualitativa Exploratória, do tipo Relato de Experiência. **Desenvolvimento:** Encontrou-se um grupo de Hipertensos que realizavam encontros semanais coordenados por uma Agente Comunitária de Saúde. Nos primeiros encontros, constatou-se que o número de participantes do grupo era pequeno e desmotivado. Outros problemas observados foram linguagem inacessível utilizada pela coordenadora, falta de integração e monotonia. A partir disso, foram planejadas atividades que atendessem as necessidades dos usuários, adequados a sua linguagem, ao seu meio social, enfocando a doença, hábitos saudáveis e qualidade de vida. Muitos dos usuários eram analfabetos, de baixa renda, tinham problemáticas familiares, e necessitavam de um momento de escuta, lazer e troca. A partir destas observações foram estruturados encontros onde realizavam-se exercícios de alongamento, dinâmicas grupais e uma mensagem reflexiva para finalização. Foi levada em consideração a realidade do analfabetismo utilizando-se de pouco material escrito e mais figurativo, introduziram-se também dinâmicas, utilizando-se estratégias lúdicas proporcionando momentos de diversão, descontração e aprendizagem. **Conclusão:** No término das atividades realizadas com o grupo de Hipertensos, os acadêmicos observaram mudanças positivas, na qual destacou-se o aumento no número dos componentes devido as atividades realizadas, o respeito aos limites e a busca pela qualidade de vida. Observou-se também, uma grande gratificação por parte do grupo. Outro fator importante foi aprendizagem mútua, comprovando que pode-se promover Educação em Saúde em grupalidade.

Descritores: Educação em Saúde-Hipertensos-Unidade Básica de Saúde.

EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM NO ESTÁGIO CURRICULAR DE FUNDAMENTOS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Daniel Labernarde dos Santos, Gláucia Bohusch, Lisiane Paskulin, Thaíla Tanccini
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
thailatanccini@yahoo.com.br

Introdução: A constituição brasileira de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) e dispõem que a saúde é um direito fundamental do ser humano¹. A saúde em seu mais amplo conceito insere elementos como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, educação entre outros. Para que esses direitos básicos de saúde estejam ao alcance da comunidade foram estabelecidos através da constituição de 1988 tais princípios: Universalidade, que compreende a saúde como um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, ou seja, o acesso às ações e serviços deve ser garantido independentemente de sexo, raça, renda, ocupação, ou outras características sociais ou pessoais; Integralidade, na qual 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; Equidade, que tem por objetivo diminuir as desigualdades, assegurando a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie, e é um princípio de justiça social; Regionalização e Hierarquização, são outros princípios em que os serviços devem ser organizados em níveis crescentes de

complexidade, circunscritos a uma determinada área geográfica, com definição e conhecimento da clientela a ser atendida; a descentralização, tem como objetivo prestar serviços com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos, a responsabilidade pela saúde deve ser descentralizada até o município, isto significa dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função; participação popular, que compreende a criação dos Conselhos e as Conferências de Saúde, que têm como função formular estratégias, controlar e avaliar a execução da política de saúde; resolubilidade, a solução dos problemas do usuário do serviço de saúde deve ser de forma adequada, no local mais próximo de sua residência ou encaminhando-o aonde suas necessidades possam ser atendidas conforme o nível de complexidade; complementaridade do setor privado, a integração dos serviços privados deverá se dar na mesma lógica do SUS em termos de posição definida na rede regionalizada e hierarquizada dos serviços, dentre os serviços privados, devem ter preferência os serviços não lucrativos, conforme determina a Constituição. Decorrente destes princípios é dever do Estado garantir a saúde, formulando e executando políticas econômicas e sociais para reduzir riscos de morbidades e outros agravos, de forma que o acesso universal e igualitário seja assegurado nos estabelecimentos de saúde atuando na promoção, proteção e recuperação². Portanto percebe-se que o profissional de enfermagem tem como incumbência ter fundamentação acerca da legislação vigente para estar capacitado a prestar assistência que contemple todos os princípios e diretrizes do SUS. Na graduação de enfermagem os acadêmicos tem a possibilidade de cursar disciplinas que os capacitam à respeito das ações de saúde e da operacionalização das políticas públicas de saúde que se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social. O relato aqui apresentado é produto da experiência do estágio da disciplina Fundamentos de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) na qual os acadêmicos observaram a aplicação das políticas públicas que estruturam o SUS e vivenciaram ações de enfermagem em um serviço de saúde de atenção básica denominado Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC). **Objetivos:** Relatar a vivência dos estudantes da disciplina de Fundamentos da Enfermagem Comunitária 2008/2, da EEUFRGS no estágio curricular realizado na Unidade Básica do CSVC e refletir sobre essa vivência e sobre a exequibilidade dos princípios do SUS. **Métodos:** Trata-se de um relato de experiência de estágio curricular realizado 2008 na Unidade Básica do CSVC, localizado no Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal, na cidade de Porto Alegre, por 6 alunos e um professor orientador. Os encontros do grupo de trabalho eram realizados nas terças e quintas-feiras no turno da manhã no período de 16 de setembro a 11 de novembro de 2008. Os dados quantitativos foram coletados nos sites da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e nos documentos disponibilizados pela enfermeira responsável. Os dados qualitativos consistem em: busca bibliográfica, descrição das atividades vivenciadas em uma instituição social e materiais trabalhados nas aulas teóricas da disciplina. **Resultado e discussão:** As atividades desenvolvidas pelo grupo no CSVC compreenderam a recepção dos usuários, verificação de medidas antropométricas, administração de imunobiológicos, verificação de pressão arterial e observação de procedimentos. Dentre essas, a verificação da pressão arterial e o acompanhamento de usuários durante a realização de procedimentos tais com nebulização e glicemia capilar foram as atividades que permitiram maior interatividade com os usuários, pois através de

questionamentos acerca de seus hábitos de vida, os mesmos se sentiam confortáveis para relatar possíveis problemas relacionados aos seus contextos de vida. Na observação do exame citopatológico compreendemos a importância de sua realização, pois é um exame relevante no âmbito da promoção de saúde e prevenção de patologias como, por exemplo, o Papiloma Vírus Humano, câncer de colo de útero e outras doenças sexualmente transmissíveis. A prática de imunização foi um dos principais enfoques do estágio da disciplina de fundamentos de enfermagem comunitária. Durante o estágio na UBS no CSVC, podemos vacinar adultos, e em crianças somente realizamos imunizações por via oral, as demais aplicações eram realizadas pelas auxiliares de enfermagem do ambulatório. A aplicação de imunobiológicos é uma das medidas mais efetivas para o controle de muitas doenças infecciosas. A participação em grupos de apoio para usuários diabéticos, hipertensos, gestantes, tabagistas, moradores de rua e portadores do vírus HIV foi de extrema importância para observarmos que estes grupos geram vários benefícios aos participantes, tais como: a participação ativa do usuário no processo educativo; a troca de experiência entre as pessoas e trocas sobre as dificuldades que a doença acarreta³. Através da observação dos grupos refletimos sobre diferenças no nível de conhecimento e capacidade de auto-cuidado entre usuários participantes e dos usuários que não participavam. Por exemplo, um usuário que freqüentava assiduamente o grupo de diabéticos compreendia muito mais as características de sua condição de saúde e conseqüentemente exercia um auto-cuidado mais eficaz, do que o usuário que freqüentava a unidade somente para a verificação do hemoglicoteste. A observação dos grupos de apoio nos permitiu ainda ter consciência do envolvimento da equipe de profissionais com o usuário e a maior otimização do trabalho com a diminuição das consultas individuais. Realizou-se também uma atividade lúdica-educacional em uma instituição social infantil na área adscrita da Unidade Básica do CSVC. A atividade teve por objetivo avaliar as condições de saúde das crianças atendidas pelo serviço e realizar atividade educacional que visava trabalhar sobre a prevenção do uso de drogas e prevenção da violência. Foi observado que um pequeno número de crianças apresentaram pediculose, dentes cariados e sinais e sintomas sugestivos de verminose. Estas crianças foram encaminhadas ao serviço de saúde para uma melhor avaliação. Esta experiência nos proporcionou um aprendizado singular acerca do contexto da comunidade em questão, pois através das atividades realizadas, as crianças nos revelaram as reais necessidades humanísticas desta comunidade. Outra experiência vivenciada ocorreu quando visitamos a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Vila Pinto no bairro Bom Jesus, na qual os acadêmicos acompanharam consultas de enfermagem para mulheres e crianças. Realizamos também visitas domiciliares, e através destas vivências refletimos acerca das condições sócio-econômica e delineamos um comparativo entre as realidades presenciadas nas duas comunidades. **Conclusão:** O estágio na Unidade Básica do Centro de Saúde Vila dos Comerciários contribuiu para adquirirmos mais conhecimento na esfera da saúde coletiva, relacionando a teoria das aulas ministradas com a prática vivenciada. Essas ações envolveram conhecimentos práticos com embasamento teórico supervisionados por um professor orientador, que proporcionaram ao grupo uma aprendizagem holística acerca da realidade sócio-econômica e cultural permeadas pelas práticas do processo de enfermagem comunitária. As atividades realizadas no decorrer do estágio possibilitaram uma compreensão acerca da importância do relacionamento interpessoal com os usuários e com a equipe multidisciplinar, que aliado ao conhecimento técnico promove um cuidado integral e humanizado dispensado

aos usuários. A rotina de trabalho, a falta de recursos humanos e financeiros e a carência de programas de educação continuada não propiciam práticas de humanização adequadas e a aplicabilidade dos princípios do SUS na sua totalidade. Através deste cenário os princípios do SUS, tão ressaltados no ensino universitário, não possuem a mesma valorização pelos profissionais em suas rotinas diárias.

Descritores: Enfermagem, Enfermagem em Saúde Comunitária, Política de Saúde.

Referências:

1. Brasil. Lei n. 8080 de 19 de setembro de 1990. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L_8080.htm>. Acesso em: 04 de abril de 2009
2. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Legislação do SUS. Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: <http://www.conass.org.br/pdfs/legislacao_sus.pdf> Acesso em: 03 de abril de 2009.
3. Munari D., et al; O Uso do Grupo na Assistência em Saúde: Análise Crítica e possibilidade. In DOS SANTOS et al. Enfermagem e Campos de Prática em Saúde Coletiva. Editora atheneu, 2008.

FATORES DE RISCO PARA DOENÇA RENAL CRÔNICA E SEU AUTO- RECONHECIMENTO EM UMA POPULAÇÃO DEFINIDA DA RAÇA NEGRA

Célia Mariana Barbosa de Souza, Fernando Saldanha Thomé

Serviço de Nefrologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

cmmartins@hcpa.ufrgs.br

Introdução: a doença renal crônica é multicausal, tratável de várias maneiras, controlável, mas incurável, progressiva e de elevada morbidade e letalidade; e associada a muitos custos pessoais, familiares, sociais e financeiros. Os fatores de risco para o desenvolvimento de IRC são: diabetes, hipertensão arterial sistêmica, sexo masculino, raça negra, idade, tabagismo, doenças renais proteinúricas, presença de IRC terminal na família e praticamente todos os fatores de risco cardiovasculares. Os dados sobre desigualdade racial no Brasil indicam que a população negra apresenta menor registro de atendimento e internações do que a população branca tendo em vista que este grupo depende na sua grande maioria do Sistema Único de Saúde (SUS) um dos motivos para que nesta pesquisa o enfoque central é população negra. Avaliou-se o perfil de risco dos sujeitos da raça negra para o desenvolvimento da Doença Renal Crônica (DRC), na totalidade de 205 trabalhadores de um hospital universitário na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, sendo estes de várias categorias profissionais dentro desta instituição. **Metodologia:** o instrumento para coleta de dados foi um questionário estruturado com questões que tratavam de: identificação; uso de medicamento; antecedentes familiares e conhecimento sobre a DRC. **Resultados:** os sujeitos do estudo apresentaram: média de Índice de Massa Corporal (IMC) igual a 26,5kg/m², hipertensos 22,4%; cardiopatas 4,4%; diabetes 2,2%; uso de medicamentos (antihipertensivos 27,1%, diuréticos 13,9%). **Considerações finais:** os resultados mostram que a maioria dos sujeitos não conhece os termos médicos sobre: doença renal crônica, creatinina e insuficiência renal crônica e não se reconhecem como pertencentes ao grupo de risco para desenvolverem a doença renal crônica. O estudo é relevante porque fornecerá subsídios para políticas preventivas em relação à IRC na população pesquisada, contribuindo para diminuir complicações e um melhor planejamento das ações de saúde na raça negra.

Descritores: Doença renal crônica: enfermagem. Raça negra.

GRUPO “PERCA PESO E GANHE SAÚDE” DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA VILA KENNEDY

Elisiane Damasceno Marques, Luciana da Rosa, Marilice Barreiro Peiter, Rafael Marcelo Soder, Rose Meri
Konopka

SETREM/em0064959@setrem.com.br

Nas últimas décadas a obesidade passou a ser considerada um dos maiores problemas de saúde pública e uma das doenças crônicas não transmissíveis – DCNT, que mais cresce em todo o mundo. A obesidade pode ser compreendida como um agravo de caráter multi-fatorial envolvendo desde questões biológicas, ecológicas, econômicas, sociais, culturais e políticas. Este trabalho tem como objetivo estimular a redução de peso, reduzindo riscos à saúde e melhorando a qualidade de vida. O grupo é composto por quinze pessoas com índice de massa corpórea \geq a 30, com idade entre 20 e 60 anos, constituindo-se um grupo fechado. Após o ingresso foi realizado uma avaliação do estado de saúde, com exames de rotina e aptidão física. Aspectos psicológicos como o estigma social da obesidade, a percepção da imagem corporal, os possíveis fatores de manutenção da obesidade e a falta de tratamento são avaliados e revistos semanalmente, bem como o investimento na atividade física supervisionada por profissionais especializados também colabora com o sucesso do tratamento. Desde a sua implementação, o grupo já reduziu cerca de 10% do seu peso, o que nos permitiu reconhecer a complexidade dos aspectos envolvidos no processo de re-orientação com vistas à mudança de hábitos alimentares e estilo de vida, bem como a importância de um trabalho integrado com a equipe multi profissional de saúde e os usuários. Frente à complexidade da temática, recomenda-se que o grupo continue sendo monitorado pela equipe de saúde da Família.

Descritores: Saúde; Obesidade; Hábitos Alimentares.

O CONTROLE INEFICAZ DO REGIME TERAPÊUTICO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ivania Zucolotto, Jossana Aguiar da Silva, Lariane Brigo, Márcia Werklehr Paganotto Lopes, Marcos
Barragan da Silva, Rosane Teresinha Fontana

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus Santo Ângelo

marcoSBarragan@hotmail.com

Introdução: A prática de enfermagem em Saúde Coletiva fundamenta-se em uma proposta de oferecer promoção, proteção e recuperação da saúde a indivíduos e grupos, numa perspectiva de melhorar a qualidade de vida da população. Nesta temática, o enfermeiro pode utilizar o Processo de enfermagem, como seu instrumento de trabalho, para proporcionar assistência de enfermagem integral com vista a promoção do autocuidado e o cuidado preventivo considerando a complexidade imbricada no conjunto cultura – comunidade - indivíduo. O processo de enfermagem é essencial na assistência do ser humano, pois sua implementação proporciona ao enfermeiro a oportunidade única de oferecer oportunidades/possibilidades de cuidado ao cliente. Além disso, combina todas as habilidades de reflexão crítica e cria um método ativo de

resolução de problemas que é tanto dinâmico quanto cíclico, assim constituindo uma forte fundamentação para o planejamento da assistência de Enfermagem ao cliente⁽¹⁻²⁾. Para identificação de problemas, o enfermeiro pode-se utilizar os Diagnósticos de Enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association* – NANDA⁽³⁾. Assim, a prática de enfermagem fundamentada em um suporte teórico, proporciona ao enfermeiro, a visibilidade de seu cuidado e ao cliente a oportunidades/possibilidades de solução ou melhoria dos problemas que englobam o seu processo de saúde. Considerando, a práxis da atenção de saúde coletiva, baseada na lei orgânica de saúde a qual preconiza a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais, entre outros, como fatores determinantes e condicionantes do processo de saúde-doença, respalda-se o trabalho do enfermeiro, pois o mesmo, na sua práxis, tem eficiência para intervir nestes fatores, assim promovendo uma assistência holística aos usuários dos sistemas de saúde⁽⁴⁾. Transcendendo para a realidade local, observa-se na prática coletiva, uma dificuldade na adesão ao regime terapêutico do indivíduo, família e/ou comunidade. Acredita-se que isto se deve ao fato de existir fatores, a serem considerados na problematização da atuação do enfermeiro, tais como: variáveis demográficas, variáveis das doenças, variáveis psicossociais, financeiras, entre outras. Estudos revelam que esta ocorrência se deve ao fato de exigir mudanças no estilo de vida das pessoas para atingir a proposta terapêutica no contexto da saúde⁽⁵⁾. Neste sentido, o processo de enfermagem em Saúde Coletiva, aborda os problemas supracitados como características definidoras do Diagnóstico de Enfermagem “Controle ineficaz do regime terapêutico”. De acordo com a taxonomia de Diagnósticos de Enfermagem NANDA, o “Controle ineficaz do regime terapêutico” pode ser entendido como um padrão em que o indivíduo, família e/ou comunidade não se integram nos programas de tratamento que irão restabelecer sua saúde⁽³⁾. **Objetivo:** Relatar as propostas de intervenção de enfermagem, inseridas no contexto comunitário, a partir do diagnóstico de enfermagem “Controle Ineficaz do regime terapêutico”. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência decorrente da atuação dos acadêmicos na prática de estágio curricular da disciplina de Saúde coletiva II, do 6º semestre, do curso de graduação em Enfermagem, do Departamento de Ciências da Saúde, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - Campus de Santo Ângelo, sendo o mesmo desenvolvido no turno da manhã, no período de 23 de Outubro a 07 de Novembro de 2008, junto a uma unidade básica de saúde da família que atende a uma população demograficamente adscrita em um território que implementa a Estratégia de Saúde da Família no município de Santo Ângelo, RS/Brasil. Realizaram-se atividades de promoção e reabilitação a saúde que foram subdivididas em consulta de enfermagem, visita domiciliar e educação em saúde, a fim de promover qualidade de vida ao indivíduo bem como da comunidade e a diminuição da incidência do diagnóstico supracitado. Na primeira atividade, realizou-se a supervisão da saúde do cliente como um todo. Para tanto, utilizou-se o processo de enfermagem, como ferramenta na consulta, para subsidiar esta assistência. A coleta de dados baseada no histórico de enfermagem, proporcionou investigar a situação de saúde do cidadão, a fim de conhecer suas necessidades afetadas e suas respostas frente as propostas terapêuticas multiprofissionais. Este enfatiza o relato do indivíduo como fator chave na consulta de enfermagem. Neste momento, a partir da entrevista e o complemento do exame físico, analisou-se os dados e evidenciou-se o Controle ineficaz do regime terapêutico, como um dos diagnósticos

de maior incidência nas consultas realizadas. Desta forma, para a finalização da consulta, foram prescritos cuidados referentes a este diagnóstico aos clientes, para cada cliente conforme sua realidade situacional, procurando minimizar os agravos que este pode ocasionar no seu estado de saúde. Em um segundo momento, procedeu-se a visita domiciliar com o propósito de fazer então um confronto entre a realidade domiciliar e os dados coletados na consulta de enfermagem, objetivando a compreensão da integralidade do indivíduo e adaptação das intervenções (cuidados) oferecidas. A avaliação inicial incluiu examinar o paciente (conforme a necessidade do paciente), avaliar o ambiente domiciliar, as capacidades de autocuidado do cliente ou a capacidade da família para realizar os cuidados e a necessidade de recursos adicionais para o paciente. Assim, levou-se em consideração, que as culturas da população e dos autores são diferentes, portanto, objetivou-se criar estratégias a fim de aproximar os acadêmicos, a traçar um paralelo de reflexão entre a sua vivência e a realidade da comunidade. Posteriormente a estas atividades, desenvolveu-se junto à comunidade, ações de educação em saúde, a fim de abordar intervenções para a redução da incidência do diagnóstico identificado nas atividades anteriores. A educação em saúde tem também como finalidade promover, manter e restaurar a saúde, prevenindo doenças e assistindo as pessoas em sua adaptação aos efeitos residuais da enfermidade, através do ensino do paciente e da comunidade⁽⁵⁾. Esta atividade foi realizada junto ao grupo de Hipertensos e Diabéticos da unidade de saúde referenciada, foi organizado um grupo focal para a interação entre os profissionais e a comunidade. Foram discutidos vários aspectos, que se contextualizaram na abordagem da melhora do controle sobre a terapia medicamentosa, nutricional e prevenção de doenças, no qual engloba este diagnóstico de enfermagem. No contexto destas estratégias, o acolhimento está inserido em todas as etapas citadas nos andares acima, o qual incorpora as relações humanas, sendo uma seqüência de atos que envolvem a escuta, valorização das queixas, identificação das necessidades e sua transformação em objeto de ações⁽⁶⁾. **Resultados:** Isto posto, considera-se estas dimensões de atendimento, ferramentas essenciais para o processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva, no qual a prática dos acadêmicos, constitui também, reconhecimento da práxis, beneficiando tanto o indivíduo, como sua família e/ou a comunidade. **Conclusão:** A adesão ao regime terapêutico dos usuários do sistema de saúde foi considerada como um dos problemas do enfermeiro comunitário. Estas práticas de estágio, proporcionaram intervenções a partir da identificação deste problema. Sendo assim, analisou-se o contexto integral da prática profissional junto à comunidade, e considerou-se que este diagnóstico adequa-se a muitas pessoas e famílias. Sendo assim, como proposta de monitoração do regime terapêutico ineficaz pode-se estabelecer objetivos mútuos que visam qualidade na relação entre o paciente e o enfermeiro. Estas características resultam direta ou indiretamente no comportamento do indivíduo, que por sua vez, se adequa efetivamente no parecer educativo fornecido pelo profissional enfermeiro. Acredita-se que também influenciam na motivação do cliente para o seu aprendizado. Neste contexto, estas estratégias contribuíram para harmonizar a conexão entre o conhecimento fornecido no curso de enfermagem e a prática das intervenções frente a estes problemas.

Descritores: Diagnóstico de enfermagem; Intervenções de Enfermagem; Saúde coletiva.

Referências:

1. Cianciarullo, Tâmara Iwanow. Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.

2. Doenges, Marilyn. Moorhouse, Mary f. Geissler, Alice c. Plano de cuidados de enfermagem: orientações para cuidado individualizado do paciente. 5ª edição. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2003.
3. North American Nursing Diagnosis Association: Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e classificação, 2005-2006. Porto Alegre(RS): Artmed, 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). 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. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1990.
5. Smeltzer, Suzanne C. Bare, Brenda G. Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10ª ed. Vol 1. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2006.
6. Bertolozzi, Maria Rita. A epidemiologia social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva. Texto resumido no curso de epidemiologia social, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: educação e saúde. Santa Maria(RS). 21 de outubro de 1997.

O COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE: TECNOLOGIAS DE PRODUÇÃO DE CUIDADO AOS USUÁRIOS

Leandro Augusto Hansel, Gilberto Souto Caramão, Bianca Elicher Albrecht, Paulo Fábio Pereira
Faculdade Três de Maio e EducaSaúde
mensagem_paulo@hotmail.com

O presente estudo objetiva discutir as concepções sobre a produção do cuidado ao usuário, que constituem as práticas diárias de profissionais da área de saúde, de uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), da Região Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Foi construído a partir de um Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. A pesquisa objetivou entender o processo de formação de cuidados aos usuários, bem como, através de embasamento teórico acerca do modelo tecnoassistencial, baseado na integralidade do sujeito, buscou-se visualizar e identificar a aplicação de tecnologias leves (processos relacionais), como o vínculo, acolhimento e responsabilização, na conformação do cuidado ao usuário, no trabalho em saúde. Para alcançar estes objetivos, o presente estudo adotou como linha metodológica a pesquisa qualitativa do tipo exploratório. Os dados foram obtidos através de observação e entrevista com os profissionais de saúde da unidade alvo da pesquisa. Para análise dos resultados utilizou-se a sistemática da análise de discurso de Minayo (2004). Com a categorização e análise dos dados obtidos no campo empírico, foi possível perceber a utilização de dois modelos tecnoassistenciais básicos; um calcado em uma forma unidirecional de prestar assistência em saúde, no qual os processos restringem-se no binômio queixa-conduta e assim culminam na produção de procedimentos. O outro modelo é aplicado de forma menos institucionalizada, e depende da subjetividade e intencionalidade que cada profissional de saúde tem de compor o cuidado ao usuário. Assim, pode-se observar a necessidade da reestruturação do sistema de saúde e o modelo assistencial vigente, pois, através da assistência integral ao usuário é que o sistema atingirá a resolutividade esperada, bem como uma forma humanizadora de cuidar, sendo que isto é a base formadora e conceitual dos processos relacionais em que está delimitado o território das tecnologias leves no trabalho em saúde e na produção do cuidado ao usuário.

Descritores: Cuidado; Enfermagem; Saúde Pública.

O USO DE FITOTERÁPICOS: IMPORTÂNCIA E CUIDADOS

Alberto Sette Neto, Carlos Augusto Descovi, Luís Eduardo Ribeiro Rostirolla

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

alberto.sette@hotmail.com

Introdução: Fitoterápicos são medicamentos obtidos empregando-se, como princípio-ativo, exclusivamente derivados vegetais. Caracterizados pelo conhecimento da eficácia e dos riscos de seu uso, como também pela constância de sua qualidade. São freqüentemente confundidos com plantas e ervas medicinais, por se tratarem de produtos de origem vegetal, são muitas vezes utilizados de maneira inadequada acreditando-se que: “o que é natural, não faz mal”. **Objetivos:** Familiarizar os profissionais da área da saúde sobre fitoterápicos e cuidados a serem orientados aos usuários deste tipo de medicamento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de manuais e publicações sobre o tema fitoterapia, plantas e ervas medicinais. **Resultados:** No Brasil as plantas, as ervas medicinais e os fitoterápicos são consumidos com pouca ou nenhuma comprovação científica, colocando em risco a integridade da saúde da população. Isto se deve a alguns fatores, dentre eles: o desconhecimento ou conhecimento errôneo por parte dos profissionais da saúde e das pessoas de uma forma geral; a idéia de que uma substância vinda da natureza não poderia fazer mal à saúde. As dúvidas mais freqüentes com relação a este tema são: **1) Qual a diferença entre planta medicinal e fitoterápico?** As plantas medicinais são aquelas capazes de aliviar ou curar enfermidades e têm tradição de uso como remédio em uma população ou comunidade. Para usá-las, é preciso conhecer a planta e saber onde colhê-la e como prepará-la. **2) Os fitoterápicos podem fazer mal à saúde?** Como qualquer medicamento, o mau uso de fitoterápicos pode ocasionar problemas à saúde, como por exemplo: alterações na pressão arterial, problemas no sistema nervoso central, fígado e rins, que podem levar a internações hospitalares e até mesmo à morte. **Conclusão:** É necessária implementação de medidas de educação e informação efetivas que contribuam para o uso racional de fitoterápicos, plantas e ervas medicinais.

Descritores: Cuidados de enfermagem, Medicamentos fitoterápicos, Plantas de tratamento

PERCEPÇÃO SOBRE A UTILIZAÇÃO DE PROTOCOLO DE CUIDADO À SAÚDE NUMA UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Raquel Michels da Rosa, Micheli Regina Etges

Grupo Hospitalar Conceição

michelietges@yahoo.com.br

Os protocolos de cuidado à saúde baseados em evidências têm sido utilizados na rotina de muitos serviços de saúde no Brasil. As unidades de atenção primária à saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC utilizam o Guia de Atenção à Saúde Materno-Infantil para orientar o trabalho dos profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal. Este Guia prevê que a atenção pré-natal de gestante de baixo risco seja executada por enfermeiras do serviço, por meio da consulta de enfermagem. Trata-se de um relato experiência de uma residente de enfermagem em Saúde da Família e Comunidade da Residência Integrada

em Saúde em relação à utilização do protocolo de Atenção à Saúde da Gestante de Baixo Risco durante as consultas de enfermagem de pré-natal. Segundo o protocolo, a cada consulta a enfermeira deve: buscar estabelecer um bom vínculo com a gestante e sua família, saber escutar, orientar e esclarecer as dúvidas, realizar o exame físico, solicitar e avaliar os exames complementares, reconhecer e manejar precocemente intercorrências, avaliar situações de risco e necessidade de referência a outros pontos de atenção, verificar situação vacinal, estimular participação da família nas consultas, oferecer ações educativas e curativas em saúde bucal, valorizar aspectos da saúde mental durante o pré-natal e oportunizar a participação em atividades coletivas de educação em saúde, como os grupos de gestantes. O protocolo possui um estímulo a abordagem integral da gestante, apresentado ações em todos os níveis de intervenção, mas o grande desafio para os profissionais que o utilizam é oferecer uma atenção pré-natal diferenciada e personalizada para cada gestante, enfatizando a visão de que cada mulher é um ser único, complexo e com autonomia.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Protocolos; Cuidado Pré-Natal.

PERCEPÇÕES DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM FRENTE À REALIDADE DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Caroline Bello Soares, Elena Müller, Maria Joana Dias Ferreira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

jozinhaferreira@gmail.com

Introdução: a Atenção ou os Cuidados Primários de Saúde, como entendemos hoje, constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde (ALEIXO, 2002). A saúde é um dos aspectos mais relevantes no que diz respeito à qualidade de vida, uma vez que ela é a unidade integradora dos sistemas psicológico, emocional, físico e social do ser humano. Cabe aos profissionais dessa área garantir a promoção, recuperação e proteção da saúde já que essa é um direito de todos. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (**Constituição Federal de 1988**, Seção II - Da Saúde Art. 196). O Sistema Único de Saúde (SUS) com seus princípios de igualdade, integralidade, equidade, universalidade, visa garantir uma assistência qualificada aos usuários da rede básica de saúde. A partir disso surge a necessidade de um contato cada vez maior e mais cedo entre acadêmicos da área da saúde e tudo que envolve esse sistema. Em virtude disso, a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) oportuniza aos alunos do III semestre da Escola de Enfermagem um primeiro contato com a comunidade, através de estágio obrigatório em diferentes Unidades Básicas de Saúde (UBS), proporcionando uma relação mais estreita com usuários e profissionais do SUS. Durante estágio curricular na UBS Vila Jardim foram realizadas diversas atividades que visavam relacionar as exposições teóricas aprendidas em sala de aula com a prática, tais como: verificação de sinais vitais, acompanhamento de consulta de enfermagem, imunizações, reconhecimento da área de abrangência e visitas a recursos da comunidade como a Gerência Distrital

Leste/Nordeste, Centro de Saúde Bom Jesus, Conselho Tutelar e NASCA – Núcleo de Atenção a Saúde da Criança e do Adolescente. **Objetivo:** divulgar através das percepções dos acadêmicos de enfermagem como ocorrem os primeiros contatos entre acadêmicos e comunidade, bem como as atividades desenvolvidas durante estágio na UBS Vila Jardim. **Desenvolvimento das Atividades:** a Unidade Básica de Saúde Vila Jardim (UBSVJ) foi cedida pela prefeitura de Porto Alegre e no dia 09 de Agosto de 2008 transferiu-se para a Rua Nazareth nº 570, no Bairro Bom Jesus na cidade de Porto Alegre. É coordenada pela Gerência Distrital Leste/Nordeste e pertence à região Distrital Leste. A UBSVJ funciona das 7:00 às 18:00 horas, de segunda a sexta-feira, salvo as terças-feiras, dia em que a UBS fecha das 12:00 às 13:30 para reunião semanal da equipe. Na UBSVJ são oferecidos diversos serviços, tais como: atendimento de pediatria, clínica geral, odontologia, nutrição, vacinação, curativos, medicações injetáveis, teste do pezinho, nebulização, consulta de enfermagem e distribuição de medicamentos. Além disso, a UBS possui os programas: Nascer, Pré-Crescer, Pré-Natal, Pré-Nenê e Hiperdia (acompanhamento de hipertensos e diabéticos). O atendimento é realizado somente para os usuários adscritos que sejam cadastrados na UBS. O estágio foi realizado nos meses de setembro e outubro de 2008 nos quais diferentes atividades foram desenvolvidas: **Recepção aos usuários** – percebemos a importância deste local pois é nele que os usuários depositam a esperança de serem atendidos nos pedidos que trazem logo que chegam a unidade básica. Ali observamos a dinâmica da relação entre os trabalhadores do SUS e os usuários o que enriqueceu nossa capacidade de relacionar a teoria com a prática. Ao chegar à recepção da UBS Vila Jardim, os pacientes com consulta marcada passam previamente para sala de Sinais Vitais, enquanto os outros agendam suas consultas para a semana vindoura; **Verificação de sinais vitais** - Durante o estágio foram realizados vários procedimentos neste local, como a verificação da pressão arterial, HGT (hemoglicoteste), pesagem e a verificação da altura dos pacientes. Na maioria das vezes o paciente passava na sala de procedimentos para verificação da pressão e do peso, indispensáveis para realizar a consulta. Por não conter uma sala específica para o acolhimento dos usuários muitas vezes, nesse local, realizava-se essa atividade por proporcionar um contato mais reservado entre o acadêmico e o usuário; **Imunizações** – Não houve muitas oportunidades de imunizações na UBSVJ, uma vez que a chegada dos acadêmicos deu-se no final da campanha de vacinação contra a rubéola. Nas poucas vacinas administradas houve o cuidado para que o procedimento fosse realizado da forma mais estéril possível sempre sob supervisão da professora e monitora; **Consulta de Enfermagem** - Os acadêmicos tiveram oportunidade de acompanhar algumas consultas de enfermagem. Essa atividade proporciona observação e reflexão da realidade do atendimento prestado aos usuários do SUS, bem como a experiência do acadêmico de sentir-se um profissional neste momento; **Visita a Área de Abrangência** – Na realização da caminhada no bairro Bom Jesus, pôde-se conhecer as Vilas Fátima e Divinéia. A primeira região é composta por trabalhadores de casas de famílias residentes em uma área composta por muito lixo, valão e proliferação de ratos que contribuem para a disseminação de leptospirose. Também são bastante comuns os casos de verminose, anemia e problemas de pele. Essa região conta com apoio do SASE (Serviço de Atenção Sócio Educativa). A região da Vila Divinéia é composta por carroceiros e papeleiros demonstrando-se mais humilde e carente do que a Vila Fátima. Conta com apoio Unidade Básica de Saúde Mato Sampaio; **Visitas** – Algumas visitas foram realizadas no decorrer do estágio, como à

Gerência Distrital Leste/ Nordeste esclarecendo aos acadêmicos os limites de abrangência das Unidades de Saúde situadas nesse distrito; Centro de Saúde Bom Jesus proporcionando contato com os usuários que necessitam de atendimentos emergenciais; Conselho Tutelar demonstrando a realidade em que vivem as crianças que residem no distrito leste/nordeste; NASCA auxiliando na compreensão da educação prestada às crianças e aos adolescentes, colabora também prestando serviços educativos (gravidez, drogas), nas escolas dessa região. **Resultados:** as regiões em que estão situados PSF's e UBS's geralmente apresentam grandes desigualdades sociais, necessitando de toda forma de apoio. Frente a essa necessidade, o contato dos acadêmicos com os usuários torna-se muito importante e valorizado pela comunidade, que muitas vezes encontra na UBS a única forma de apoio e atendimento. Cabe ao profissional de saúde respeitar e valorizar essa relação buscando os recursos necessários para um atendimento de qualidade. A Universidade Federal do Rio Grande do Sul ao proporcionar o contato entre realidades tão diferentes (acadêmico-usuário) reforça a compreensão do que foi administrado em aulas teóricas. O acadêmico ao se deparar com a situação dessa população (necessidade de atendimentos de urgência, de exames específicos, de um atendimento menos demorado e mais qualificado, de profissionais especializados como ginecologistas, por exemplo e de uma maior demanda de medicamentos de uso diário), e os serviços a ela prestados (consultas com poucos especialistas, demora no atendimento, falta de recursos como algumas vacinas e medicações, o que gera procura por outros serviços de saúde), muitas vezes percebe a diferença entre o que é ensinado e o que realmente é oferecido a essas pessoas, não apenas no que se refere a relações interpessoais (trato diário aos usuários, conversas, orientações, atenção entre outros), mas também aos serviços oferecidos pela UBS a esses clientes. **Conclusões:** o contato do acadêmico com a comunidade se dá de forma positiva em todos os aspectos, ocorrendo constantemente trocas de experiências entre realidades tão opostas: entre uma comunidade carente de qualquer tipo de recurso, que necessita enfrentar filas de espera até para atendimentos de urgência, com acesso fácil a poucos serviços de saúde, com uma renda básica insuficiente para moradia, alimentação, locomoção e medicamentos adequados às suas necessidades; e grupos de acadêmicos que, muitas vezes não tiveram necessidade ou oportunidade de utilizar os serviços oferecidos pelo SUS antes de iniciarem o estágio, já que muitos possuem planos particulares de saúde, tampouco tiveram contato com a comunidade usuária desse sistema desconhecendo a realidade em que ela vive assim como a qualidade dos serviços a ela prestados. Essa oportunidade oferecida pela UFRGS é muito importante no momento inicial da vida acadêmica para a formação do pensamento crítico a respeito do funcionamento do SUS para a comunidade. A presença do acadêmico dentro das Unidades de Saúde proporciona um olhar que, futuramente, poderá se refletir em mudanças significativas para esses atendimentos.

Descritores: SUS, Saúde Pública, Unidade Básica de Saúde.

Referências:

- Constituição Federal de 1988, Seção II - Da Saúde Art. 196. Disponível em: http://www.conass.org.br/pdfs/legislacao_sus.pdf. ALEIXO, JLM. Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no início do Terceiro Milênio. Revista Mineira de Saúde Pública, nº01, Ano 01- janeiro a junho/ 2002.

PLANEJAMENTO FAMILIAR NO AMBULATÓRIO BÁSICO CENTRO DE SAÚDE VILA DOS COMERCÍARIOS: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO; ESTATÍSTICAS 2005-2008

Cássia Eliane da Rosa, Carmen Lucia M. Duro, Dinora Hoeper, Fernanda Mendes Oviedo, Silvana Schneider, Taís Soares Feldens, Themis da Silveira Dovera
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Segundo o Ministério da Saúde, planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher, todo homem ou todo casal devem ter, bem como o direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência. (BRASIL, 2009) Segundo dados de 1998, existem 44 milhões de mulheres em idade fértil no Brasil, na faixa etária entre 15 e 49 anos; Cerca de 70% dessas mulheres são usuárias do SUS - 30,8 milhões; Desse total, 21,5 milhões são sexualmente ativas; de acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde, realizada em 1996. Cerca de 50% das mulheres que foram mães entre 1990 e 1995 tiveram uma gravidez não-planejada (BRASIL, 2009). O Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comercários (CSVC) oferece consultas em ginecologia e coletam exames para o diagnóstico precoce do câncer ginecológico. Mensalmente, é realizado um grupo sobre o planejamento familiar com mulheres e homens moradores da área de atuação do CSVC.

Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico dos usuários que participam do programa de Planejamento Familiar desse serviço. **Metodologia:** Para fins desse estudo, foram analisados os prontuários dos usuários atendidos pelo programa, sendo quantificado os dados e tratados por estatística descritiva, de 2005 a 2008.

Resultados: Em 2005, o total de pacientes que passaram pelo programa concluindo o processo foi de 31 pessoas; desta porcentagem 87% mulheres e 13% homens com idade média aproximada de 34 anos e o grau escolar médio entre 7ª e 8ª série. Em 2006, foram 45 pessoas, destes 64% eram mulheres e 36% homens, com idade de 34 anos e escolaridade predominantemente de ensino fundamental. Em 2007, foram 23 pacientes que concluíram o programa sendo 52% mulheres e 48% de homens com média de 38 anos e grau de escolaridade predominantemente entre 8ª série e 1º ano do ensino médio. No último ano, foram atendidos 41 pacientes no programa com um total de 59% de mulheres e 41% de homens com idade média aproximada de 35,5 anos e grau escolar entre 7ª e 8ª série. A renda familiar média foi de R\$ 529,65 a 1.078,45 no decorrer dos três anos de levantamento de dados. O número de filhos que o paciente possui variou entre 0 a 9 filhos e a idade que a mulher teve seu primeiro filho foi de no mínimo 14 anos e máximo 39 anos. Em relação ao estado civil da mulher, a maior frequência aparece na união estável, com um percentual entre 34% e 38% em relação aos outros (solteira, casada, viúva, separada); a moradia com maior percentual foi a da casa própria com percentuais entre 20% e 28% em relação aos outros itens como casa alugada, casa cedida, casa da mãe, casa da sogra. **Discussões e Conclusão:** Pode-se perceber com esse levantamento de dados, que o numero de participantes ao longo dos três anos não sofreu alteração, entretanto, a busca por um planejamento por parte do homem vem aumentando consideravelmente ao longo dos anos, pois o homem está mais consciente do seu papel dentro da família e antigos tabus, como o medo da impotência após a

cirurgia definitiva, já não aparece mais com tanta frequência. Além disso, a mulher entrou no mercado de trabalho dividindo as responsabilidades do lar com o homem. Ressalta-se que é preciso enfatizar a prevenção e orientação dos casais, para que elejam o método contraceptivo que seja mais adequado para eles. Observa-se que a renda salarial dos usuários pode alcançar, em média, 02 salários mínimos. Muitas vezes, os usuários que procuram esse serviço referem a preocupação com a qualidade de vida e o conforto, bem-estar, educação para o desenvolvimento pleno aos filhos. A escolaridade se manteve durante os três anos e é um indicativo da base educacional que esses pacientes têm, assim, pode-se formular atividades educacionais e orientações conforme as dúvidas do grupo e do seu entendimento sobre o assunto. A casa própria é um bom indicativo que ajuda também no planejamento dessa família. O planejamento familiar é muito importante, pois garante os direitos sexuais e de reprodução de homens e mulheres reduzindo os riscos de DST, abortos e gestações de risco. O Programa de Planejamento Familiar do CSVC visa a prevenção e encaminhamentos para procedimentos cirúrgicos nessa área. A equipe multidisciplinar através da realização de grupos, auxilia nesse processo, prestando orientações e retirada de dúvidas. O programa preconiza a participação de grupo educativo e realização de, no mínimo 03 consultas, que são efetivadas pela médica e pela enfermeira. Dessa forma é possível garantir a saúde da mulher e oportuniza aos homens a participação nesse processo que é papel primordial dos Serviços públicos e das políticas de saúde na atenção básica.

Descritores: Planejamento Familiar, Educação em Enfermagem, Sexualidade.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Planejamento Familiar. <http://portal.saude.gov.br/saude/visualizartexto.285>, acessado em 13/04/09.
2. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Gerencia Distrital Gloria-Cruzeiro-Cristal. Resultados preliminares do Programa de Planejamento Familiar do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes. Estatísticas de 2005 a 2008. Porto Alegre fevereiro de 2008.

PROGRAMA PRÁ-NENÊ: AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS COM MENOS DE UM ANO, NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA VILA TRONCO, POA, RS

Larissa França Negrão, Donatela Dourado Ramos, Carmen Lúcia Mottin Duro
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
carduro@gmail.com

Introdução: O Programa PRA-NENÊ (PPN) desenvolve ações de vigilância em saúde destinada às crianças de 0 a 12 meses. Possui objetivo de produzir ações de saúde para o desenvolvimento das crianças com o intuito de aumentar a qualidade de vida das mesmas e de suas famílias. No âmbito municipal está implantado nos serviços de atenção básica (Unidades Básicas de Saúde e postos da estratégia de Saúde da Família) e inclui serviços de saúde comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, UBS dos hospitais Moinhos de Vento, Mãe de Deus e PUCRS (Porto Alegre, 2008). **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo identificar o número de crianças de 0-12 meses, nascidas no ano de 2008, que atingiram o acompanhamento preconizado pelo PPN. **Metodologia:** Foram coletados dados do acompanhamento das crianças de 0-12 meses nos prontuários e registros da UBS Tronco desse programa no ano de 2008. O número de consultas de crianças

pertencentes à área de abrangência da UBS Tronco foi dividido conforme parâmetros do PPN. **Resultados:** Os dados aqui presentes são preliminares e posteriormente será realizada a pesquisa nos prontuários. No ano de 2008, houve 176 nascimentos na área de abrangência da UBS Tronco: 5 crianças deixaram de pertencer a área de abrangência do posto; 128 realizaram de 1 a 3 consultas/ano; 53 realizaram de 4 a 7 consultas/ano e 45 realizaram de 8 a 12 consultas/ano. **Conclusão:** Identifica-se que da totalidade das crianças registradas mais da metade contempla os padrões do PPN. Observa-se que, mesmo com o alcance das metas, poder-se-ia atingir níveis maiores se fosse possível realizar a busca ativa dos faltosos. Contudo, devido ao déficit de recursos humanos de enfermagem e por não ser uma unidade de PSF, torna-se difícil esta busca. Mesmo com todas as dificuldades a equipe da UBS Tronco tem prestado atenção integral aos usuários de um ano de vida que pertencem a sua área de abrangência.

Descritores: Cuidado à criança; Atenção integral à saúde; Serviços de saúde neonatal.

Referências:

- PORTO ALEGRE. Karla Livi Juarez Cunha (Org.). Programa de Vigilância da Saúde das crianças no Primeiro Ano de Vida: PRÁ-NENÊ. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>. Acesso em: 13 abr. 2008.

RELAÇÕES ENTRE A CONSTRUÇÃO SÓCIO-CULTURAL DAS MASCULINIDADES E ADOECIMENTO MASCULINO

Gilberto Souto Caramão, Bianca Elicher Albrecht, Simone Aparecida Cogler, PauloFábio Pereira
Faculdade Três de Maio e EducaSaúde
mensagem_paulo@hotmail.com

O trabalho procura problematizar alguns atravessamentos de gênero na inclusão e na procura de homens por um serviço de saúde. Trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, que trabalhou com entrevistas narrativas, desenvolvidas com homens que procuraram um serviço público de proctologia, com diagnóstico de câncer de próstata ou para realizar o exame de toque retal. Buscou-se problematizar, segundo a perspectiva dos informantes, quais são as maiores dificuldades e “barreiras” sócio-culturais encontradas no acesso ao referido serviço. O *corpus* de análise foi construído a partir das entrevistas realizadas com nove homens que residem na região noroeste do Rio Grande do Sul a partir da análise de discurso descrita por Minayo (2004). Oito informantes residem na zona rural e um na urbana. Com essas entrevistas foi possível perceber que pressupostos de gênero ativos na cultura, que constroem a masculinidade hegemônica, colocam algumas barreiras culturais para que esses homens procurem esse serviço de saúde. Alguns informantes relataram não informar aos membros de sua família nem ao grupo de amigos da referida consulta nesse serviço, por conta do receio de possíveis brincadeiras. Parece que a procura pelo proctologista ameaça a masculinidades de homens. A análise possibilita dizer que elementos de gênero também impactam na saúde de homens porque retarda sua procura por ajuda no serviço de saúde; a procura acontece, em alguns casos, com o avanço da doença. Portanto a perspectiva do gênero deve ser um elemento estratégico para reorganizar práticas de saúde efetivas.

Descritores: Gênero; Homens; Saúde Pública.

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE: (TRANS)FORMAÇÃO DE PROFISSIONAIS PARA O SUS

Micheli Regina Etges

Grupo Hospitalar Conceição

michelietges@yahoo.com.br

Um dos mais graves problemas do Sistema Único de Saúde consiste na formação dos recursos humanos para esse setor, que pode ser observada constantemente, no despreparo dos profissionais recém-formados para atuarem na complexidade do sistema, para compreenderem sua gestão bem como a função do controle social. Além disso, temos uma formação em saúde centrada no modelo biomédico e individual que relega a segundo plano ou mesmo ignora os aspectos da saúde coletiva. Trata-se de uma reflexão descritiva sobre a inserção da residência multiprofissional em saúde como estratégia para ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. As características da formação denominada residência procuram conciliar a reflexão dos atos de saúde do cotidiano por meio da formação em serviço, em busca de um modelo tecnoassistencial inovador e transformador das características e práticas hegemônicas que permanecem norteando a formação de profissionais e os cenários da saúde. A residência consiste num espaço de (trans)formação de profissionais de saúde, articulado como dispositivo da educação permanente e que possui com um de seus principais referenciais a integralidade do cuidado aliado ao princípio operacional do trabalho em equipe de forma interdisciplinar. A institucionalização de saberes e sua organização em práticas parte do trabalho de núcleo e campo. O primeiro refere-se às especificidades e competências de cada profissão, o segundo articulando o desenvolvimento de competências comuns a todas as profissões no campo do cuidado em saúde. Dessa forma, a concretização de tal proposta resultaria na formação de profissionais com capacidade de compreender e significar, de modo ampliado, os desafios de implementação do SUS e as necessidades individuais e coletivas de uma determinada população com habilidades, conhecimentos e atitudes para elaboração, execução e coordenação de intervenções produtoras de autonomia com base na construção de saberes de modo permanente.

Descritores: Sistema Único de Saúde; Internato não-médico; Formação de Recursos Humanos.

SALA DE ESPERA – UM AMBIENTE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO SUS

Jonathan da Rosa, Andréia Dornelles Rodrigues, Carlise Rigon Dalla Nora, Alessandra Regina Müller Germani

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, Campus de Frederico Westphalen
jonadarosa@hotmail.com

A prática de educação em saúde, e, em especial o desenvolvimento da sala de espera, são ferramentas que vêm para qualificar os serviços de saúde prestados, bem como para melhorar as perspectivas de saúde da população. A sala de espera tem como intuito amenizar o desgaste físico e emocional, associado ao tempo de espera por um atendimento de saúde, o qual pode gerar angústia, revolta, tensão e ansiedade. Assim como, ela também pode ser uma estratégia para melhorar a qualidade do atendimento, humanizar os serviços de saúde, possibilitar a interação entre profissional, usuário e familiares, bem como garantir um maior acolhimento aos mesmos, além de proporcionar um ambiente de reflexões e expressões dos sentimentos relacionados ao tempo de espera. Nesse sentido o presente resumo diz respeito ao relato da vivência de acadêmicos de enfermagem, enquanto bolsistas de um projeto de extensão chamado Implantação e implementação da Sala de espera no Programa de Saúde da Família- PSF 2 do município de Frederico Westphalen/RS, o qual tem como objetivo implantar e implementar a sala de espera no PSF 2 do referido município, com vistas a proporcionar um ambiente de acolhimento e vínculo aos usuários, além de sensibilizar os profissionais da saúde sobre a relevância da implantação/implementação da sala de espera enriquecendo ainda mais o conhecimento dos mesmos sobre tal atividade, esse projeto visa também desenvolver atividades sócio educativas, de caráter preventivo e de promoção a saúde, direcionadas às reais necessidades da população. Ser um acadêmico/ bolsista é um desafio, mas também é uma grande oportunidade de conhecer melhor o papel do Enfermeiro em uma Unidade Básica de Saúde, a realidade de saúde em que vive a população proporcionando articular o ensino a pesquisa e a extensão nas atividades desenvolvidas.

Descritores: Enfermagem; Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde.

SAÚDE MEIO AMBIENTE: RECICLANDO O LIXO

Rosângela Daniel da Silva, Ruth Irmgard Bärtschi Gabatz, Paulo Fábio Pereira
Faculdade Três de Maio e EducaSaúde
mensagem_paulo@hotmail.com

Este estudo é de natureza qualitativa, do tipo pesquisa ação. Teve como objetivo destacar a importância dos cuidados ao descartar materiais recicláveis, tais como vidros e cartonados, para evitar acidentes com aquelas pessoas que os manipulam. Estes materiais quando coletados, ou durante a classificação, conforme observações prévias, podem gerar contaminação e ferimentos nos garis, catadores e trabalhadores das empresas de reciclagem. O trabalho segue todos os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde. O *corpus* do trabalho foi construído a partir de entrevistas realizadas com garis na sede

administrativa do Consócio Intermunicipal de Tratamento de Resíduos Sólidos Urbanos (CITRESU) em Bom Progresso/RS e no Consócio Intermunicipal da Gestão de Resíduos Sólidos Urbanos (CIGRES) em Três de Maio/RS, objetivando identificar as principais dificuldades relatadas pelos garis em relação a manipulação do lixo para reciclagem, e identificar ainda possíveis ocorrências de acidentes por mau acondicionamento de vidros. Posteriormente foram entrevistadas pessoas em três residências de cinco bairros da cidade de Três de Maio-RS, com o objetivo de verificar como os mesmos despacham para o serviço de coleta vidros e embalagens cartonadas a partir de suas residências. Resultados iniciais demonstraram o despreparo e falta de informação por parte da população urbana no descarte do lixo doméstico. Para minimizar tais problemas sugere-se embalar os vidros descartados envoltos em papel jornal, encaixotados em papelão e etiquetados com a descrição “perigo, vidro”. As embalagens cartonadas que por sua vez possuem papelão, plástico e alumínio (caixas de leite), precisam ter as extremidades cortadas, posteriormente lavadas e amassadas para serem despachadas ao serviço de coleta, facilitado assim seu reaproveitamento e evitando a proliferação de bactérias e fungos contaminadores.

Descritores: Saúde Pública; Meio Ambiente; Enfermagem.

SEXUALIDADE: MITOS E VERDADES NA PERSPECTIVA DOS ADOLESCENTES

Barbara Taís Cavalli, Laís da Silva dos Reis, Neucivanei de Costa Lemos, Silvia Rejane Nallem da Cunha

Nogueira, Eveline Franco da Silva, Adriana Aparecida Paz

Faculdade Nossa Senhora de Fátima

evelinefranco@yahoo.com.br

Introdução: A sexualidade na adolescência é um fenômeno da existência humana, objeto de estudo e intervenção das políticas públicas. Atualmente, torna-se relevante discutir este tema devido aos elevados índices de gravidez e de incidência de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) na população jovem.

Objetivo: Relatar a experiência de educar adolescentes sobre sexualidade, DSTs e gravidez na adolescência.

Materiais e métodos: Relato de uma experiência ocorrida durante estágio de Enfermagem em Saúde Coletiva, realizada nos meses de março e abril de 2009, em uma escola estadual do município de Caxias do Sul. Foi proposta atividade educativa com adolescentes do ensino fundamental e ensino médio. Todos adolescentes participantes das atividades apresentaram termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis. Foram realizadas dinâmicas sobre sexualidade, DSTs e gravidez na adolescência. As acadêmicas de enfermagem distribuíram *folders* ilustrativos sobre DSTs e adolescência fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde. Para esclarecimento de dúvidas os adolescentes deixavam suas perguntas em uma caixa, para que não houvesse exposição e constrangimento dos jovens. **Resultados:** Percebeu-se através das dinâmicas que os adolescentes apresentam muitos mitos em relação à sexualidade. A maioria dos adolescentes apresentou dúvidas sobre gravidez, demonstraram preocupação em relação a HIV/AIDS, porém pouco conhecimento sobre outras DSTs. Evidenciou-se que os adolescentes possuem escassas informações sobre sexualidade e a dinâmica utilizada para discutir mitos e verdades favoreceu a interação do grupo e

proporcionou aos jovens maior conhecimento a cerca do tema. **Conclusões:** A desinformação instala muitos tabus e conflitos, sobretudo nesta fase da vida repleta de descobertas. Neste contexto, acredita-se que a atuação da Enfermeira é de suma importância para quebrar mitos e educar jovens sobre sexualidade e reduzir índices de gestações e DSTs na adolescência.

Descritores: Adolescentes. Sexualidade. Educação.

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRAREFERÊNCIA DA UBS APARÍCIO BORGES – DISTRITO GLÓRIA

Themis Silveira Dovera, Lucrecia Bernardi, João Paulo Zimmerman Silva, Lara Crescente, Carmen Duro
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul
laracrescente@hotmail.com

Introdução: O trabalho apresenta as necessidades da UBS Aparício Borges no encaminhamento a consultas com especialistas na Rede de Saúde do Município de Porto Alegre. Atualmente um dos fatores dificultadores é a central de marcação do centro de especialidades ambulatorial -CMCE que disponibiliza apenas 12 canais telefônicos interligados a central com 30 minutos diários para todas as unidades básicas da gerência, permanentemente ocupados. **Objetivo:** O trabalho analisa o número de encaminhamentos a especialistas (referência e contrareferência) e compara com o número de solicitações aguardando consultas, além da resolutividade de encaminhamento da UBS. **Metodologia:** Foram analisados os registros da unidade com o número de consultas referenciadas, formulários de referência-contrareferência e o boletim de demanda reprimida, utilizando-se a estatística descritiva simples. **Resultados:** A UBS Aparício Borges atendeu no mês de março de 2009 1066 consultas com encaminhamento para 145 pessoas. No resultado confrontamos o número de consultas disponibilizadas pela CMCE do livro de registros com os números do Boletim de Demanda Reprimida. Para a ortopedia no ano de 2008 foram 285 pessoas encaminhadas à marcação e 15 consultas oferecidas, otorrinolaringologia teve 186 encaminhamentos mas apenas 48 conseguiram ser atendidos, outra demanda é a neurologia com 206 consultas referendadas e apenas 31 encaminhadas. As áreas com maior oferta pela central são oftalmologia onde tivemos 190 atendimentos e há 94 pacientes em espera e dermatologia com 104 consultas oferecidas em 2008 e 14 em espera. **Conclusões:** Existe uma demanda alta de solicitações a especialistas e limitações na comunicação com a central de marcação além de uma defasagem do número de consultas disponibilizadas pelo município para as áreas de neurologia, ortopedia e otorrinolaringologia. A pesquisa apurou também o nível de resolutividade de problemas de saúde na própria UBS que é de 86,4% divididos em três clínicos gerais, dois pediatras e uma enfermeira.

Descritores: referência e consulta, acesso aos serviços de saúde, equidade no acesso.

Referências:

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 373/GM em 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS 01/02. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm> acesso em 22 de abril de 2008.

2. WITT, R.R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. Rev. Gaúcha de Enf., 1992 13(1):19-23.
3. TOBAR, F. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

SUS X PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS:

RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UBS VIÇOSA

Arlia Rodrigues, Cristiano Laitano, Lara Crescente, Marta Julia Lopes Marques, Vanessa Bonini Prussiano

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

vbonini@gmail.com

Introdução: O presente resumo enfoca a atenção dispensada pelo Sistema Único de Saúde aos Portadores de Necessidades Especiais habitantes da Vila Viçosa, região da Lomba do Pinheiro, zona Leste de Porto Alegre. O trabalho de caracterizar os moradores portadores de deficiência da região surgiu durante as atividades do estágio curricular de Saúde Comunitária, disciplina do 7º semestre de Enfermagem da UFRGS e foi desenvolvida com o apoio da Unidade Básica de Saúde Viçosa. **Objetivos:** Caracterizar o perfil dos Portadores de Necessidades Especiais, conhecer o meio físico e os recursos da região para acolhê-los. **Método:** Pesquisa bibliográfica, dados coletados junto às agentes comunitárias e registros da UBS Viçosa referente a portadores de necessidades especiais. Foi desenvolvida uma análise qualitativa dos dados coletados. **Resultados:** A UBS Viçosa possui 1.909 usuários cadastrados. Destes, foram identificados e entrevistados sete moradores que possuíam algum tipo de necessidade especial. As idades variaram de 24 a 87 anos, e todos possuíam dificuldade de locomoção, apresentando dependência de terceiros para realização de atividades da vida diária. Apenas um possuía ambiente domiciliar adaptado à atual condição de saúde. Todos utilizavam algum tipo de equipamento individual para locomoção. Dos sete entrevistados, apenas dois saíam de casa para receber atendimento de saúde quando necessário, e o restante apresentava-se restrito às suas moradias por falta de condições de acesso, recebendo atendimento profissional apenas em casos de emergência. **Conclusão:** Visualizamos uma população sem registro ou acompanhamento específico, que passa despercebida pelo serviço de saúde e possui grandes e específicas demandas, criando uma grande lacuna entre o que é preconizado pela Legislação e o atendimento prestado a essa população. O direito básico de acesso físico ao serviço foi considerado empecilho a todos os entrevistados, devido às características do meio e a falta de adaptação arquitetônica e de acessibilidade da unidade.

Descritores: Enfermagem em Saúde Comunitária, Pessoas com Deficiência, Estatística e Dados Numéricos.

UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE HCPA SANTA CECÍLIA: ASSISTÊNCIA DIFERENCIAL

Bianca Belmonte de Souza, Simone Konzen Ritter

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

simone.ritter@ufrgs.br

Introdução: a Atenção Primária à Saúde (APS) é a assistência sanitária essencial a indivíduos e famílias de uma comunidade, através de tecnologias cientificamente fundamentadas e socialmente aceitas (FEIX, 1992). É o primeiro contato entre pacientes e equipe de saúde, com atenção integral e sistemática em um processo contínuo, sustentada por recursos humanos cientificamente qualificados a um custo adequado e sustentável, que transcende o campo sanitário e inclui outros setores, organizada com a comunidade e com os demais níveis da rede de atenção à saúde, para proteger, restaurar e reabilitar os indivíduos, as famílias e a comunidade, sem discriminar os grupos humanos, por sua condição econômica, sócio-cultural, de raça ou sexo (LAGO E CRUZ, 2001 *apud* ROSA, 2008). A APS visa ampliar a cobertura de assistência à população para impactar de modo favorável os indicadores de saúde e melhorar a qualidade de vida da população (FEIX, 1992). A Rede Básica de Saúde foi pensada a partir da proposta da APS, e caracteriza-se como a “porta de entrada” para os serviços públicos de saúde. Com este intuito as unidades básicas ou centros de saúde surgem para realizar além de consultas médicas, ações de promoção e prevenção, desenvolvendo ações de controle e de educação à saúde a grupos da população, que constituíram na primeira forma de reconhecimento do direito à saúde. (DAMALSO E SENNA, 1996 *apud* BERTUSSI, OLIVEIRA E LIMA, 2001). Além disso, a APS constitui-se em nível adequado de atendimento com capacidade de resolver um elenco de necessidades de saúde que extrapolam a intervenção curativa individual, denominadas de necessidades básicas de saúde. (HARTZ, 2000 *apud* BERTUSSI, OLIVEIRA E LIMA, 2001). Nesse contexto a Unidade Básica de Saúde (UBS) passa a ter um caráter coletivo e implica ofertar ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, acidentes e outros agravos, além da atenção curativa e de reabilitação. **Objetivo:** retratar as experiências vivenciadas por acadêmicas de enfermagem da UFRGS, na UBS HCPA/Santa Cecília, pertencente ao Distrito de Saúde Centro, da Gerência Distrital Centro, do município de Porto Alegre. **Método:** este estudo trata-se de um relato de experiências teórico-práticas desenvolvido por acadêmicas de Enfermagem da UFRGS, a partir das vivências propiciadas pelo estágio da disciplina Fundamentos de Enfermagem Comunitária, realizado na UBS HCPA/Santa Cecília e em sua área de abrangência, no período de setembro a novembro de 2008. **Resultados:** o Distrito de Saúde é uma área geograficamente delimitada que possui uma população com características epidemiológicas e sociais próprias, que conta com recursos e possui necessidades de todos os gêneros, como energia elétrica, sistema de esgoto, água tratada e serviços de saúde. A UBS HCPA/Santa Cecília localiza-se no Distrito e Gerência Centro, o qual possui área de 26 km² e equivale a 5,46% do território da capital gaúcha. Segundo o censo populacional realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2000, a população total do Distrito é de 267.005 habitantes. O traçado urbanístico da região caracteriza-se principalmente por prédios, escolas e estabelecimentos comerciais, e conta com ruas pavimentadas, saneamento básico, energia elétrica e coleta seletiva de lixo. Porém, existe um nítido contraste socioeconômico, constituído por vilas e áreas de vulnerabilidade social inseridas em áreas de classe média. A UBS foi fundada em 2004 em convênio com o

Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e com a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, possui 1.090 m² de área física e está localizada na Rua São Manoel, número 543, no bairro Santa Cecília. A área adscrita compreende os bairros Petrópolis, Jardim Botânico, Rio Branco, Santa Cecília, Bela vista e uma parcela do bairro Santana, garantindo assistência a cerca de 40 mil pessoas, sendo que 7 mil famílias são cadastradas na Estratégia de Saúde da Família – a unidade é juntamente uma USF, ou seja, uma Unidade de Saúde da Família – As atividades desenvolvidas ao longo do estágio nos possibilitaram a vivência das práticas tanto assistenciais como administrativas desenvolvidas na Unidade. Por meio de visitas à comunidade, de observações e da inserção e participação nas rotinas da equipe buscamos identificar a área de atuação e as atribuições da equipe de enfermagem, especialmente da enfermeira, assim como os resultados de suas ações que visam a promoção da saúde, a prevenção de doenças e agravos, a reabilitação e a reinserção social dos usuários. De acordo com Witt (2005) o conhecimento que embasa as competências do enfermeiro constitui a qualificação adquirida pela experiência, vivência e pela memória desse trabalhador individual. Constatamos que o profissional de enfermagem atuante em APS deve ter uma escuta aberta e atenta, uma visão holística – que enfoque não somente o estado de saúde dos indivíduos, e sim o contexto social no qual se inserem, as suas crenças e os seus costumes –, que deve voltar a sua atenção principalmente para as necessidades básicas da população, a fim de elaborar ações prioritárias em saúde, e agir em todas as situações com comprometimento e respeitando os princípios éticos. Além de assistir às consultas de enfermagem, que constituem uma atribuição exclusiva do enfermeiro – as quais têm o propósito de promoção do planejamento familiar, de prevenção de doenças, de orientação física e alimentar para gestantes, lactantes, recém-nascidos, crianças, e especialmente para hipertensos e para diabéticos –, participamos das atividades práticas junto à equipe, como a verificação de sinais vitais, a realização de hemoglicoteste, a aplicação de medicações e de imunobiológicos – participamos da campanha de vacinação contra a Rubéola na UBS e no Mercado Público de Porto Alegre – e observamos as atividades desenvolvidas na sala de acolhimento – local onde os usuários manifestam o seu motivo de procura do serviço de saúde e são encaminhados para consulta imediata ou para agendamento de consulta, conforme as suas necessidades –, na sala de coleta para exames clínico-laboratoriais – onde são coletadas amostras de sangue, urina, fezes e escarro, as quais são entregues e analisadas no Serviço de Patologia Clínica do HCPA –, na farmácia, na recepção, nas atividades dos agentes comunitários de saúde na Unidade e junto aos usuários em visitas domiciliares (VDs) com o intuito de identificar as prioridades de ações a serem desenvolvidas, de orientar e esclarecer questionamentos dos usuários e com fins de atualização cadastral. Acompanhamos também algumas VDs realizadas pela equipe de ESF, incluindo algumas visitas previamente solicitadas por usuários com dificuldade de locomoção, por exemplo. As VDs são destinadas principalmente à idosos, gestantes, diabéticos, hipertensos, acamados, tuberculosos, portadores do vírus HIV, indivíduos que exigem atenção devido a sua saúde mental ou por estarem expostos a situações de vulnerabilidade. **Considerações Finais:** por meio das referidas experiências conhecemos o Distrito Sanitário de Saúde Centro do município de Porto Alegre, a UBS HCPA/Santa Cecília, bem como a sua área de abrangência. Identificamos nitidamente o emprego dos princípios básicos do SUS. Além disso, tivemos a oportunidade de conhecer e de participar das atividades da equipe de enfermagem. Percebemos que as ações de cuidado quando dotadas de humanização fazem com que haja efetivo contato e acolhimento entre os usuários e os profissionais de saúde, e que os princípios do SUS vêm sendo

efetivados nas práticas diárias. No entanto, para que isso ocorra é necessária uma contínua motivação e preparação da equipe multidisciplinar, de modo que a assistência seja desenvolvida com o seguinte embasamento: “a melhor prática, ao menor custo, ao maior número de pessoas, da maneira mais equitativa possível”. (DONABEDIAN, 1986). Verificamos que a UBS HCPA/ Santa Cecília é diferenciada da maioria das unidades de atenção básica, visto que possui uma infra-estrutura completa e um grupo de profissionais organizados de modo a prestar uma assistência qualificada, com raros episódios de escassez de materiais ou de profissionais, e conta com atividades de promoção e prevenção de doenças e agravos, grupos de educação em saúde e programas específicos, dos quais a comunidade usufrui e obtêm resultados significativos. Com esta primeira experiência em enfermagem em contato com a comunidade tivemos a oportunidade de refletir a cerca dos princípios do SUS, das práticas e da conduta dos profissionais no dia-a-dia da assistência básica em saúde e, especialmente, sobre a realidade da saúde no contexto da Atenção Primária à Saúde.

Descritores: atenção primária à saúde, saúde pública, sistema único de saúde.

Referências:

1. BERTUSSI, D.; OLIVEIRA, M.; LIMA, J. A Unidade Básica no contexto do Sistema de Saúde. In: Andrade, S.; Soares, D.; Cordoni, L. (Org.) Bases de Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL, 2001. p. 133-143.
2. DONABEDIAN, A. "The Quality of Care: How Can it be Assessed?" In: JAMA, 1986; 260(12):1743-1748.
3. FEIX, R. Atenção Primária à Saúde: conceito, implantação e tendências. In: DUNCAN, B. et al. Medicina Ambulatorial. 3 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
4. HARTZ, Z. M. A. Pesquisa em avaliação da atenção básica: a necessária complementação do monitoramento. Divulgação da Saúde para Debate: Londrina, 2000, p. 30.
5. WITT, R. R. Competências da enfermeira na atenção básica: contribuição à construção das Funções Essenciais de Saúde Pública. 2005. 336f. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIVÊNCIA DAS AGENTES COMUNITÁRIAS DA SAÚDE EM RELAÇÃO A VIOLÊNCIAS DE GÊNERO

Janaina Massafra Cavalheiro, Paulo Fabio Pereira

Faculdade Três de Maio e EducaSaúde

mensagem_paulo@hotmail.com

A violência doméstica é um tema que vem sendo discutido e, cada dia mais, abordado como uma questão de saúde. O presente estudo acerca do relato de casos e vivências das agentes comunitárias da saúde em relação a violências de gênero, buscou investigar sobre a questão da violência de gênero na percepção das agentes de saúde do município da Região Noroeste do Estado do RS, a partir de suas experiências profissionais; foi construído a partir de um Trabalho de Conclusão de Curso em Enfermagem. Trata-se de um estudo de cunho qualitativo, do tipo descritivo exploratório. O trabalho cumpre com todos os pressupostos éticos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de saúde. Os dados foram coletados a partir de um questionário estruturado e aberto. Participaram da pesquisa dez (10) agentes escolhidas aleatoriamente. Esta amostra foi estabelecida a partir do critério de saturação das informações. Também foram pesquisados documentos da delegacia de polícia do município, compreendendo o período de janeiro até agosto de 2008, que se referem

aos registros de violência doméstica. Concluiu-se que as Agentes Comunitárias de Saúde, por atuarem como um elo de ligação entre a unidade e a comunidade são pessoas essenciais no combate a violência de gênero. Constatou-se que as experiências vivenciadas pelas agentes de saúde não são problematizadas por falta de conhecimento, e órgãos competentes no município. As causas das violências detectadas pelas agentes de saúde são diversas e estas agentes não se sentem preparadas para atuar em tais situações, motivo que leva a invisibilidade destes casos pelo setor saúde. Não se identificou a existência de espaços sociais de escuta de casos de violência doméstica neste município e, por isso, foi proposta a criação de um espaço – rede de apoio para o apoio às pessoas vítimas de violência familiar em suas diversas apresentações.

Descritores: Gênero; Saúde Pública; Violência Doméstica.

FATORES DE ADESÃO AO TRATAMENTO DA TUBERCULOSE

Rafael Pereira de Borba, Vera Portella

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

rafaelpb8@yahoo.com.br

Introdução: Teve-se oportunidade de realizar estágio extracurricular em um Hospital referência para tratamento de tuberculose na cidade de Porto Alegre durante 18 meses. Neste período observou-se que as reinternações por abandono ao tratamento são frequentes, trazendo piora clínica dos pacientes e evidenciando-se a necessidade de inovações no cuidado destes devido à complexidade do seu manejo, uma vez que os fatores de não adesão ao tratamento da TB, como o alcoolismo, o tabagismo, a baixa renda e escolaridade e a utilização de drogas ilícitas, coexistem nesta população. A tuberculose é uma doença muito antiga, há relatos de que já era conhecida no antigo Egito, já que pesquisadores encontraram lesões de tuberculose em múmias. Porém, somente em 1882 a *Mycobacterium tuberculosis*, foi descoberta pelo cientista alemão Robert Koch. Nos séculos XIX e XX era considerada uma doença romântica, almejada por artistas e boêmios que atribuíam à doença o dom de criar. Hoje, o Brasil é o 13º país entre os 22 que concentram 80% dos casos de TB do mundo, sendo o Rio de Janeiro o estado com o maior número de casos (SOUZA; VASCONCELOS, 2005). As manifestações clínicas da tuberculose pulmonar são crônicas, estando presentes por semanas ou meses: febre baixa, tosse (não-produtiva ou produtiva com escarro mucopurulento), hemoptise, sudorese noturna, fadiga e perda de peso. Os exames diagnósticos realizados são: radiografia de tórax, teste cutâneo tuberculínico (teste de Mantoux) e esfregaço para o bacilo ácido-resistente (BAAR) (SMELTZER; BARE, 2005). Em 1944 iniciou-se o tratamento farmacológico da tuberculose com a estreptomicina, mas somente em 1960, ao observar-se resistência do bacilo a drogas isoladas foi introduzido o tratamento com drogas associadas: Estreptomicina (S), Isoniazida (H) e ácido paraaminossalicílico (PAS), visando adquirir o sucesso no tratamento mesmo que o bacilo fosse resistente a uma das três drogas. Hoje, percebe-se que a resistência pode ser adquirida quando o paciente realiza tratamento irregular, abandona o tratamento ou quando a pessoa infecta-se com o bacilo já resistente, podendo, também, contaminar outras pessoas com esta forma já mutada do bacilo (COUTO SANT'ANNA,

2008). O tratamento quimioterápico da TB é realizado ambulatorialmente no Brasil conforme o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), através de acompanhamento em Programas de Saúde da Família (PSF) e Unidades Básicas de Saúde (UBS) para o tratamento supervisionado. Conforme Rodrigues (2008) “As ações para o controle da TB no Brasil têm como meta diagnosticar pelo menos 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos casos diagnosticados”. A segregação da sociedade não é necessária, pois após algumas semanas de tratamento o paciente torna-se não bacilífero, ou seja, não transmite a doença (BRASIL, 2005). Um estudo caso-controle, realizado num Hospital do Rio de Janeiro, no qual os casos eram pacientes que haviam abandonado o tratamento da TB e os controles eram os que haviam obtido cura, comparou os dois grupos observando que: a informação sobre a própria doença era maior no controle, enquanto os casos abandonavam o tratamento após a melhora clínica; o hábito de ingerir bebida alcoólica era cinco vezes maior entre o caso do que o controle; os casos freqüentemente moravam sozinhos e possuíam baixa escolaridade, economicamente os dois grupos eram de baixa renda (NATAL; VALENTE; GEHARDT, 1999). A respeito da equipe de saúde, as orientações que fugirem da realidade do paciente não serão cumpridas e causarão mais angústia e revolta desencadeando o abandono do regime terapêutico pela falta de interesse em segui-lo (REINERS, 2005). Para Schimith e Lima (2004) o vínculo existente entre profissionais da saúde e pacientes estimula a autonomia na medida em que promove participação do paciente no restabelecimento de sua saúde. Há uma troca de interesses e necessidades objetivando proporcionar ao paciente seu auto-cuidado, ampliando a eficácia dos serviços de saúde e favorecendo a participação em seu tratamento. Neste contexto, a relação enfermeiro-paciente deve ser encarada como qualquer outra relação humana existindo um vínculo no momento do tratamento e cessando-o assim que os objetivos forem alcançados ou quando a ligação excessiva entre as partes faça com que o enfermeiro não detecte os problemas do paciente (EPSTEIN, 1977). **Objetivos:** Tem como objetivo principal conhecer os fatores que interferem na não adesão ao tratamento visando qualificar o atendimento ao portador de tuberculose. **Metodologia:** Este trabalho trata-se de uma revisão de literatura acerca do tema adesão ao tratamento da tuberculose bem como as dificuldades encontradas pelo paciente para concluir a terapêutica proposta. **Resultados:** A adesão ao tratamento da TB é complexa e para que ocorra depende de muitos fatores tais como: características da doença e dos profissionais envolvidos, tratamento extenso (6 meses ou mais), perfil psicossociocultural dos doentes, efeitos adversos da medicação, entre outros. Caso não ocorra a adesão os prejuízos podem ser em relação à progressão da doença, queda da qualidade de vida do paciente, prejuízo ao serviço de saúde e à sociedade. O enfermeiro dá assistência ao indivíduo estando ele doente ou saudável, naquelas atividades que ele faria sozinho se tivesse “força, vontade e conhecimentos necessários”. Desta forma o entendimento que o paciente tem sobre a doença, o papel da equipe de saúde e quais os objetivos que ele tem com o tratamento são importantes para que ocorra a adesão, além da necessidade de se despertar no indivíduo a importância do autocuidado. Aderir ao tratamento é o mesmo que seguir corretamente o plano terapêutico proposto a partir do entendimento do mesmo e de sua aceitação por parte do paciente, de acordo com sua realidade. **Considerações finais:** Com este trabalho pude perceber que a tuberculose continua sendo vista pela maioria da população com estigmas e preconceitos, contribuindo diretamente para a não adesão ao tratamento dos indivíduos infectados, segregando-os da sociedade, tornando-se dessa forma, um problema de

saúde pública. Percebe-se também, a responsabilidade que o enfermeiro possui no acompanhamento dos pacientes com tuberculose por ser o elo de ligação não somente entre o paciente e equipe multidisciplinar, mas também entre paciente e a sociedade, reinserindo-o no contexto sociocultural.

Descritores: Tuberculose, Pacientes Desistentes do Tratamento, Tratamento.

Referências:

1. BARROSO, Elizabeth Clara et al . Fatores associados aos tratamentos inadequados em grupo de portadores de tuberculose multirresistente. *J. Pneumologia* , São Paulo, v. 29, n. 6, 2003 .p.350-357.
2. BRASIL. Ministério da Justiça. Lei nº 9610, de 19 de fevereiro de 1998: Lei do Direito Autoral. Brasília: Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, Distrito Federal , seção 1, 19 de fevereiro, 1998.
3. COUTO SANT'ANNA, Clemax et al . Diagnóstico e terapêutica da tuberculose infantil: uma visão atualizada de um antigo problema. *J. Pediatr. (Rio J.)* , Porto Alegre, 2008.
4. EPSTEIN, Charlotte. *Interação Efetiva na Enfermagem*. Editora da Universidade de São Paulo: São Paulo, 1977.
5. GONCALVES, Helen; COSTA, Juvenal Soares Dias da; MENEZES, Ana Maria B. et al . Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, 1999.
6. HENDERSON, V. *Princípios básicos sobre cuidados de enfermagem*. 2ed. São Paulo: Cortez, 1989.
7. KURITA, Geana Paula ; PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica e o *locus* de controle da saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v.38, n.3, p.254-261, 2004.
8. KURITA, Geana Paula e PIMENTA, Cibele Andrucio de Mattos. Adesão ao tratamento da dor crônica: estudo de variáveis demográficas, terapêuticas e psicossociais. *Arq Neuropsiquiatria*. V. 61(2-B):416-425, 2003.
9. NATAL, Sonia, VALENTE, Joaquim, GERHARDT, Germano *et al.* Modelo de predição para o abandono do tratamento da tuberculose pulmonar. *Bol. Pneumol. Sanit.*, vol.7, no.1, p.65-78, 1999.
10. REINERS, Amelita Almeida Oliveira. *Interação profissional de saúde e usuário hipertenso: contribuição para não-adesão ao regime terapêutico*. Tese apresentada no Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2005.
11. RODRIGUES, Laura et al .Resposta brasileira à tuberculose: contexto, desafios e perspectivas. *Rev. Saúde Pública* , São Paulo, 2008 .
12. SA, Lenilde Duarte de; SOUZA, Karen Mendes Jorge de; NUNES, Maria das Graças et al . Tratamento da tuberculose em unidades de saúde da família: histórias de abandono. *Texto contexto - enferm.* , Florianópolis, v. 16, n. 4, 2007.
13. SCHIMITH, Maria Denise e LIMA, Maria Alice Dias. Acolhimento e Vínculo em uma Equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. V.20 (6):1487-1494, nov/dez, Rio de Janeiro, 2004.
14. SMELTZER, Suzanne C.; BARE, Brenda G..*Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*.v.3, Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
15. SOUZA, Marcus Vinícius Nora de; VASCONCELOS, Thatyana Rocha Alves. Fármacos no combate à tuberculose: passado, presente e futuro. *Química Nova*, vol. 208, n. 4, p. 678-682, 2005.

**SOBRECARGA DO CUIDADOR PRINCIPAL DO PROGRAMA DE
ATENDIMENTO DOMICILIAR AO ACAMADO (PADA)**

Eliane Pinheiro de Morais, Luciana Longhi Ferreira

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

lu2004enf@yahoo.com.br

Introdução: O processo de envelhecimento da população brasileira deve-se a vários fatores, dentre os quais estão: a queda das taxas de fecundidade, mortalidade infantil, as condições de saneamento e infra-estrutura básica melhoradas, avanços na área da saúde e da tecnologia. (FREITAS et al, 2006). Em relação às

estatísticas epidemiológicas os brasileiros com 60 anos ou mais representam 8,6% da população e esse número chegará a 14% em 2025 (BRASIL, 2003). Conforme estimativas demográficas de 2005, presentes no DATASUS, a proporção de pessoas idosas de ambos os sexos na população brasileira era de 9,2%. No Rio Grande do Sul (RS) esse número representava 11,3% e em Porto Alegre chegava a 12,8% (BRASIL, 2006). Para Gonçalves et al. (2006), o exercício diário do cuidado junto das pessoas idosas acamadas é uma tarefa árdua e desgastante que pode afetar aspectos do cotidiano como o social, físico, emocional e espiritual contribuindo para a falta de cuidado com a própria saúde. Para Silveira, Caldas e Carneiro, 2006, ser cuidador principal implica num processo que envolve toda a família no intuito de decidir quem irá cuidar do idoso, além disso a pessoa que desempenhará tal função deve possuir características como: habilidades, sensibilidade, empatia. A Unidade Básica do Centro de Saúde IAPI atendendo aos preceitos da Atenção Básica, implantou em 2002 o Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA), tal serviço destina-se a dar suporte terapêutico para o usuário e sua família, a fim de facilitar o atendimento ao acamado que não possui condições de deslocamento até o serviço de saúde. **Objetivos:** Avaliar a sobrecarga dos cuidadores principais dos idosos do Programa de Atendimento Domiciliar ao Acamado (PADA) da Unidade Básica de Saúde do Centro de Saúde IAPI, do município de Porto Alegre. **Método:** Foi utilizado o método descritivo transversal. Participaram desta investigação 28 cuidadores principais. O cuidador principal foi contactado via telefone, ou na falta deste, pela visita da pesquisadora para agendar uma visita; as entrevistas foram no domicílio. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido O instrumento de coleta de dados contou com questões relativas à: variáveis demográficas sociais, de saúde dos cuidadores e relacionadas ao cuidado prestado às pessoas idosas, e a Escala de Avaliação de Sobrecarga (ZCAFUCA, 2002). A análise dos dados foi realizada através do Programa SPSS 13.0, com a análise descritiva dos dados e para a escala de Sobrecarga foi utilizado os testes Teste Mann-Whitney e Kruskal Wallis. O período para a coleta desses dados iniciou após a aprovação pela Comissão de Pesquisa da escola de Enfermagem (COMPESQ) e pelo Comitê de Ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, e foi até a aplicação do instrumento a todos os participantes. O período foi de setembro a outubro de 2008. **Resultados:** Os resultados mostraram que os cuidadores investigado eram em sua maioria do sexo feminino (82,1%), com companheiro atualmente (53,6%), em sua maioria filha(o) (46,4%) e esposa/companheira(o) (32,1%), com média de idade de 54,5±13,6, com doze anos ou mais de estudo (42,9%), morando com o idoso cuidado (85,7%), cuidando de modo permanente (89,3%), com nenhum familiar auxiliando no cuidado (46,3%). Todos cuidadores fornecem apoio instrumental, 46,4% fornecem apoio econômico, 82,1% referiram diminuição do tempo de lazer como consequência da tarefa de cuidar. Quando indagados sobre os motivos que levaram a ser cuidadores, 85,7% apóiam-se nas suas convicções religiosas, 60,7% responderam que não há outro remédio senão cuidar; e 60,7% afirmam ser uma carga excessiva. Dentre os cuidadores, 82,1% referiram a diminuição do tempo de lazer; 67,9% referiram encontrar-se sempre cansados, não poderem mais sair com amigos nem sair de férias; 53,6% não ter mais tempo para cuidar-se e apenas um referiu que não teve nenhuma consequência advinda da tarefa de cuidar Em relação ao questionamento de possuírem alguma doença crônica, 42,9% dos cuidadores referiram ter hipertensão arterial, 14,3% cuidadores referiram ter alguma doença cardíaca e 10,7% cuidadores referiram

ter alguma doença pulmonar e nenhum cuidador referiu ter diabetes melittus ou câncer. Em relação à sobrecarga, a média foi de 28,82 pontos, com mínimo de 4 e máximo de 68, com 46,4% referindo sobrecarga moderada e 32,1% sobrecarga pequena. A única variável que apresentou diferença significativa ($p= 0,04$) entre os grupos comparados, foi a situação de moradia do idoso, ou seja, o fato do cuidador morar junto ao idoso. No que diz respeito ao sentimento de sobrecarga, 53,6% dos cuidadores referiram que seu familiar “nunca” pedia ajuda além do necessário e 28,6% se sentia “algumas vezes” estressados entre cuidar do idoso e suas outras responsabilidades com família e trabalho. Quando questionados sobre a frequência com que, de uma maneira geral, se sentiam sobrecarregados por cuidar do idoso, os cuidadores responderam: 35,7% responderam “nem um pouco ou um pouco”; 28,6% responderam “moderadamente” e 35,7% responderam “muito ou extremamente”. **Conclusões:** O grau de sobrecarga do cuidador mostra que a pessoa responsável pelos cuidados sofre perdas importantes, o que pode ultrapassar os limites físicos, sociais, econômicos e emocionais. Essa dedicação constante gera desgaste físico, pois a maioria dos cuidadores não possui auxílio nem revezamento para o cuidado. Os idosos inseridos no PADA apresentam dependência vital, uma vez que são pessoas idosas, acamadas, dependentes e com patologias diversas. Tal situação de dependência necessita a presença constante de um cuidador para auxílio nas atividades básicas e instrumentais da vida diária. Como a maioria dos cuidadores principais dos idosos são os familiares, o papel da família deve ter seu devido reconhecimento, pois é ela que fornece apoio social, funcional, econômico, material e afetivo. A média de idade dos cuidadores é algo que chama atenção, pois a maioria está próxima de se tornarem idosos, com 39,3% sendo pessoas idosas. Sendo assim, são idosos cuidando de idosos, o que faz refletir pois são pessoas que já apresentam limitações, comorbidades e não estão em condições plenas de prestar cuidado a alguém dependente. O aspecto emocional pode ser afetado pela tarefa contínua de ser cuidador, pela redução ou até mesmo anulação do ciclo social, não existindo alguém com a qual possa conversar e desabafar. Como o processo do envelhecimento é algo recente em nosso país, estratégias devem ser repensadas para atender esses novos problemas. Políticas públicas de saúde e ações estratégicas devem ser repensadas, uma vez que, o envelhecimento da população brasileira é algo preocupante e atual o qual necessita de ações que auxiliem o cuidador do idoso. A necessidade de programas que tenham foco o cuidado domiciliar, seja no âmbito público ou privado devem ser incentivados. A Atenção Básica deve estar atenta para as ações sociais e de saúde, sejam individuais ou coletivas, a fim de prestar assistência para o idoso e para o seu cuidador. Dessa forma, a Enfermagem, como parte fundamental da equipe multiprofissional em saúde, tem conhecimento e experiência necessária para o desempenho do completo cuidado à família. Deve estar focada com o cuidado a pessoa idosa e também ao seu respectivo cuidador, pois do cuidador dependerá a qualidade do cuidado prestado ao idoso.

Descritores: Idoso; Cuidadores; Assistência domiciliar.

Referências:

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do Idoso. Brasília, DF, 2003. 70 p. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p10741_estatuto_do_idoso.pdf Acessado em: 03 abr. 2008.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad19.pdf. Acessado em: 19 abr. 2008.

3. FREITAS, E. V. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. 1573 p.
4. GONÇALVES, L.H.T. et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 570-577, Out-Dez, 2006.
5. SCAZUFCA, M. Brazilian version of the Burden Interview scale for the assessment of burden of care in carers of people with mental illnesses. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 24, n. 1 p. 12-17, 2002.
6. SILVEIRA, T. M.; CALDAS, C. P.; CARNEIRO, T. F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1629-1638, ago, 2006.



***Administração em
Serviços de Saúde***

A EXPERIÊNCIA DE TRABALHO NO SEXTO TURNO DO HCPA POR UMA ENFERMEIRA RECÉM-FORMADA

Carla Daiane Silva Rodrigues

Hospital de Clínicas de Porto Alegre
carla.rodrigues@ufrgs.br

Relato de experiência sobre as vivências de uma enfermeira em sua primeira oportunidade de trabalho, a qual teve como cenário uma unidade de internação clínica, ala norte, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Este hospital adota um turno de trabalho para os enfermeiros que é denominado sexto turno, o qual compreende doze horas diurnas - das 7h às 19h - aos finais de semana e feriados, no qual se estabelece a presença de um enfermeiro responsável nas unidades que adotam o referido turno. Este relato objetiva trazer as percepções pessoais sobre esta vivência específica, ou seja, como uma enfermeira recém-formada compreende seu trabalho neste turno, considerando suas peculiaridades. Trata-se de um relato de experiência das percepções da autora sobre seu trabalho. Como resultados, apresenta as características do turno, vantagens e desvantagens percebidas e o sentimento de ser necessário dividir o trabalho com outro colega. Concluindo, espera-se que essa experiência sensibilize os profissionais enfermeiros para esta realidade específica de seu trabalho, os responsáveis pela gestão de recursos humanos do HCPA e, porventura, outras instituições que possuem ou objetivem possuir este turno de trabalho para seus enfermeiros.

Descritores: Trabalho; Enfermagem; Recursos Humanos.

SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA: OPERACIONALIZAÇÃO E INSERÇÃO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE

Carmen Lucia Mottin Duro, Laura Darsie Fraga

Escola de Enfermagem da UFRGS
Carmem@enf.ufrgs.br

Introdução: Com a finalidade de igualar a assistência à saúde da população brasileira, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado pela Constituição Federal de 1988, a qual definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado. Para torná-lo possível, várias leis, normas e princípios foram implantados. Uma dessas normas é a NOAS 01/02 que regulamentou o processo de regionalização do SUS, estruturando-o em uma rede descentralizada e hierarquizada em três níveis de atenção: primário, secundário e terciário. Com o objetivo de organizar a informação, reduzir a demanda e aumentar a resolutividade do serviço dos três níveis de atenção é que o sistema de referência e contra-referência foi estruturado. A referência acontece do nível de menor complexidade para o de maior complexidade. A contra-referência faz o caminho inverso. ^(1; 2). Considerando que a enfermagem exerce, muitas vezes, a gerência das unidades de atenção básica do SUS, torna-se importante que os enfermeiros detenham o conhecimento do sistema de referência e contra-referência, seus objetivos e possibilidades de aplicação, para uma melhor assistência e resolução dos

problemas de saúde da população. **Objetivo:** Caracterizar a forma de operacionalização do Sistema de Referência e Contra-referência na atenção à saúde nas regiões Sul e Sudeste do Brasil e a inserção da enfermagem nesse sistema. **Metodologia:** Utilizou-se para fins desse estudo, o método qualitativo exploratório, através de pesquisa bibliográfica⁽³⁾. A partir dos descritores apresentados, foram aceitos apenas artigos publicados entre 1990 e 2008, das regiões sul e sudeste do Brasil que caracterizasse o sistema de referência e contra-referência. Os aspectos éticos foram respeitados na medida em que os autores pesquisados foram citados. A análise dos dados foi desenvolvida a partir de leitura exploratória, seletiva e analítica, objetivando a ordenação e sumarização das informações. A leitura interpretativa ampliou os resultados através da ligação dos conhecimentos obtidos nos materiais e das idéias principais relacionados aos objetivos da pesquisa⁽³⁾. **Resultados:** Encontrou-se 24 artigos referentes ao assunto. Categorizando-se os resultados a seguir: 1. Operacionalização do sistema de referência e contra-referência: Atualmente, o sistema é baseado em um modelo assistencial em forma de pirâmide, com origem nas unidades básicas, as quais seriam as portas de entrada para o sistema, indicando após o nível qualificado tecnologicamente para atender o problema de saúde do usuário. Porém, a população busca as emergências e outros serviços para conseguir entrar no sistema.⁽⁴⁾ Outro modelo assistencial é em forma de círculo, na qual o sistema consistiria na rede dos serviços que prestam assistência a população.⁽⁴⁾ Outros autores caracterizam o sistema de referência e contra-referência como sendo precário, gerando descontinuidade no cuidado pela falta da contra-referência, descontinuidade da assistência, pelo número reduzido de exames e consultas com especialistas e pela grande demanda a alguns tipos de serviços, como traumatologia, oftamologia e proctologia e ortopedia⁽²⁾. Em Betim (MG) onde está implantado o Programa de Equipes de Referência (PER) percebe-se maior efetividade do sistema de referência e contra-referência, pois esse se baseia nos princípios de acesso, acolhimento e vínculo⁽⁵⁾. 2. Princípios de integralidade, acesso e descentralização relacionados ao sistema de referência e contra-referência: Foram encontrados 07 artigos diferentes que, de alguma forma, relacionavam esses princípios ao sistema em estudo. A integralidade incorpora o sistema de referência e contra-referência na forma de programar os serviços. A estratégia de saúde da família em seu sistema de referência e contra-referência mais articulado e o acesso a medicamentos é mais facilitado que na UBS, facilitando o cumprimento da prerrogativa da integralidade⁽⁶⁾. A garantia de acesso está intimamente ligada ao sistema estudado pelo fato da referência ser o “ingresso” do usuário para um nível de maior complexidade e a contra-referência é essencial para a continuidade do cuidado na atenção primária⁽⁷⁾. Dentro do acesso existe a questão do acolhimento, o qual nas unidades básicas de saúde é determinante na criação de vínculo com a população⁽⁸⁾. A descentralização que se liga tanto ao princípio de acesso como de integralidade. Para suprir as necessidades de saúde da sua população, municípios vizinhos podem se completar tecnologicamente formando consórcios intermunicipais.⁽⁹⁾ Isso facilita o acesso da população aos serviços de maior complexidade e garante a integralidade da assistência à saúde nos três níveis de atenção. 3. O sistema de referência e contra-referência em áreas específicas da saúde: Para essa categoria, utilizaram-se 10 artigos da pesquisa. Os resultados apontaram para áreas específicas como a saúde da mulher, do idoso e a especialidade oftalmológica onde o sistema de referência e contra-referência sendo inoperante, torna a situação de saúde mais fragilizada nessas áreas. 4. O sistema de referência e contra-referência e o trabalho da enfermagem: A

enfermagem está presente na assistência em todos os níveis de complexidade. A importância da enfermagem se faz presente na articulação dos processos de trabalho através das consultas de enfermagem, da capacitação da equipe, da implantação do acolhimento. ⁽¹⁰⁾ Também a enfermagem deve contribuir na responsabilização da equipe para as necessidades de saúde dos usuários, implantarem procedimentos de triagem eficazes para redução da demanda, realização de ações de promoção e prevenção à saúde. ⁽¹⁰⁾ **Conclusões:** Um dos problemas do sistema de referência e contra-referência é a dificuldade de utilização da porta de entrada, o que gera aumento da procura por emergências e hospitais. O sistema de referência e contra-referência é precário, há demora na marcação de consultas com especialistas e alguns exames, descontinuidade do cuidado, falta de responsabilização dos serviços com o usuário. Para que se cumpra a Integralidade é necessário programar ações e serviços baseados em estudos epidemiológicos. A Descentralização contribuiu para suprir a necessidade de cidades que não possuem recursos tecnológicos avançados de saúde para atender a sua população, através dos consórcios e criação de cidades pólos para referenciar a população. Também torna-se importante o acesso e o acolhimento para a continuidade do cuidado e criação de vínculo usuário/serviço. A Enfermagem pode favorecer o processo do sistema de referência e contra-referência através do acolhimento, triagem, capacitação, consultas, promoção e prevenção. Entende-se que o sistema ainda necessita ser mais bem estruturado, de acordo com as necessidades reais dos usuários e as especificidades dos serviços de saúde. Além de serem necessários novos estudos para que seja possível atingir a meta de cumprir com os princípios almejados na estruturação do SUS.

Descritores: referência e consulta, acesso aos serviços de saúde, assistência à saúde, avaliação de serviços de saúde.

Referências:

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 373/GM em 27 de fevereiro de 2002. Norma Operacional da Assistência à Saúde/ SUS 01/02. Brasília: Diário Oficial da União, 2002. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-373.htm> acesso em 22 de abril de 2008.
2. WITT, R.R. Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. Rev. Gaúcha de Enf., 1992 13(1):19-23.
3. GIL, A. C.. Como elaborar projetos de pesquisa, 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.175p
4. CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cadernos de Saúde Pública, 1997 3(13): 469-78.
5. CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000 abr-jun. 16(2):507-15
6. PRADO S.R.L.A., FUJIMORI E., CIANCIARULLO T.I. A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. Texto Contexto Enferm, 2007 Jul-Set; 16(3): 399-407.
7. JULIANI, C.M.C.M.; CIAMPONE, M.H.T.. Organização do Sistema de Referência e Contra referência no contexto do Sistema único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Revista da Escola de enfermagem da USP. 1999 dez. 33(4): 323-31.
8. RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e Acolhimento aos usuários de uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2003 jan-fev 19(1):27-34.
9. RIBEIRO, J.M; COSTA, N.do R. Regionalização da assistência à saúde no Brasil: os consórcios municipais no Sistema Único de Saúde (Sus). Planejamento e Políticas de Públicas. Nº 22, dez. 2000.
10. LEITE, J.C.A; MAIA, C.C.A; SENA, R.R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. Rev.Bras.Enferm. 1999 , abr/jun 52(2):161-68.

A EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DE SAÚDE E A ADMINISTRAÇÃO NO PROCESSO DE APRENDIZAGEM E INCLUSÃO DIGITAL DAS CRIANÇAS COM CÂNCER E SEUS FAMILIARES

Adelina Giacomelli Prochnow, Brenda Balk de Almeida, Bruna Parnov Machado, Cibelle Mello Viero, Greice Roberta Predebon, Lenir Gebert, Soeli Terezinha Guerra, Sueli Teresinha Goi Barrios
Universidade Federal de Santa Maria
bruninha_pmachado@hotmail.com

A iniciativa Turma do Ique, fundada em 1995, vem desenvolvendo atividades com crianças portadoras de câncer e que se encontram em tratamento no serviço de hemato-oncologia do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Desde então, a equipe tem se empenhado na elaboração de ações que envolvam também os familiares que, fragilizados pela enfermidade dos filhos e diante da necessidade da sua permanência no hospital por longos períodos, acabam por abandonar seus empregos, e buscam por um serviço apoio, não só no campo psicológico, mas também para a reorganização de sua vida laboral. O programa de extensão “A equipe multiprofissional de saúde e a administração no processo de aprendizagem e inclusão digital das crianças com câncer e seus familiares”, o qual propomos na área de informática, utilizará o lúdico como forma de intervenção positiva na vivência da criança portadora de neoplasia, considerando que o tratamento é bastante longo, rígido e doloroso. Além disso, ações destinadas à participação e ao apoio dos familiares que acompanham, como a realização de grupos e apoio psicológico e oficinas, ajudarão a complementar as atividades lúdicas realizadas com o auxílio da rede mundial de computadores. É um desafio para uma equipe com foco na atuação interdisciplinar e na busca por distinguir-se pela sua capacidade de fomentar, ousar e inovar a maneira como se cuida e se efetiva a incorporação de ideologias transformadoras da educação em saúde, (bem como) abordar a família no contexto da criança com câncer. Nesse sentido busca-se, por meio da organização e execução do programa, possibilitar que os acadêmicos do curso de enfermagem, medicina e psicologia desenvolvam atividades relacionadas à administração e gerenciamento de um serviço de saúde com enfoque no processo de Educação em Saúde dos usuários do sistema. As atividades inerentes ao programa têm por objetivo permitir, além da estabilidade emocional, maior aceitação do tratamento pela criança, mediante o incremento de habilidades e incentivo das competências, canalizando a aprendizagem e ao prazer de realizar ações inerentes à sua infância. Inserido à proposta central, almeja-se especificamente: possibilitar aos acadêmicos de enfermagem, medicina e psicologia o desenvolvimento de atividades relativas à administração e gerenciamento de serviços de saúde por meio do planejamento, organização, execução e avaliação; desenvolver atividades na área de Informática junto às crianças portadoras de neoplasia e que se encontram em tratamento no HUSM, a fim de inseri-las no mundo da tecnologia digital; estimular a comunicação e a relação interpessoal por meio da aprendizagem de noções básicas de informática, bem como da Rede Mundial de Computadores; proporcionar a inserção das crianças no mundo digital, favorecendo a criação e a manutenção de vínculos externos por meio de atividades lúdicas acessíveis pela tecnologia da informática; ofertar às crianças atendidas um espaço diferenciado de integração sócio-cultural e aprendizagem; proporcionar um espaço para saúde, aquisição de habilidades e competências por

intermédio do lúdico; e favorecer a interação entre os profissionais, os acadêmicos e as crianças com câncer e suas famílias como forma de possibilitar o trabalho interdisciplinar e, por conseguinte, obter resultados positivos para todos os envolvidos. Este programa possui como público alvo as crianças acometidas por câncer que se encontram em terapia no Serviço de Hemato-Oncologia do Hospital universitário de Santa Maria-RS, na busca de implementar e desenvolver atividades lúdicas que envolvam a informática relativa à aprendizagem e aquisição de conhecimentos básicos acerca do funcionamento de computadores, do acesso à Rede Mundial de Computadores e seus familiares. As atividades referentes ao programa acontecerão por meio de encontros previamente agendados na secretaria da Turma do Ique nos turnos da manhã e/ou da tarde, no período das nove às quinze horas, de segunda a sextas-feiras, perfazendo 24 meses de atividades. As ações serão desenvolvidas na Sala de Informática localizada na sede da Turma do Ique, prédio situado próximo HUSM no qual as crianças recebem atendimento da equipe multiprofissional em saúde. Na implementação das atividades, será utilizado um sistema de registros contendo sucintas descrições referentes ao trabalho desempenhado com cada criança e seus familiares. Também, cotidianamente será realizada uma avaliação quanto à forma de desenvolvimento das ações, a fim de um aperfeiçoamento contínuo. No que se refere especificamente à abordagem da família, serão utilizadas metodologias dialógicas de grupo com a finalidade de desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes em relação a sua atuação no contexto familiar, capacitando seus membros na identificação possíveis riscos à saúde, não só da criança portadora de câncer, mas de todos os membros da família. Para a efetivação da metodologia proposta serão organizados grupos de pais e/ou cuidadores, familiares ou não, que acompanham a criança no hospital. Os grupos terão aproximadamente 15 membros, e a duração dos encontros está prevista para uma hora, com periodicidade semanal para cada grupo. No primeiro encontro, será utilizado um instrumento norteador – questionário auto-aplicado –, com onze perguntas, contendo dados sociais e outros referentes à dinâmica familiar. Nos encontros subsequentes serão realizadas oficinas, com temas sugeridos pelos participantes, buscando nas experiências e na dinâmica familiar elementos para fomentar as discussões para que todos possam ter a oportunidade de realizar um movimento de mudança nos seus padrões internos, de forma a facilitar um melhor convívio familiar e potencializar a auto-estima. Pedrosa et al (2007) expõem que, dentre as possíveis estratégias utilizadas pela criança para o enfrentamento do processo de hospitalização salienta-se o brincar e o lúdico, sendo estas e outras práticas próprias de sua vida. Por meio de atividades como brincadeiras, a criança descobre, experimenta, inventa, exercita e confere suas habilidades, e também tem estimulada a criatividade, a iniciativa, e a autoconfiança. Assim, dentre os resultados esperados das atividades deste programa de extensão busca-se oportunizar atividades lúdicas com o uso de novas tecnologias, mais especificamente do computador e da Rede Mundial de Computadores, aliado à interdisciplinaridade e à interação que a equipe multiprofissional pode proporcionar. Para Vilela e Mendes (2003, p.05) o programa interdisciplinar envolve questionamentos sobre o sentido e a pertinência das colaborações entre as disciplinas, visando a um conhecimento do “humano”, no qual a interdisciplinaridade é chamada a postular um novo tipo de questionamento sobre o saber, sobre o homem e sobre a sociedade. Desse modo, as ações terão o intuito de promover a inclusão digital da criança com câncer, a educação permanente e o desenvolvimento de habilidades que propiciem a formação de um cidadão adulto responsável e ciente de

seus deveres e direitos na sociedade. Também sendo a família a célula base de convívio social, espera-se apoiar esse indivíduo a usufruir seu papel no âmbito familiar. Além disso, o conhecimento de novas tecnologias mediante atividades lúdicas possibilita a distração e o desenvolvimento da auto-estima da criança portadora de neoplasia, favorecendo o enfretamento da doença por ela. As técnicas grupais oportunizarão maior interação e trocas de experiências, elementos essenciais para a construção de redes de conhecimento potencializável quando coordenadas por uma equipe multiprofissional capacitada para esse fim. Nota-se o significado das atividades lúdicas no contexto da criança, pois, sendo a brincadeira uma característica da infância, fazer o uso adequado de atividades que proporcionam prazer à criança geralmente favorece o desenvolvimento da mesma, não só em relação ao seu modo de agir e pensar, como também relativo à sua maneira de aprender e perceber o mundo ao seu redor. Isso favorece a formação de um adulto consciente de sua responsabilidade social e cidadã. A utilização do computador e o conhecimento de peculiaridades relacionadas à Rede Mundial de Computadores podem auxiliar no crescimento intelectual, psíquico e afetivo da criança com câncer, já que permitem sua interação com tecnologias essenciais à formação de um adulto consciente de seu papel na sociedade. Hoje se sabe que a inclusão digital tem fundamental relevância no desenvolvimento da cidadania, de um indivíduo comprometido profissionalmente, além de oportunizar o contato com pessoas de diferentes origens por meio da Rede Mundial de Computadores. Nesse contexto de luta por excelência no atendimento de doenças graves como são as neoplasias da criança, o trabalho interdisciplinar representa um elemento chave para a qualidade dos resultados das ações voltadas ao atendimento da criança com câncer e sua família devido ao envolvimento com a doença da criança, às alterações na dinâmica familiar e, ainda, à necessidade de suporte para as demandas da família. Por consequência, a integração real das disciplinas no interior de tal programa possui a capacidade de produzir efeitos positivos, tais como a transformação em busca de novos pensamentos e a formação do profissional de saúde comprometido com a reconstrução social. Dessa forma, acredita-se que a inserção de diferentes áreas do conhecimento, neste caso docentes e acadêmicos dos cursos de enfermagem, medicina e psicologia, contribua para o enriquecimento do trabalho a ser desenvolvido com as crianças com câncer e possibilite uma permuta, tanto de idéias como de experiências.

Descritores: Enfermagem, Gestão em Saúde, Oncologia

ANÁLISE DE INTERCORRÊNCIAS ASSISTENCIAIS DE ENFERMAGEM ATRAVÉS DA ENGENHARIA DE SISTEMAS COGNITIVOS

Érica Mallmann Duarte, Jocelise Jacques de Jacques, Lia Buarque de Macedo, Marta Bratz Guimarães

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

ermd@terra.com.br

Introdução: Investigações demonstram que erros criminosos na área da saúde são bastante raros em relação ao montante de procedimentos realizados, sendo a grande maioria dos erros cometida por profissionais capacitados (Vicente, 2004; Guimarães, 2006). Quando uma intervenção não ocorre a contento, a resposta

institucional usual é atribuir culpados, solicitar compensações e retratações, procurando assegurar-se de que aquela falha específica não ocorrerá novamente. Na análise destes eventos na área da saúde é importante distinguir a origem das falhas, pois a identificação das causas, que levam às ações inadequadas, é que vêm colaborar para a melhoria do atendimento em geral (Harada et al., 2006). O reconhecimento de ações incorretas não deve ter objetivo punitivo como reforça Monzani et. al. (2006), destacando a importância do preenchimento de relatos de incidentes. Para Rasmussen (1980) é mais adequado encontrar a natureza dos equívocos do que traçar diferentes condições hipotéticas. **Objetivo:** analisar as falhas ocorridas no trabalho de enfermagem, com foco no design da tarefa, através dos tipos de equívocos e identificar as intercorrências mais frequentes. Rasmussen (1994) conceitua falhas: 1) **desempenho baseado na habilidade**, exercitado em nível de capacidade senso-motora de detecção e resposta de sinais controlada por padrões automatizados de movimento. Situações de atividades rotineira e habitual que a atenção dedicada à ela é pouca, ou equivocada na priorização de atenção. Norman (2002) aponta que o foco de atenção de uma pessoa é limitado quando prestamos atenção em uma atividade reduzimos atenção associada às outras coisas que acontecem no entorno. Esta situação é chamada de atenção compartilhada entre duas tarefas cognitivas e faz que haja queda de desempenho para uma ou ambas as tarefas. A atenção pode ser desviada por fatores ambientais e por fatores da condição humana como dor, fome e falta de sono (Guimarães, 2006). A este nível de desempenho Reason (1990) associou os erros de atenção e os distinguiu entre lapsos e deslizes. Deslizes são aquelas ações observáveis e relacionadas às falhas de percepção ou de atenção, enquanto os lapsos são relacionados às falhas de memória. 2) **desempenho baseado em regras**, a atenção dirige a habilidade na execução de uma tarefa. Portanto, a mente de forma consciente deve interagir com o ambiente, identificar a necessidade de regras, planejar a ação e depois executá-la. Conforme Guimarães (2006) este nível engloba reconhecimento, associação e é realizado a partir de regras de atuação. A partir deste nível de desempenho as ações incorretas são consideradas erros, onde há um planejamento consciente da ação e os erros ocorrem na busca por uma solução. 3) **desempenho baseado no conhecimento** envolve forma de lidar com situações não familiares e tarefas não corriqueiras. O indivíduo tem de tomar decisões baseando sua análise no ambiente e em toda uma gama variada de objetivos. Situações como esta envolvem planejamento, identificação, tomada de decisão e resolução de problemas (Guimarães, 2006). Este nível está associado ao conceito de erro (Reason, 1990) e principalmente erros de decisão, se unirmos à classificação proposta por Wickens (1984). **Metodologia:** As abordagens quantitativa e qualitativa complementaram-se, para compor o cenário investigado. Os dados foram gerados a partir dos relatos de intercorrências escritas e posteriormente, a estes resultados foram agregados os resultados do grupo focado. **Análise Quantitativa dos Relatos de Intercorrências:** Identificou-se que 54,83% foram relacionados a falhas relacionadas a medicação, 19,35% a exames, 8,06% ao balanço hídrico e 25,80% a outros. Dos 62 relatos 16 foram excluídos, por não permitirem se enquadrar no grupo de falhas definidos ou por não conterem informações suficientes para identificar o tipo de falha e como enquadrá-la na classificação lapso-erro-violação. **Falhas Relacionadas à Medicação:** 24% falha na preparação do medicamento, 53% não administração, 12% troca de medicação e 12% falha prescrição e aprazamento. Na falha de preparação 75.% administração diferente da prescrita, e 37,5% vencimento na medicação, denotando falha no controle de estoque, atividade de outro setor, que

influencia a atuação do profissional; e 12,5% da amostra, foi erro no volume administrado. Constatou-se 37,5% falhas com soro, 25,0% retrovirais, 12,5% antibiótico, 12,5% anticoagulante, e 12,5% não foi descrito nome. Ao se analisar o tipo de falhas 62,5% foram consideradas lapsos e 37,5% erros; não administração 33,33 % não apontou razão, o que denota preenchimento inadequado do formulário. Observou-se que 11,11% da medicação não foi administrada por ser encontrar, 11,11% fora de horário em mais de duas horas, 11,11% a medicação não foi administrada mas foi deixada na mesa do paciente que não tomou a medicação ou foi ingerida por outro paciente. As demais situações foram eventos únicos, sendo 5,6%(paciente sem acesso, enfermeira entendeu para não ser administrada, paciente teve alta antes da administração. Destes 26,31% envolveram antibióticos, 15,78% anti-virais, 10,52% anti-emético e 5,26% outros. Na falha 61,11% foi lapso e 38,88% erro. Troca de medicação 75% estavam relacionados à administração de soro diferente do prescrito e em 25% troca de vitamina C por barbitúrico ou neuroléptico. Nesse item 75% foram considerados lapsos, relacionados à administração de soros com problema na troca do tipo de soro ou na diluição. O único caso classificado como erro, deixou dúvida, pelo fato de que o profissional envolvido negou a falha após ter sido detectada. No caso da medicação vitamina C, o frasco era bastante semelhante à embalagem do neuroléptico, medicação também habitual do paciente. Assim, este caso também poderia ser pensado como lapso.; Falhas em prescrição e aprazamento em três casos ocorreram interpretações equivocadas da prescrição, e um aprazamento incorreto. Dois casos envolveram o uso de antibióticos, um caso de neuroléptico e um de mineral. **Falhas Relacionadas à Exames:** 63,63% não identificação de exame coletado ou não coleta. Houve um caso de exame extraviado e outra situação em que o tubo de coleta veio vazio do laboratório, perfazendo cada um 9,09% da amostra. No tipo de exame 81,81% envolveram exame de sangue e 18,19% de urina. Todas as falhas foram consideradas lapso; **Falhas no Balanço Hídrico** 40% falta de aviso do início do controle para o SND, os outros 60% falta de registro e fechamento pela enfermagem. Das falhas 40% foram erro e 60% lapso. **Resultado do Grupo Focado:** Evidenciou-se divergências de conceitos, entendimentos, experiências e tempo de profissão entre os profissionais. Este contexto fez com que surgissem observações bastante interessantes com ênfase na classificação do tipo de falha. Houve relutância sobre a nomenclatura de lapso, pois os profissionais o associavam ao termo “relapso” e a uma postura negligente no momento de execução da tarefa, e não conseguiam desvencilhar a gravidade dos resultados destas ações para os pacientes, eles apontaram que além da variabilidade das tarefas há grande interferência no decorrer da execução. Os enfoques de melhorias, na organização das tarefas e nos indivíduos, têm ênfase pró-ativa e são opostas ao que foi apontado pelo grupo como a cultura institucional da área da saúde que é a “busca do culpado”. Esta característica, segundo os profissionais, impede que um maior número de notificações de falhas sejam realizados, e conseqüentemente possam ser melhor trabalhadas, o que provoca desmotivação e tristeza na equipe. Foi destacado pelos profissionais a oportunidade de analisar a situação sem estabelecer culpados. A discussão na semelhança de embalagens foi tema de debate na indução de falhas destacadas como favoráveis à trocas e equívocos. Foi comentado a disposição do estoque podendo favorecer o trabalho dos profissionais na identificação mais evidente. Outro ponto destacado é o treinamento para funcionários recém-formados ou novos na instituição, e que os funcionários mais antigos vão perdendo o medo de errar, virando rotina e abrindo caminho para as

falhas de lapso. Foi destacado a dificuldade da rotinização das tarefas no trabalho em enfermagem e a importância do sistema de reconhecer e suportar falhas se organizando para reverter em melhorias. A importância da opinião do paciente foi destacado pelos profissionais como auxílio, principalmente, quando se cuida pacientes crônicos, com histórico de doenças de longo prazo, em que os procedimentos de saúde são rotina. Também, que o design da tarefa, foi comentado, onde as vezes não conseguem operacionalizar por falta de estrutura, ex: aparelhos para HGT insuficientes, impedindo que os a realização de tarefa sem interrupção. Este tópico enfatizou a responsabilidade individual dos profissionais estar cientes das pendências de suas tarefas, realizando anotações sobre as atividades que faltam ser completadas. E apontaram como um exemplo de que uma medida simples de ordem organizacional, em que o número adequado de um determinado aparelho, poderia auxiliar na boa realização das atividades. Quanto às falhas relacionadas a exames foi discutida a revisão de procedimentos de coleta e preenchimento das informações.

Conclusão: O estudo apresentou a viabilidade de classificar a falha de acordo com o desempenho cognitivo na realização das tarefas, enfatizando mais as origens das ações incorretas e menos e as suas consequências. Objetivou-se evitar a característica cultural da busca de culpados e assumir uma postura pró-ativa perante as falhas. Neste sentido destaca-se o alto nível de exigência dos enfermeiros em relação ao seu próprio desempenho e às pressões inerentes à atividade. A análise dos relatos de intercorrências evidenciou a importância do registro detalhado das falhas e a necessidade de melhorar a elaboração e o preenchimento do documento. como prevenção.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Engenharia Humana, Sistema de Medicação no Hospital.

CARACTERIZAÇÃO DOS DESFECHOS DOS ENCAMINHAMENTOS EXTERNOS AOS PACIENTES CLASSIFICADOS COMO DE BAIXO RISCO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Simone Maria Schenatto, Daniela Machado Alves, Nátali Pedroso Rodrigues, Ana Valéria Furquim
Gonçalves, Lurdes Busin

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

sschenatto@hcpa.ufrgs.br

Introdução: O campo da Saúde Pública no Brasil vem avançando principalmente desde 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual implementou a descentralização e regionalização da atenção e da gestão à saúde, ampliando os níveis de universalidade, equidade, integralidade e controle social . Contudo, o modelo vigente ainda está voltado para a doença e não para o sujeito e suas necessidades, levando à problemas de diversas ordens, caracterizados por processos de trabalho fragmentados e verticalizados que desgastam as relações entre profissionais e usuários. Os hospitais ainda são alvos deste modelo desgastado, necessitando atender a uma crescente demanda, acima de suas capacidades, em especial nos setores de urgência e emergência, onde encontramos superlotação, atendimento por ordem de chegada, filas, pouca resolutividade e responsabilização quanto aos atendimentos, falta de informações aos pacientes e familiares e

de integração com as redes de serviços e outros. A assistência em situação de emergência e urgência se caracteriza pela necessidade do paciente ser atendido em um curtíssimo espaço de tempo, onde não pode haver uma protelação no atendimento, o mesmo deve ser imediato. A preocupação em avaliar corretamente o paciente garantindo uma assistência com qualidade é constante na Enfermagem. A avaliação realizada pelo enfermeiro tornou-se uma importante parte do cuidado de emergência, representando um recurso utilizado em diversos países e recentemente no Brasil. Baseia-se em protocolos que avaliam e classificam os pacientes por gravidade, com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento e diminuir riscos que possam surgir pelo tempo de espera. Neste contexto, em vista das dificuldades encontradas nos serviços de emergência e buscando encontrar estratégias que possibilitem qualificar a assistência, realizando atendimento humanizado e efetivo à população que busca o Serviço de Emergência (SE), o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) implantou em 2005 o Protocolo Assistencial de Avaliação com Classificação de Risco. A elaboração deste Protocolo foi baseada nas estratégias da Política Nacional de Humanização e também na Escala Canadense de Triagem e Acuidade (CTAS) - que vem sendo utilizados pelos serviços americanos, ingleses, canadenses, australianos e, recentemente brasileiros, representando um novo instrumento a ser utilizado na classificação do paciente que procura um atendimento de emergência. A avaliação e classificação de risco compreendem uma anamnese e exame físico e imediata avaliação do estado do paciente para estabelecer prioridades de acordo com gravidade, priorizando o atendimento. Nos Serviços de Emergência, a avaliação com classificação de risco realizada pela equipe de enfermagem, uma área de atuação nova e promissora, uma vez que a enfermagem é responsável por gerenciar questões de fluxo e especificidade no atendimento, bem como avaliar a implantação desta realidade dentro da instituição, observando o perfil de gravidade da clientela, a efetividade da classificação e o impacto no tempo de atendimento – fatores que podem contribuir com a melhoria da qualidade da assistência. O Protocolo Assistencial de Avaliação com Classificação de Risco do SE do HCPA compreende dois Encaminhamentos: um Interno para atendimento na emergência, com quatro níveis de classificação (risco de vida, caracterizado pela cor roxa e atendimento imediato; alto risco, caracterizado pela cor vermelha e atendimento em até 10 minutos; risco intermediário, caracterizado pela cor amarela e atendimento em até 1 hora e baixo risco, caracterizado pela cor verde e atendimento em até 6 horas ou mais); e outro Externo no qual o paciente de baixo risco, sem critérios para atendimento de urgência é encaminhado à Rede de Saúde de sua referência, quem realiza este encaminhamento é o enfermeiro. Dos atendimentos realizados no SE, o Encaminhamento Interno representa 70% e o Encaminhamento Externo representa 30% dos pacientes atendidos. O presente estudo vem atender uma das metas do SE do HCPA que é conhecer os desfechos do Encaminhamento para poder monitorar o cumprimento e a resolutividade dos critérios do Protocolo, uma vez que este representa 30% dos pacientes atendidos. Este Protocolo de classificação de risco caracteriza um novo modelo de Gestão e Atenção, que visa garantir assistência qualificada à população, indo de encontro com a Missão Institucional do HCPA que é prestar assistência de excelência e referência, com responsabilidade social. **Objetivo:** Caracterizar os desfechos da avaliação de risco realizado pelo enfermeiro e pelo técnico de enfermagem a partir do Protocolo Assistencial de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco no SE do HCPA. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa sobre os desfechos dos

encaminhamentos fornecidos aos pacientes classificados como de baixo risco no SE do HCPA no ano de 2008 e 2009. Os dados coletados estão sendo analisados através do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 14.0 em consultorias estatísticas no Hcpa **Resultados:** Embora já esteja, desde agosto de 2005, consolidada a implantação do Acolhimento com Classificação de Risco no Serviço de Emergência do HCPA, identifica-se que 70% dos pacientes recebem Encaminhamento Interno e são classificados como: 4% grave, 15% alto risco, 58% risco intermediário e 21% baixo risco. A partir destes dados a Emergência tem monitorado e controlado a implementação do Protocolo, fazendo os ajustes necessários para garantir a qualificação da assistência. Os demais 30% dos pacientes recebem Encaminhamento Externo para a Rede de Saúde e são classificados como de baixo risco e se desconhecem seus desfechos. O estudo pretende produzir este conhecimento, através da caracterização destes desfechos junto ao paciente ou família com vista a verificar o cumprimento e a resolutividade dos critérios do Protocolo Assistencial de Avaliação e Classificação de Risco para garantir a qualificação da assistência. **Considerações Finais:** Esta pesquisa está em andamento, dados preliminares com uma amostra de 114 pacientes, apontam que 49% que receberam o encaminhamento a rede de saúde e procuraram atendimento no local indicado, destes 83% foram atendidos e 17% não conseguiram o atendimento no local indicado. Os demais 51% não procuraram o local indicado. De antemão podemos considerar que os pacientes encaminhados são de baixo risco conforme preconizado pelo protocolo institucional. Ressaltamos a importância do trabalho desenvolvido pela equipe de enfermagem garantindo assim a qualidade assistencial e a humanização do atendimento com vistas ao aumento do grau de co-responsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS na produção de saúde, o que implica uma mudança cultural da atenção e gestão dos processos de trabalho na saúde.

Descritores: atendimento de emergência, protocolos clínicos, Serviços de enfermagem

GERENCIAMENTO DO FLUXO DE PACIENTES EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Luciana Bjorklund de Lima, Catiúscia Ramos da Silva

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

lubjork@gmail.com

A superlotação dos hospitais de referência na assistência de alta complexidade é uma realidade que vem sendo estudada e discutida em âmbito nacional e internacional. Pesquisadores estão constatando que a superlotação hospitalar não é um fenômeno isolado, sendo restrito ao pronto-atendimento, mas sim um problema sistêmico, na qual todas as unidades são vulneráveis para tal fenômeno^(1,2). Este fenômeno tem como fator o aumento da procura por serviços de referência em alta complexidade que impele os hospitais a operarem em sua capacidade máxima, provocando uma carência em recursos, principalmente de pessoal e equipamentos. Além deste fator a gravidade e complexidade crescente dos pacientes, a contínua melhoria da tecnologia e desenvolvimento de melhores medicamentos contribuem para o aumento da complexidade

assistencial hospitalar^(1,2). Somado a isso, os hospitais públicos no Brasil vêm enfrentando uma crise de governabilidade, de eficiência e qualidade que tem impulsionado inúmeras iniciativas de reformatação dos seus modelos de gestão⁽³⁾. Em unidade de recuperação pós-anestésica (URPA) o fluxo de paciente é diretamente proporcional à demanda do atendimento realizado no centro cirúrgico, sendo uma unidade na qual também está sujeita a superlotação em razão do risco para instabilidade dos pacientes no pós-operatório imediato, tendo mais horas de permanência na unidade e menor rotatividade dos leitos⁽⁴⁾. Esta diminuição na oferta de leitos de recuperação anestésica por horas de permanência prolongada desencadeia inúmeras situações como atraso na transferência do paciente da sala cirúrgica para a unidade de recuperação pós-anestésica, atrasos para o início dos procedimentos cirúrgicos subseqüentes e até cancelamento de procedimentos agendados⁽⁵⁾. Corroborando com esta situação, autores de um estudo brasileiro afirmam que os atrasos ou cancelamentos de cirurgias expõem os pacientes a preparos pré-operatórios desnecessários, bem como o transporte dos mesmos entre unidade de internação e centro cirúrgico que poderiam ser evitados⁽⁶⁾. Diversos estudos referem que os fatores que desencadeiam interferências no fluxo da assistência ao paciente apresentam grande impacto econômico, sendo essa uma tendência mundial em decorrência do gasto com os sistemas de saúde, estando as instituições prestadoras de serviços de saúde interessadas em estabelecer novas propostas, estratégias e intervenções que possibilitem a reduzir o risco para a doença e conseqüentemente, reduzir os custos. Diante desses fatores, é de fundamental importância o trabalho em equipe, o apoio da liderança, noções de processos e fluxo de pacientes^(1,3). A unidade deve ter meios bem organizados de gerenciar seus processos e pontos críticos. O processo de trabalho em unidades que trabalham em seu limite deve ser organizado de uma forma a prever possíveis problemas⁽¹⁾. A partir da identificação desses fatores, autores de um estudo internacional sugerem analisar a produtividade da unidade de recuperação pós-anestésica para adequar a força de trabalho da enfermagem, resultando em diminuição do atraso da transferência de pacientes da sala cirúrgica para a recuperação anestésica, bem como evitando a recuperação destes pacientes na própria sala cirúrgica⁽⁷⁾. Além desta estratégia para buscar melhorias nos processos de trabalho, outros estudos referentes a processos gerenciais hospitalares que enfrentam o fenômeno da superlotação ou que buscam melhorias no atendimento assistencial descrevem e sugerem como estratégia a aplicação de sistemas de classificação de risco, desenvolvimento de algoritmos, utilização de modelos de simulação computacional e de ferramentas de gestão^(2,6,8,9). Porém, quando se busca referencial para determinar fluxo de atendimento ao paciente em unidade de recuperação pós-anestésica encontram-se limitações por não haver literatura nacional que subsidie a estruturação do atendimento em situações de superlotação da unidade, pois os estudos aqui citados são referências internacionais, onde o cenário de atuação da enfermagem no pós-operatório imediato difere do cenário nacional, sendo locais que possuem uma política quanto ao dimensionamento de pessoal de enfermagem e organização estrutural para as fases da recuperação pós-anestésica^(7,10). O objetivo deste trabalho é construir um fluxo de atendimento de pacientes em unidade de recuperação pós-anestésica, visando otimizar o gerenciamento dos recursos disponíveis. Para isto iniciou-se o mapeamento por meio de uma grade de distribuição do número de admissões e horas de permanência dos pacientes na unidade de recuperação pós-anestésica. Este mapeamento de iniciativa da atual gestão da Chefia de Enfermagem do Centro Cirúrgico (SECC) permitirá identificar os possíveis horários de

carga de trabalho excessiva, servindo como subsidio para analisar a distribuição da equipe de enfermagem nos diferentes turnos, bem como identificar os horários de risco para a superlotação. Além destes dados, também será realizado um levantamento de dados que possibilitem determinar o perfil assistencial da unidade. Estes dados serão referentes ao período mínimo de seis meses, como sugere a literatura internacional quanto ao estudo da produtividade de unidade de recuperação pós-anestésica^(4,5). Após a tabulação dos dados será realizada a análise descritiva para estabelecer o fluxo de pacientes através de fluxogramas onde se pretende identificar os indicadores e possíveis entraves no processo, e através disso propor a revisão de rotinas assistenciais, elaboração de protocolos clínicos, soluções de processamento de entrada e saída de pacientes e adequação na utilização de espaços já existentes, além de definir metas com as unidades diretamente relacionadas à unidade de recuperação pós-anestésica. Os fluxogramas inicialmente irão direcionar a tomada de decisão frente a situações de risco já identificadas, tendo a flexibilidade de ser revisado para oportunizar melhorias do próprio fluxograma de acordo com a variabilidade das características da demanda de atendimentos da unidade. Entende-se que o fenômeno da superlotação é muito mais complexo e depende de fatores que vão além da simples ampliação de serviços, mas que também depende de uma visão sob os aspectos antropológicos e sociais. As instituições sempre terão dois problemas: um geral que é relacionado à crise da saúde e um particular que é referente à sua organização. Estruturar o atendimento em situações de superlotação da unidade é fundamental para estabelecer uma uniformidade nas tomadas de decisões em momentos críticos. Repensar e reorganizar os processos de trabalho viabiliza a realização de uma assistência de alta complexidade com menor risco ou danos, pois uma vez deparando-se com a urgência, esta muitas vezes não permite estabelecer a melhor estratégia, estando vulnerável a realizar apenas o ato^(3,11). A visão dos processos é uma peça fundamental na compreensão das interconexões internas e na montagem de ferramentas de gerenciamento, permitindo que gestores e profissionais tenham uma proteção ético-legal, podendo oferecer um padrão de qualidade assistencial aos pacientes e acompanhantes.

Descritores: sala de recuperação, serviços de enfermagem, enfermagem em pós-anestésico

Referências:

1. Joint Commission Resources. Gerenciando o fluxo de pacientes. Estratégias e soluções para lidar com a superlotação hospitalar. Porto Alegre: Artmed, 2008.
2. Huber LR. Fatores determinantes da superlotação do serviço de emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição. [monografia de conclusão do curso de especialização em Gestão em Saúde]. Porto Alegre: Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
3. Cecílio LCO, Mendes TC. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? Saúde soc., 2004; 13(2):39-55.
4. Waddle JI, Evers AS, Piccirillo JF. Postanesthesia care unit length of stay: quantifying and assessing dependent factors. Anesth Analg, 1998; 87:628-33.
5. Episten RH, Dexter F, Traub RD. Statistical power analysis to estimate how many months of data are required to identify PACU staffing to minimize delays in admission from ORs. J Perianesth Nurs, 2002; 17(2):84-8.
6. Stroparo JR, Bichinho GL, Prottil RM. Estudo da taxa de ocupação do centro cirúrgico através da modelagem e simulação de sistemas. [citado 2009 abr 13]. Disponível em URL: <http://www.sbis.org.br/cbis9/arquivos/670.PDF>
7. Dexter F, Rittenmeyer H. Measuring productivity of the Phase I Postanesthesia Care Unit. J Perianesth Nurs, 1997; 12(1):7-11.

8. Scarpin CT, Dias GJC, Arns Steiner MT, Wilhelm VE, Steiner Neto PJ. Técnicas da pesquisa operacional aplicadas na otimização do fluxo de pacientes do Sistema Único de Saúde do Estado do Paraná. TEMA Tend. Mat. Apl. Comput., 2007; 8(2):299-308.
9. Pontalti G. Sistematização da Gestão Baseada em Atividades (ABM) – Activity-Based-Management – para aplicação na área hospitalar - caso centro de terapia intensiva de um hospital universitário público. [dissertação]. Porto Alegre: Escola de Engenharia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2002.
10. Odom J. Management and policies. In: Drain CB. Perianesthesia nursing a critical care approach. 15ª edição. St. Louis, Missouri, United States of America, 2003. p. 30-44.
11. Azevedo CS et al. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública, 2007; 23(10):2410-2420.

PERSPECTIVA DA FORÇA DE TRABALHO DA ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Ana Claudia Soares de Lima, Suzinara Beatriz Soares de Lima, Adelina Giacomelli Prochnow, Joséte Luzia

Leite, Thiana Sebben Pasa, Onélia da Costa Pedro

Universidade Federal de Santa Maria

anaclenf@yahoo.com.br

Introdução: No passado, o hospital era um “espaço caritativo” onde bêbados, pobres e marginais eram recolhidos para morrer, não perturbando desta maneira a sociedade em geral. Esse caráter religioso, caritativo, das práticas de enfermagem, era baseado na busca da “salvação eterna”, para os produtores desses serviços. O hospital sofreu os processo de mudança de caráter na decadência da ordem feudal e a emergência do modo capitalista, passando então, a ser um espaço terapêutico e de formação de médicos (PIRES, 1998). Nos dias atuais, o hospital tem a função precípua da cura, devido a sua alta tecnologia. Os trabalhadores do hospital têm como rotina cuidar de pessoas doentes, mais ou menos graves, com possibilidades ou não de reabilitação. O serviço de enfermagem deve prover cuidados contínuos aos clientes que procuram os serviços de assistência à saúde, no desenvolvimento de atividades de maior ou menor complexidade, o que é fator gerador de grande ansiedade. Há uma relevância no sentido de traçar o perfil e outras características dos recursos humanos na área da saúde, principalmente dos enfermeiros, pois, este é também relevante para o gerenciamento de serviços de saúde. Sua importância se faz, pois, o contingente humano é determinante na produção de atenção à saúde e se constitui objeto de intervenção caracterizado pela complexidade (SILVA e PEDUZZI, 2005). O **objetivo** da pesquisa foi caracterizar a composição e a distribuição da força de trabalho da enfermagem no HUSM (enfermeiros), associado ao dimensionamento do quadro de pessoal da Enfermagem. Como **objeto de estudo** tivemos a força de trabalho da enfermagem (enfermeiros), do Hospital Universitário de Santa Maria. A intenção do estudo visou explorar a caracterização da enfermagem no cenário hospitalar, de nível terciário, universitário e de referência regional. Deste modo, o gerenciamento da força de trabalho necessita fazer uso de práticas e distintas abordagens e estratégias a fim de ampliar ou garantir o alcance dos objetivos dos serviços de saúde, o que justifica este estudo. Chiavenato (1997) refere que as instituições que compõem a sociedade moderna não vivem ao acaso, elas necessitam serem administradas e assim são chamadas organizações. Como organizações, estas são constituídas de força de trabalho, recursos tecnológicos, mercadológicos, etc., sendo que toda a produção de bens e de serviços

(atividades especializadas) é realizada dentro delas. Essas organizações são extremamente heterogêneas e diversificadas, com tamanhos, estruturas e objetivos diferentes. Não existem duas organizações semelhantes. E uma mesma organização nunca é igual ao longo do tempo. O gerenciamento da força de trabalho necessita fazer uso de práticas e distintas abordagens e estratégias a fim de ampliar ou garantir o alcance dos objetivos dos serviços de saúde, o que justifica este estudo. Esta pesquisa tem uma abordagem qualitativa, tendo como procedimento metodológico a entrevista semi-estruturada. O desenvolvimento foi no Hospital de Ensino de Porte IV, situado no município de Santa Maria-RS e que tem como referência de atendimento a alta complexidade no contexto hospitalar. Os sujeitos participantes do estudo foram todos os enfermeiros da organização hospitalar, somente excluídos os enfermeiros que estiverem em Licença para Tratamento de Saúde e Licença Prêmio quando superior a 30 dias. **Metodologia:** Foram observados os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, sendo sua participação consultada e sua permissão registrada mediante prévio termo de consentimento livre e esclarecido conforme o determinado na Resolução 196/96. o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFSM com o CAAE nº 0194.0.243.000-08. A análise levou em conta a identificação pessoal, histórico escolar, grau de conhecimento de idiomas, produção científica acadêmica e profissional, além de dados funcionais como jornada e turno de trabalho, vínculo com a instituição, tempo de experiência profissional e de contribuição previdenciária (regime estatutário e CLT). A técnica de coleta de informações foi a entrevista individual semi-estruturada, que conforme MINAYO (2007), é acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. Posteriormente, após a transcrição dos registros, procederemos à análise de conteúdo a fim de elucidar categorias. MINAYO (2007, p. 308), refere que “do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma leitura de primeiro plano das falas, depoimentos e documentos, para atingir um nível mais profundo, ultrapassando os sentidos manifestos do material”. A seguir, foram analisadas e desenvolvidas discussões a fim de interpretar os fatos obtidos através das entrevistas dos atores sociais com intersecção de suporte teórico referente à temática em voga. Esses dados foram analisados conforme a produção e atuação do enfermeiro na instituição, observando dessa forma a força de trabalho de cada profissional. Após a análise e discussão os dados serão utilizados, de maneira a comparar a força de trabalho em pesquisas em outros hospitais universitários. **Resultados Preliminares:** Notou-se a grande carência de recursos humanos e as consequências da falta da mesma. Foram analisadas 88 entrevistas, dessas, 79 eram do sexo feminino e 9 (nove) do sexo masculino. Três enfermeiros recusaram-se a responder a entrevista. Das 88 entrevistas, 45 pessoas responderam que a maior dificuldade encontrada no processo de trabalho do ambiente hospitalar é a relação entre a equipe e/ou falta de recursos humanos. 20 (vinte) referiram falta de pessoal, tendo em vista que no momento das entrevistas o déficit de funcionários era geralmente citado em algum momento, mesmo não sendo a principal dificuldade. Notou-se o grande número de profissionais capacitados e em capacitação, tendo em vista a carga horária acentuada da maioria, 55 dos entrevistados possuíam especialização sendo que três destes possuem mestrado. Destes 55, vinte e sete estão inseridos em grupos de pesquisa e/ou extensão ou comissões de assessoria ou consultoria da instituição e 36 possuem algum curso de língua estrangeira ou noções básicas. **Conclusão:** O grande desafio está relacionado à elaboração de programas que atendam às

expectativas de desenvolvimento e valorização da força de trabalho, na perspectiva do melhor desempenho institucional. A recomposição e a capacitação das equipes, através do seu redimensionamento adequado, podem também ser alimentadas pelos resultados deste estudo. Refletir sobre as questões no contexto hospitalar visa compreender o processo relacional no sistema de gestão dos serviços de saúde. Deste modo, podemos modernizar e adaptar as estruturas organizacionais a fim de prestar uma assistência de qualidade aos clientes, bem como atingir os objetivos da instituição hospitalar.

Descritores: Enfermagem. Gestão de Recursos. Administração de Recursos Humanos em Saúde.

Referências:

1. CHIAVENATO, I. Teoria Geral da administração: abordagens prescritivas e normativas da administração. Volume 1-5 Ed. São Paulo: Makron Books, 1997.
2. MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. – São Paulo: Hucitec, 2007.
3. PIRES, D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Annablume, 1998.
4. SILVA, L.I.M.C.; PEDUZZI, M. Os recursos humanos de enfermagem da perspectiva da força de trabalho: análise da produção científica. Rev Esc Enferm USP 2005; 39 (Esp.): 589-96.

PROPOSTA DE ROTEIRO PARA PASSAGEM DE PLANTÃO

Luzia Teresinha Vianna dos Santos, Marli S. Vega, Sônia Beatriz Coccaro de Souza

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

ltsantos@hcpa.ufrgs.br

Introdução: A passagem de plantão se caracteriza pelo encontro de 15 minutos entre 2 equipes de trabalho que se revezam para manter os cuidados durante 24 horas. Nesse período, os profissionais trocam informações sobre as necessidades básicas, ocorrências e demais combinações feitas com outras equipes sobre os pacientes atendidos. O tempo exíguo, entre outros fatores, colabora para ocorrência de comunicação ineficaz, o que pode afetar a qualidade da assistência. **Objetivo:** Melhorar a qualidade e conteúdo da comunicação entre as equipes durante a passagem de plantão. **Metodologia:** Estudo observacional com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que trabalham em Unidade de Internação Clínica. **Resultados:** Observou-se presença de diversos fatores que interferiram no desempenho da tarefa como barulho, interrupções por parte dos colegas e outras equipes, dificuldade em priorizar informações conforme importância para seguimento do cuidado, proximidade nos relatos, pouca valorização da atividade pela equipe de enfermagem, características pessoais dos profissionais interferindo com a efetividade da comunicação e falta de treinamento para desempenho da atividade. Dessa forma, as autoras propõem e descrevem um roteiro para passagem de plantão a ser utilizado pela equipe de enfermagem, além de medidas ambientais e ergonômicas. **Conclusões:** A proposta de um roteiro para definir e organizar quais informações são importantes para continuidade do cuidado, o treinamento das equipes sobre como priorizar e relatar de forma objetiva durante a passagem de plantão e poder contribuir para uma comunicação mais efetiva entre as equipes de enfermagem. A revisão dos fatores ambientais e ergonômicos junto aos setores competentes contribuiria para valorização da atividade e qualidade da assistência.

Descritores: Assistência; Enfermagem; Plantão.

RESÍDUOS SÓLIDOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUANTO AO SEU DESCARTE

Gisela Maria Schebella Souto de Moura, Katsuy Meotti Doi

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

gmoura@hcpa.ufrgs.br

O estudo procurou conhecer a opinião dos profissionais da equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em relação ao descarte dos resíduos sólidos dos serviços de saúde (RSSS). Baseou-se em normas defendidas pela Resolução nº 306 de dezembro de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a de nº 358/2005 do Conselho Nacional do Meio Ambiente (CONAMA). Realizou-se uma pesquisa de natureza exploratória descritiva, através de uma abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos a partir de entrevistas semi-estruturadas aplicadas a 24 profissionais da equipe de enfermagem pertencentes a 2 unidades clínicas e 2 unidades cirúrgicas do HCPA. Buscou-se a categorização dos dados através da análise de conteúdo (BARDIN, 2004). Evidenciou-se, assim, que a maioria dos entrevistados desconhecia o significado da expressão “resíduos sólidos dos serviços de saúde”. E, apesar da maioria destes afirmar realizar a separação desses resíduos, poucos são os que realmente a fazem de maneira correta. Apontou-se, também, os motivos que os levam a não realizar o descarte adequado, procurando alternativas a fim de facilitar o processo e promover maior adesão dos profissionais na realização do descarte condizente com as normas seguidas pela instituição. Concluindo o estudo, ratificou-se a importância de tratarmos mais a sério a questão apresentada, reforçando não só a necessidade do acesso às orientações adequadas como também a obrigação de investirmos em ações reflexivas que reflitam em diminuição na geração desses resíduos. Ressalta-se, também, a necessidade de discussão do tema apresentado, incentivando novos estudos que contribuam na construção de alternativas que facilitem o processo de separação dos resíduos sólidos dos serviços de saúde.

Descritores: resíduos de serviços de saúde; equipe de enfermagem; separação de resíduos sólidos.