

ENFERMAGEM

A CIÊNCIA DA VIDA

UMA COLETÂNEA DE ARTIGOS



EDITORA CONHECIMENTO LIVRE



Frederico Celestino Barbosa (organizador)

Enfermagem: a ciência da vida

1ª ed.

Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre
2020

1ª ed.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

B238a Barbosa, Frederico Celestino
Enfermagem: a ciência da vida
/ Frederico Celestino Barbosa. - Piracanjuba-GO
Editora Conhecimento Livre, 2020

622 f.: il

DOI: 10.37423/2020.a20

ISBN: 978-65-86072-19-8

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

1. Saúde 2. Enfermagem 3. Prevenção 4. Diagnóstico I. Barbosa, Frederico Celestino I. Título.

CDU: 613

<https://doi.org/10.37423/2020.a20>

O conteúdo dos artigos e sua correção ortográfica são de responsabilidade exclusiva dos seus respectivos autores.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Corpo Editorial

MSc. Frederico Celestino Barbosa

MSc. Carlos Eduardo de Oliveira Gontijo

MSc. Plínio Ferreira Pires

Editora Conhecimento Livre
Piracanjuba-GO
2020

Sumário

CAPÍTULO 1	9
SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	9
DOI: 10.37423/200400580	9
CAPÍTULO 2	13
SOFTWARE PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	13
DOI: 10.37423/200400583	13
CAPÍTULO 3	30
DIAGNÓSTICOS, AÇÕES E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM RELACIONADAS ÀS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E O CHEIRO DO LEITE MATERNO	30
DOI: 10.37423/200400594	30
CAPÍTULO 4	34
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UM IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM DEMÊNCIA VASCULAR	34
DOI: 10.37423/200400597	34
CAPÍTULO 5	40
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA ¹	40
DOI: 10.37423/200400598	40
CAPÍTULO 6	48
A SUCÇÃO NÃO NUTRITIVA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO COMO UMA TECNOLOGIA DE ENFERMAGEM	48
DOI: 10.37423/200400600	48
CAPÍTULO 7	58
O ENFERMEIRO E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	58
DOI: 10.37423/200400624	58
CAPÍTULO 8	63
CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA PARA O CUIDADO DO PACIENTE NEFROPATA NO TRATAMENTO CONSERVADOR	63
DOI: 10.37423/200400626	63

CAPÍTULO 9	68
TELENFERMAGEM NO BRASIL: UTILIZAÇÃO, DESAFIOS E POSSIBILIDADES.....	68
DOI: 10.37423/200400638	68
CAPÍTULO 10	76
DECODIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI)	76
DOI: 10.37423/200400640	76
CAPÍTULO 11	80
REFLEXÃO A CERCA DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCENIGHTINGALE: UM CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO.....	80
DOI: 10.37423/200400641	80
CAPÍTULO 12	84
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES COM ANEMIA FALCIFORME.....	84
DOI: 10.37423/200400643	84
CAPÍTULO 13	87
PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL: CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE PETRÓPOLIS-RJ.....	87
DOI: 10.37423/200400644	87
CAPÍTULO 14	94
ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS: HOMENS HOSPITALIZADO COM TRAQUEOSTOMIA SOB A PERSPECTIVA DO MODELO DE CONSERVAÇÃO DE LEVINE.....	94
DOI: 10.37423/200400645	94
CAPÍTULO 15	99
A IMPORTANCIA DA AFETIVIDADE NA TERCEIRA IDADE NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM	99
DOI: 10.37423/200400648	99
CAPÍTULO 16	103
RESGATE HISTÓRICO DA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.	103
DOI: 10.37423/200400649	103
CAPÍTULO 17	109
LEVANTAMENTO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM ADOLESCENTES COM ESCOLIOSE	109
DOI: 10.37423/200400650	109

CAPÍTULO 18	121
REDE ASSISTENCIAL DE NOVA IGUAÇU UMA ANÁLISE SITUACIONAL	121
DOI: 10.37423/200400651	121
CAPÍTULO 19	132
QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UM DESAFIO PARA ENFERMAGEM	132
DOI: 10.37423/200400654	132
CAPÍTULO 20	142
O USO DO PORTFÓLIO PARA O ALCANCE DE OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM NA METODOLOGIA BASEADA EM PROBLEMAS DO CURSO DE ENFERMAGEM	142
DOI: 10.37423/200400659	142
CAPÍTULO 21	152
INTERGERACIONALIDADE E ENFERMAGEM	152
DOI: 10.37423/200400663	152
CAPÍTULO 22	156
ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DE APLICATIVO PARA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM	156
DOI: 10.37423/200400665	156
CAPÍTULO 23	167
GRAUS DE DEPENDÊNCIA, CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	167
DOI: 10.37423/200400666	167
CAPÍTULO 24	177
GRUPO DE ENFERMAGEM INTENSIVA DA REDE UNIVERSITÁRIA (RUTE): UM MARCO PROFISSIONAL DIMINUINDO BARREIRAS AUMENTANDO CONHECIMENTOS	177
DOI: 10.37423/200400667	177
CAPÍTULO 25	181
GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O CUIDADO.....	181
DOI: 10.37423/200400668	181
CAPÍTULO 26	194
RELATO DE EXPERIÊNCIA: TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS NA ATENÇÃO BÁSICA	194
DOI: 10.37423/200400669	194
CAPÍTULO 27	201

INTERVENÇÃO PARA A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO: UMA REFLEXÃO NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE TRANSCULTURAL	201
DOI: 10.37423/200400672	201
CAPÍTULO 28	217
PRÁTICA OBSTÉTRICA APLICADA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO TRABALHO DE PARTO NORMAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	217
DOI: 10.37423/200400673	217
CAPÍTULO 29	236
REGIÕES VENTROGLÚTEA E VASTO LATERAL DA COXA EM RECÉM-NASCIDOS: ANÁLISE DOS ESTRATOS PARA PRÁTICA DE INJEÇÕES ¹	236
DOI: 10.37423/200400674	236
CAPÍTULO 30	251
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ADOLESCENTES ESCOLARES EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO CEARÁ.....	251
DOI: 10.37423/200400675	251
CAPÍTULO 31	260
SUPERANDO AS DIFICULDADES DE ACESSO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	260
DOI: 10.37423/200400676	260
CAPÍTULO 32	262
PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA A HIPERTENSOS E DIABÉTICOS EM UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL: VISÃO DE UMA ENFERMEIRA.....	262
DOI: 10.37423/200400678	262
CAPÍTULO 33	267
INTERVENÇÕES BASEADAS NO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: O COTIDIANO DE DUAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL.....	267
DOI: 10.37423/200400679	267
CAPÍTULO 34	275
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA EFICAZ NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE CAXIAS-MA.....	275
DOI: 10.37423/200400680	275
CAPÍTULO 35	284
ARTICULANDO A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO-COMUNIDADE: RELATO E AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE DEZ ANOS DE INTERNATO RURAL EM UM MUNICÍPIO MINEIRO.	284
DOI: 10.37423/200400681	284

CAPÍTULO 36	290
DISCUTINDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM OFICINAS ITINERANTES MULTIDISCIPLINARES NOS HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA DE SALVADOR	290
DOI: 10.37423/200400682	290
CAPÍTULO 37	294
A TEORIA DO CONHECIMENTO NA FORMAÇÃO DE DOCENTES EM ENFERMAGEM	294
DOI: 10.37423/200400683	294
CAPÍTULO 38	298
ALTERAÇÕES NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS NA IDENTIFICAÇÃO DE DOR AGUDA EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA	298
DOI: 10.37423/200400684	298
CAPÍTULO 39	302
PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: FATOR GERADOR DE ESTRESSE?	302
DOI: 10.37423/200400685	302
CAPÍTULO 40	309
RISCO OCUPACIONAL PARA OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA: ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS	309
DOI: 10.37423/200400686	309
CAPÍTULO 41	314
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE INTERNADOS EM DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL: CUIDADO INTEGRAL.....	314
DOI: 10.37423/200400687	314
CAPÍTULO 42	319
PREVALÊNCIA DOS FATORES ESTRESSORES DESENCADEANTE NA QUALIDADE DE VIDA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: UMA ANÁLISE DE LITERATURA	319
DOI: 10.37423/200400688	319
CAPÍTULO 43	323
RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO EM SÃO LUÍS.....	323
DOI: 10.37423/200400689	323
CAPÍTULO 44	327

PROCESSO DE TRABALHO E ATIVIDADES EM GRUPO: POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARA COM O AMBIENTE COMUNITÁRIO*	327
DOI: 10.37423/200400691	327
CAPÍTULO 45	340
"EFEITOS DELETÉRIOS RELACIONADOS À PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ENFERMAGEM EM UM CENTRO CIRÚRGICO, OBSTÉTRICO E MATERNIDADE"	340
DOI: 10.37423/200400693	340
CAPÍTULO 46	349
COLCHA DE RETALHOS: COSTURANDO COM METODOLOGIAS ATIVAS.	349
DOI: 10.37423/200400694	349
CAPÍTULO 47	354
AValiação DA APRENDIZAGEM VERSUS RElações PEDAGÓGICAS ENTRE PROFESSORES E ALUNOS DE UM CURSO DE ENFERMAGEM	354
DOI: 10.37423/200400695	354
CAPÍTULO 48	370
ADOLESCENTE E SUAS ESTRUTURAS FAMILIARES E SOCIAIS.....	370
DOI: 10.37423/200400696.....	370
CAPÍTULO 49	390
IMPLEMENTAÇÃO DA SAE A UMA PACIENTE PORTADORA DE AIDS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	390
DOI: 10.37423/200400697.....	390
CAPÍTULO 50	395
PERFIL DE DOCENTES E DISCENTES NO ENSINO E APRENDIZAGEM DA APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIVERSIDADE PRIVADA	395
DOI: 10.37423/200400698	395
CAPÍTULO 51	413
DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA MICRO-ÁREA 01 DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MACAXEIRA/ALTO DO BURITY	413
DOI: 10.37423/200400703	413
CAPÍTULO 52	418
USO DE ATIVIDADES LÚDICAS PARA ORIENTAÇÕES QUANTO A PREVENÇÃO E CONTROLE DE ARBOVIROSES	418
DOI: 10.37423/200400720	418
CAPÍTULO 53	429
PAPEL DA COMUNICAÇÃO EFETIVA E TERAPÊUTICA NO PROCESSO DO CUIDADO.....	429

DOI: 10.37423/200400739.....	429
CAPÍTULO 54	436
AS VERTENTES DO CUIDADO DOMICILIAR AO IDOSO ACAMADO E DEPENDENTE NA PERCEPÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR	436
DOI: 10.37423/200400741	436
CAPÍTULO 55	451
CONSULTA AO ADOLESCENTE ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM	451
DOI: 10.37423/200400753	451
CAPÍTULO 56	455
REGISTROS DE ENFERMAGEM: DIFICULDADES DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	455
DOI: 10.37423/200400757	455
CAPÍTULO 57	479
VIVENCIANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA	479
DOI: 10.37423/200400758	479
CAPÍTULO 58	484
VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA NA CIDADE DE PARINTINS, AMAZONAS.....	484
DOI: 10.37423/200400760	484
CAPÍTULO 59	501
ESTÁGIO EM DOCÊNCIA NA FORMAÇÃO DO PROFESSOR DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA	501
DOI: 10.37423/200400761	501
CAPÍTULO 60	509
COMPONENTES ESSENCIAIS PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS EM SAÚDE INDÍGENA	509
DOI: 10.37423/200400762	509
CAPÍTULO 61	523
PANORAMA DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO	523
DOI: 10.37423/200400771	523
CAPÍTULO 62	540
MULHERES: SENTIMENTOS EXPRESSOS NA SALA DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO	540
DOI: 10.37423/200400773	540
CAPÍTULO 63	550
A INFLUÊNCIA DO SUBDIMENSIONAMENTO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO CENTRO OBSTÉTRICO ...	550

DOI: 10.37423/200400783	550
CAPÍTULO 64	566
ENFRENTAMENTO E TOLERÂNCIA AO ESTRESSE EM PACIENTES CARDIOPATAS	566
DOI: 10.37423/200400784	566
CAPÍTULO 65	576
ADOLESCER: CRIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO LÚDICO UTILIZANDO EM PRÁTICAS EDUCATIVAS DA ENFERMAGEM COM ADOLESCENTES ¹	576
DOI: 10.37423/200400793	576
CAPÍTULO 66	587
REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRÉ NATAL NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS.....	587
DOI: 10.37423/200400802	587
CAPÍTULO 67	599
ESTADO NUTRICIONAL E SUA RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA”	599
DOI: 10.37423/200400804	599
CAPÍTULO 68	611
COMPREENSÃO DA SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA PARA A PESSOA QUE VIVENCIA A HOSPITALIZAÇÃO.....	611
DOI: 10.37423/200500808	611

Capítulo 1

SEXUALIDADE DA PESSOA IDOSA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

[DOI: 10.37423/200400580](https://doi.org/10.37423/200400580)

Manuelle Alves Mendonça

Mariana Morgana Sousa e Silva

Ortêncyra Moraes Silva

Rodrigo José Martins

Sarah de Sousa Leite

Suzana Farias Brasil Nepomuceno

Suzanne Beatriz Araújo Bonfim

Thágore Gregory Silva Valentim

Isabela Bastos Jácome de Souza

Pollyanna da Fonseca Silva Matsuoka

Descritores: *Idoso, Sexualidade, Atenção Primária.*



1. INTRODUÇÃO

Segundo a Política Nacional do Idoso, considera-se idoso a pessoa maior de 60 anos de idade. Nas últimas décadas, o que se tem observado é o envelhecimento da população mundial, em decorrência dos avanços tecnológicos e ascensão da cultura de prevenção. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a população com mais de 60 anos vai passar dos atuais 841 milhões para 2 bilhões até 2050, tornando as doenças crônicas e o bem-estar da terceira idade novos desafios de saúde pública global. Tratar de uma temática que até os dias atuais para a sociedade é considerada um tabu, como a sexualidade na terceira idade, percebe-se a relevância em discutir este tema tão pouco abordado por profissionais de saúde e familiares. A sexualidade nos dias atuais não está meramente ligada à função reprodutiva, mas também como fonte de prazer, realização e manutenção da saúde em todas as idades. Alterações fisiológicas e hormonais que se agravam com a idade estão diretamente ligadas com a perda da libido em idosos. Os profissionais de saúde precisam estar aptos para dar o suporte e a prestar toda a assistência necessária, sendo a porta de entrada preferencial para isso a atenção primária, onde o tema deve ser abordado objetivando a quebra de estereótipos e, conseqüentemente, o ensino em saúde. É sabido que em qualquer idade o sexo exige proteção, devendo-se alertar quanto ao aumento no índice de doenças sexualmente transmissíveis. Os mais velhos raramente usam preservativos por diversos motivos, desde por falta de informação até à despreocupação quanto à necessidade de haver cuidado com a saúde. Dessa forma, deve-se pôr em questão que também precisam evitar o comportamento de risco como qualquer outra pessoa, e utilizar o serviço de saúde como meio de informação e auxílio para tal. A atenção a ser oferecida a esta parcela da população precisa ser de forma tão integral quanto para qualquer outro indivíduo, porém adaptada para suas peculiaridades, compreendendo a prevenção de agravos, manutenção do estado saudável e a educação em saúde, com o objetivo de longevidade e vida ativa na comunidade.

OBJETIVO

Analisar os fatores relacionados à sexualidade da pessoa idosa na atenção primária.

METODOLOGIA

Trata-se de um levantamento bibliográfico, o qual foi realizado durante o mês de maio de 2016, pelas bases de dados Bireme – Biblioteca Regional de Medicina (LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e BDEFN – Base de Dados de Enfermagem) e SciELO – Scientific Electronic Library Online. Foram selecionados 8 artigos para a revisão a partir dos seguintes critérios: artigos

publicados entre 2011 e 2016 que atendessem à temática a ser abordada, segundo os descritores de saúde “Idoso, Sexualidade e Atenção Primária”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do que foi estudado pôde-se perceber que mais de 50% das pesquisas avaliadas trouxe a predominância do sexo feminino. Esse dado nos remete à ideia de que há uma maior presença da mulher nos serviços de saúde, já que em nossa cultura é reconhecido que este gênero os frequentam de maneira mais preventiva, enquanto o homem está restrito às situações onde se busca resolutividade de alguma doença. Há ainda a recusa do gênero masculino por preconceito, vergonha, dificuldades em expressar e falar sobre sua sexualidade. Quanto ao estado civil, percebe-se que há a manutenção de uniões estáveis através do casamento seguido de viúvos e divorciados, onde apenas 25% dos estudos trazem dados em que esses viúvos estão atualmente com um (a) companheiro (a). Essas realidades nos mostram uma dualidade em que determinados princípios morais continuam rodeando a sociedade, onde o casamento deve ser para toda a vida, mas também há até mesmo uma mudança de pensamento onde viúvos já adquirem novos companheiros. 50% dos estudos entrevistaram idosos com escolaridade média de 1 a 5 anos, 25% com ensino médio completo e 25% não foi relatado. Dados de ensino podem subsidiar as ações dos profissionais para que tracem estratégias mais eficazes para alcançar este público, o qual está representado em sua maioria por maior precariedade na escolaridade. Em 75% dos estudos, os idosos afirmaram permanecerem sexualmente ativos e apenas com um companheiro (a). Em 25%, foram encontradas citações de outros tipos de manifestação de sexualidade como “carinhos e toques” e “atenções especiais”, demonstrando que sexualidade não se trata apenas de sexo propriamente dito, mas também de companheirismo. Foram predominantes as afirmações sobre a necessidade de prevenção e citou-se principalmente o uso de preservativos como método. Observou-se em 50% das pesquisas a associação entre boa autopercepção de saúde e a satisfação sexual. O ato da masturbação foi citado em apenas 25% deles, por idosos maiores de 70 anos e os que não coabitam com uma companheira. Há estudos na literatura indicando que o desejo sexual decresce com a idade, enquanto outros referem não ocorrer mudança na sexualidade com o envelhecimento, desde que a saúde permaneça preservada.

CONCLUSÃO

A maioria da população idosa no Brasil possui uma escolaridade baixa, e isso nos faz refletir acerca dos conhecimentos em saúde e autocuidado, como a prevenção de DST's. Entretanto, a cultura é o ponto

mais relevante, onde a sexualidade é vista como um tabu se colocada em discussão. Estes dados refletem a necessidade de orientações sobre a temática pelos profissionais ao nível da atenção primária, visto que a educação em saúde é fundamental para estratégias de mudança.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

É importante que os profissionais da saúde observem e saibam onde agir, já que com o aumento da expectativa e qualidade de vida o sexo está cada vez mais presente no cotidiano da pessoa idosa, e consequentemente, a vulnerabilidade a infecções por doenças sexualmente transmissíveis. A enfermagem é ponto chave na abordagem das questões biopsicossociais, por ser um dos profissionais mais próximos da comunidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Bastos CC, Closs VE, Pereira AMVB, et al. Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a auto percepção de saúde e o sentimento de felicidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro (RJ) 2012; 15(1):87-95.

Luz ACG, Machado ALG, Felipe GF, et al. Comportamento sexual de idosos assistidos na estratégia saúde da família. Fundam. Care. 2015; 7(2):2229-2240.

Maschio MBM, Balbino AP, Souza PF, Kalinke LP. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):583-9. 4. Moreira TM, Parreira BDM, Diniz MA, Silva SR. Conhecimento de mulheres idosas sobre doenças sexualmente transmissíveis, uso e acesso aos métodos preventivos. Rev. Eletr. Enf. 2012; 14

803-10. 5. Silva VXL, Marques APO, Lyra J, Medrado B, Leal MCC, Raposo, MCF. Satisfação sexual entre homens idosos usuários da atenção primária. Saúde Soc. São Paulo (SP) 2012; 21(1):171-180. Descritores: Idoso, Sexualidade, Atenção Primária.

Capítulo 2

SOFTWARE PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UNIDADE DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

[DOI: 10.37423/200400583](https://doi.org/10.37423/200400583)

Manoel Gomes da Silva Junior (Universidade Federal do Pará. Belém-PA, Brasil)

Eliete da Cunha Araújo (Universidade Federal do Pará. Belém-PA, Brasil).

Carlos Ramon Silva Moraes (VYSCOND Belém-PA, Brasil).

Lucia Hisako Takase Gonçalves (Universidade Federal do Pará. Belém-PA, Brasil).

RESUMO: **Objetivo:** Descrever o desenvolvimento de um *software* protótipo para aplicar o Processo de Enfermagem em unidades de clínica médica de um hospital geral e avaliar sua utilidade. **Método:** Pesquisa metodológica aplicada de produção tecnológica de um *software*, baseada na engenharia de *software* de prototipação, desenvolvida em três fases: especificação, desenvolvimento e validação. **Resultado:** Produzido com a denominação de INFOSAE, o sistema representa um conjunto de etapas (Histórico, Diagnóstico, Resultados esperados e Intervenção de enfermagem) que fornece orientação aos enfermeiros para direcionar e garantir a assistência necessária ao paciente, possibilitando ainda avaliar essa assistência. **Conclusão:** O *software* protótipo INFOSAE, tecnologia informatizada de fácil aplicação, teve avaliação favorável dos enfermeiros usuários que participaram de todo o processo de desenvolvimento, desde a especificação até a validação do sistema.

Descritores: Informática em enfermagem; Processo de enfermagem; Software; Avaliação em enfermagem; Planejamento de Assistência ao Paciente.

INTRODUÇÃO

Pioneira no país na implantação do Processo de Enfermagem (PE) informatizado, a Enfermagem do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) já o utiliza desde 2000⁽¹⁾, adotando em seu *software* a plataforma *desktop*. O Hospital Universitário de São Paulo (HU-USP) também desenvolveu e implantou um *software* denominado Sistema de Documentação Eletrônica do Processo de Enfermagem da Universidade de São Paulo (PROCEnf-USP) em 2005⁽²⁾, adotando a mesma plataforma. Tal *software* tem o objetivo de permitir ao enfermeiro tomar decisões clínicas apoiadas em julgamento de diagnósticos, resultados esperados e intervenções de enfermagem. Ambas as instituições de saúde, de reconhecida importância no país, encontraram seu *modus operandi* na concepção do sistema e adequação da estrutura à própria rede de informática. *Software* protótipo, INFOSAE foi aqui desenvolvido para ser original no aspecto de contribuir com a divisão de enfermagem de hospitais de pequeno porte ou com recursos restritos de sua rede de informática, porquanto adota a plataforma *mobile Android* para a instalação do dito *software* e aplicação do processo de enfermagem, na modalidade à beira do leito, pela flexibilidade de implementá-lo em qualquer contexto hospitalar.

Tal proposta supre lacunas encontradas em literatura anterior, como as de um *Software*-protótipo para Sistematização da Assistência de Enfermagem⁽³⁾, que demonstrou limitações tanto na capacidade de armazenar e processar os dados quanto na digitação de texto livre: os enfermeiros encontraram dificuldade em utilizar a caneta apontadora devido à dimensão reduzida da tela do dispositivo móvel. Outro estudo, o SIPETI - Sistema de Informação com o Processo de Enfermagem⁽⁴⁾, com adoção da plataforma *desktop*, mostrou desvantagem na sua utilização, ao incluir a modalidade *desktop* móvel à beira do leito, pois as unidades dos pacientes nem sempre eram compatíveis com o uso do *notebook*. Já um estudo de instalação do sistema *MEDCART*^R, também adotando a plataforma *desktop*, em instituição de cardiologia⁽⁵⁾, encontrou encargos adicionais para ampliar a infraestrutura da rede de comunicação sem fio das unidades de internação para construir o protótipo do computador móvel. Dissertação sobre Sistema de Informatização em Enfermagem⁽⁶⁾, a qual utilizou a plataforma *web*, apesar de baixo custo por utilizar um código aberto com a finalidade de ser um sistema multiplataforma, aponta que não foi desenvolvido o módulo móvel para que o sistema fosse alimentado diretamente à beira do leito, diferentemente da presente proposta. Em face do exposto, o propósito do presente estudo foi desenvolver um *software* protótipo INFOSAE para aplicar o PE em tecnologia móvel à beira do leito, podendo ser usado nas plataformas *desktop* e *web*.

OBJETIVO

O objetivo do estudo foi descrever o desenvolvimento do *software* INFOSAE na modalidade móvel à beira do leito, para aplicar o Processo de Enfermagem em unidades de clínica médica de um hospital geral e ter sua utilidade avaliada pelos enfermeiros.

MÉTODO

Aspectos éticos

Conforme estabelece a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes da pesquisa foram informados sobre os objetivos do estudo e, depois de informados, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada, protocolada e registrada no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (SISNEP).

Referencial teórico-metodológico

O desenvolvimento do sistema norteou-se pela engenharia do *software* com base no modelo de prototipação, que permite aos usuários verificar se o sistema suporta o trabalho para o qual foi projetado. Também podem ser obtidas novas ideias para as necessidades do usuário, encontrar pontos fortes e pontos fracos do sistema, propondo novas funcionalidades⁽⁷⁾. Esse modelo é desenvolvido em três fases: especificação, desenvolvimento e validação.

A fase de especificação refere-se aos requisitos que resumem o que deve ser feito no processo de desenvolvimento de um *software*. Nessa fase, devem ser estudadas e definidas as melhores soluções técnicas, tanto no tocante a modelo/arquitetura quanto a linguagens de programação e sistemas gerenciadores de banco de dados. A fase de desenvolvimento consiste de geração de conjunto correspondente de Resultados e Intervenções dos DEs fornecidos pelos enfermeiros usuários e se baseia na ideia de realizar a testagem inicial para o refinamento sucessivo até chegar ao produto acabado. A fase final do processo é a validação do protótipo feita durante a fase de treinamento do enfermeiro usuário, pois ele precisa de tempo para se acostumar com o novo sistema e fazê-lo funcionar em padrão normal de uso, esperando-se com isso descobrir eventuais erros e omissões a serem retificados, além de incluir as inovações necessárias⁽⁷⁾.

Tipo de estudo

Estudo metodológico aplicado para produção tecnológica de um *software*, de natureza qualitativa, denominado INFOSAE⁽⁸⁾.

Procedimentos metodológicos

Cenário do estudo

Hospital Universitário localizado numa grande Capital de estado da Região Norte do país. O local foi escolhido porque as unidades de Clínica Médica faziam parte do projeto piloto de implantação do PE pela Divisão de Enfermagem e porque os enfermeiros locais haviam sido capacitados recentemente, estando familiarizados com a aplicação do PE.

Fontes de dados

Oito enfermeiros selecionados pelos seguintes critérios: lotados e atuantes em diversos períodos de plantão das unidades de clínica médica do Hospital Universitário e que se encontravam em exercício no período entre 10/2014 e 09/2015.

Coleta, organização dos dados e etapas do trabalho

Seguiram-se os procedimentos do modelo de desenvolvimento de *software* proposto.

Na fase de especificação para o desenvolvimento do INFOSAE, foram utilizadas as seguintes tecnologias:

Python – como linguagem de programação, escolhida pelo alto nível de agilidade proporcionado pela sua estrutura léxica e sintática;

Django – como *webframework* construído com a linguagem Python, que provê um novo modelo de implementação do padrão de projeto MVC (*Model View Controller*) flexibilizando o desenvolvimento, o teste e a instalação da aplicação;

Postgresq1 - como banco de dados relacional, escolhido por seu alto grau de *performance* como banco de larga escala;

Android - sistema operacional produzido pela empresa Google para *smartphones*.

Na fase de desenvolvimento, foi gerado o banco de dados do INFOSAE, composto de informações dadas por enfermeiros das unidades de clínica médica, escolhendo, dentre a lista de diagnósticos de enfermagem (DEs) de NANDA I – 2012/2014⁽⁹⁾, aqueles mais consentâneos com as situações patológicas predominantes nos pacientes que se internam naquelas unidades.

Para compor o banco de dados do sistema, foram selecionados 64 DEs categorizados segundo a teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB), sendo 49 em necessidades Psicobiológicas, 13 em Psicossociais e 2 em Psicoespirituais.

Cada categoria de DEs foi ordenada em subclasses: nas Necessidades Psicobiológicas, 14 subclasses (Atividade física, Cuidado corporal, Eliminações, Hidratação, Integridade física, Nutrição, Oxigenação, Regulação vascular, Regulação neurológica, Regulação térmica, Regulação hormonal, Sensopercepção, Segurança física e Sono/repouso); nas Psicossociais, 5 subclasses (Autoestima, Comunicação, Educação para a saúde, Gregária e Segurança emocional); nas Psicoespirituais, uma subclasse: a Religião.

Tais subclasses foram extraídas de literatura básica: “Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: Subsídios para a Sistematização da Prática Profissional”(10) e “Processo de enfermagem na prática clínica: estudos de caso realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre”(1).

Os DEs foram definidos com correspondentes padrões de resultados esperados e intervenções de enfermagem, conforme já usados e presentes na literatura “Ligações NANDA, NOC-NIC”(11). Foram selecionados 54 Resultados esperados da NOC (Nursing Outcomes Classification) e 64 Intervenções da NIC (Nursing Interventions Classification).

Essa fase de desenvolvimento contemplou várias reuniões de trabalho da equipe de pesquisa com o engenheiro de software, para ordenar os requisitos funcionais no sistema, com elementos do Banco de Dados. Foi selecionada a API (Interface de Aplicação de Programação) por meio de REST (Transferência de Estado de Representação), com o objetivo de ajudar no processo de aplicação do PE com interface provida através da aplicação mobile para plataforma Android que possibilitou o uso dos recursos à beira do leito. Esse software protótipo com arquitetura baseada no modelo REST – API tem os requisitos do sistema disponíveis no protocolo HTTP e são universalmente suportados em todas as linguagens de programação utilizadas profissionalmente.

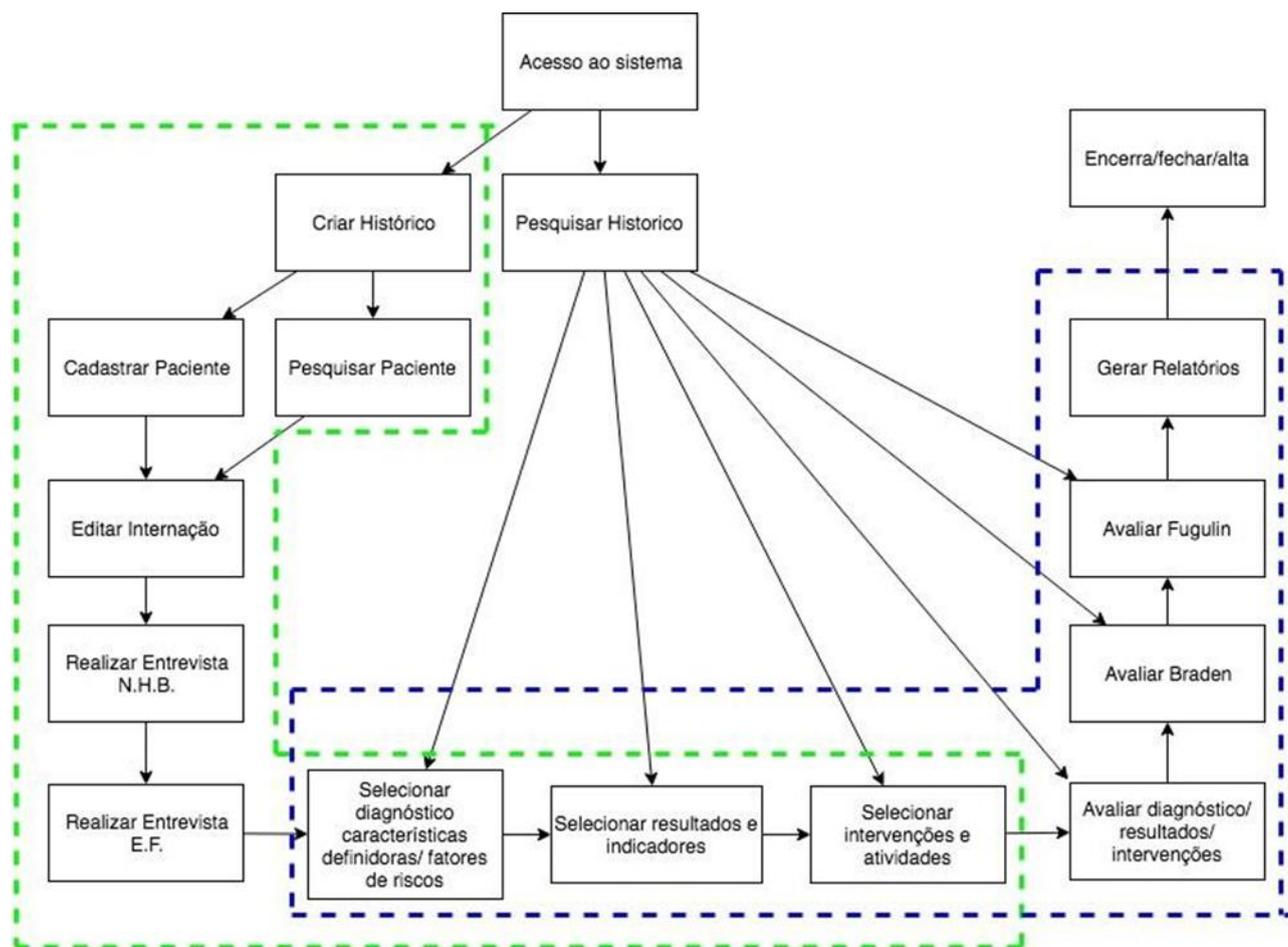
Na fase de validação, o protótipo criado foi inicialmente testado ao mesmo tempo em que eram treinados os enfermeiros. Esse treinamento compreendeu a familiarização prática com a novidade no cotidiano do trabalho, aconselhando-se a consulta e o uso de normas escritas especificamente para executar o PE em seus pacientes e a testagem individual programada de aplicação do INFOSAE a pacientes selecionados, com uso do tablet à beira do leito.

Durante essa fase, o engenheiro de software ajustou e aperfeiçoou o INFOSAE com apoio da equipe de pesquisa que fornecia sugestões práticas de mudanças ou acréscimos provenientes de observações dos enfermeiros que estavam a familiarizar-se com o sistema de execução dos módulos do PE. Foi imprescindível treinar os enfermeiros usuários para usar essa tecnologia, pois a competência em seu uso tem impacto crítico sobre o fornecimento de um sistema de informação eficaz(12).

Por fim, na avaliação dos atributos de sua utilidade, os enfermeiros que participaram da testagem do INFOSAE responderam a um instrumento elaborado com a finalidade de obter deles uma avaliação desse software.

RESULTADOS

Com o auxílio da arquitetura REST-API, estruturou-se o sistema denominado INFOSAE, constituído de tela do login de acesso do usuário enfermeiro. A Tela de criação do PE contempla: os menus Histórico – HE (do paciente), Paciente (nome), NANDA (listagem de DEs); Tela de manutenção do PE com 11 menus: Cabeçalho, Paciente, Necessidades Humanas Básicas – NHB, Exame Físico, Braden (escala de avaliação de úlcera de pressão e de risco em pacientes), Fugulin (escala de dimensionamento da equipe segundo o perfil de pacientes com diferentes níveis de dependência de enfermagem), Diagnóstico (DE), Resultados, Prescrições, Anotações, Impressões e Menu principal. O HE é obtido por entrevista e por exame físico. Por entrevista, levantam-se os dados de identificação do paciente e de NHB. Na Figura1, vê-se o fluxograma do software que caracteriza o funcionamento completo do sistema na abordagem e cuidados prestados ao paciente desde sua internação até a alta.



Legendas

- - - Fase de manutenção

- - - Fase de criação (entrada do paciente)

N.H.B. - Necessidades Humanas Básicas

E.F. - Exame Físico

Figura 1- Fluxograma do software

Os dados das NHB são: Psicobiológicas, Psicossociais e Psicoespirituais, como no exemplo da Figura 2. Já no exame físico, observam-se os sinais e sintomas seguindo esta ordem: Pele e Tecidos; Regulação Neurológica; Percepções Órgãos/Sentidos; Regulação Cardiovascular; Regulação Pulmonar; Regulação Térmica; Mamas; Região Abdominal; Genito-urinário e Ciclo Menstrual; MMSS (membros superiores); MMII (membros inferiores).

Nova Entrevista NHB

Psico-Espiritual

religiosidade

Dificuldade em realizar alguma prática religiosa?

Solicita algum acompanhamento religioso/espiritual?

Psico-Social

Segurança Emocional

Apresenta-se calmo?

Apresenta-se triste?

Apresenta-se ansioso?

Apresenta-se agressivo?

Apresenta-se com Medo?

Gregária

Dificuldade na interação com a família?

Comunicação

Dificuldade para se comunicar?

Salvar Cancelar

Figura 2 – Tela de coleta do Histórico de Enfermagem – HE

Ao concluir a etapa do HE, o sistema apresenta uma lista de DEs de acordo com os dados obtidos na entrevista e no exame físico. Por exemplo: selecionando no sistema as opções dispneico, bradipneico, taquipneico, roncos, sibilos, estertores, atrito pleural, dor torácica, tosse, expectoração, o *software* apresentará os seguintes DEs aos sinais/sintomas selecionados:

- #00030 - troca de gaze prejudicada;
- #00032 - padrão respiratório ineficaz;
- #00033 - ventilação espontânea prejudicada;
- #00031 - desobstrução ineficaz de via aéreas.

Na prática, selecionado(s) o(s) DE(s) prioritário(s) de acordo com o julgamento clínico do enfermeiro, o sistema apresenta uma lista de características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco para cada DE selecionado, possibilitando marcar o mais adequado às condições clínicas do paciente, o que é mostrado, na Figura 3, para o DE Dor Crônica. Depois de selecionados os DEs, o sistema apresenta uma lista dos Resultados Esperados da classificação NOC para cada DE demonstrado na

Figura 4. Ao selecionar um Resultado Esperado, o sistema apresenta os indicadores e as escalas daquele Resultado Esperado para identificar a gradação ou pontuação alvo do Resultado.

Evolução Diagnóstico
Dor crônica (133)

Estado
Mantido

Características Definidoras

- Expressão facial
- Irritabilidade
- Relato verbal de dor
- Depressão
- Anorexia

Fatores Relacionados

- Incapacidade física crônica
- Incapacidade psicossocial crônica

Fechar

EvolucaoNNResultadoActivity

Nível de Dor - 2102

- 0 - Sem graduação
Dor relatada
- 0 - Sem graduação
Duração de episódio de dor
- 0 - Sem graduação
Ato de esfregar a área afetada
- 0 - Sem graduação
Suspiro e choro
- 0 - Sem graduação
Expressões faciais de dor
- 0 - Sem graduação
Inquietação
- 0 - Sem graduação
Agitação
- 0 - Sem graduação
Irritabilidade

Fechar

Figura 3 - Tela – Diagnósticos de Enfermagem

Figura 4 -Tela – Resultado Esperado

Para cada DE selecionado, o enfermeiro tem acesso a uma relação de prescrição de enfermagem selecionada da classificação NIC, correspondente ao diagnóstico observado na Figura 5.

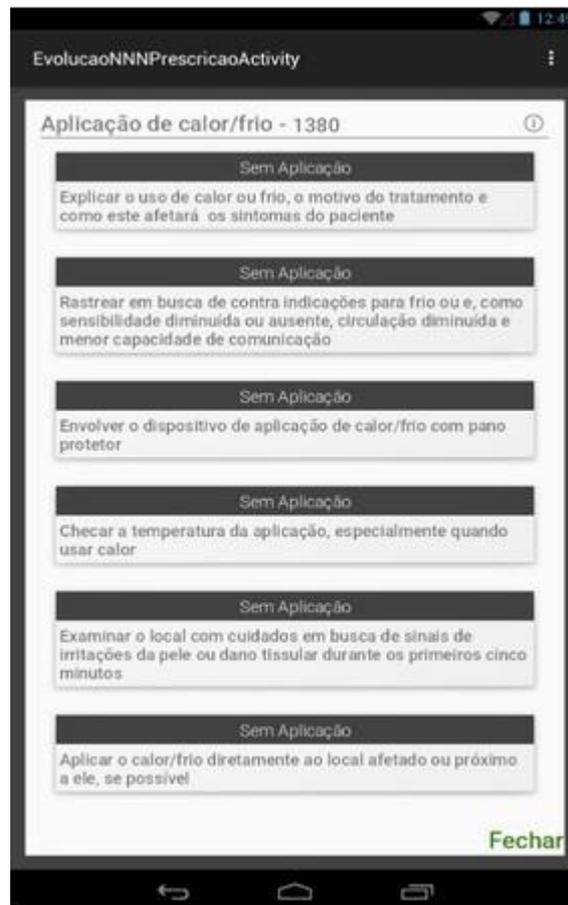


Figura 5 -Tela – Prescrição de Enfermagem

O aprazamento das prescrições de enfermagem é realizado de duas maneiras: por turno (M, T, N) e por horário. Na avaliação da assistência, o enfermeiro pode acompanhar os DEs, os Resultados Esperados e as Prescrições de Enfermagem desde o dia da admissão até a alta do paciente. O INFOSAE foi programado de forma a permitir inserção de novos DEs, Resultados Esperados e Prescrições de Enfermagem. No INFOSAE, é possível imprimir os formulários identificados como de admissão, DEs, RE e PRE, além das escalas de Braden e Fugulin.

Durante o processo de construção do INFOSAE, a divisão de enfermagem do hospital encontrava-se por decidir pelo uso das escalas de Braden e de Fugulin, imprescindíveis: uma para o controle da incidência de úlcera de pressão nos pacientes hospitalizados e outra para o adequado dimensionamento da equipe de enfermagem da unidade. Essa inclusão – uma necessidade da divisão de enfermagem – só foi possível pela flexibilidade do software.

Os enfermeiros participantes do estudo eram majoritariamente do sexo feminino (75%) e com idade entre 30 e 39 anos. Quanto à prática profissional, todos responderam que seguem a metodologia do PE. E, no tocante à familiaridade com o computador, todos o usam há mais de 4 anos, tanto em casa

como no trabalho, por cerca de 7 horas diárias, no total. Os enfermeiros que avaliaram o sistema INFOSAE concordaram com os menus propostos e todos responderam positivamente sobre a facilidade de aprender e usar o sistema, além de considerá-lo de grande utilidade. Eles relataram as facilidades e dificuldades durante a utilização do INFOSAE e sugeriram várias mudanças operacionais no sistema, que foram acolhidas e incorporadas durante a testagem e a validação do sistema.

DISCUSSÃO

O INFOSAE foi idealizado tendo-se o PE baseado na teoria das NHB, que já era adotada na prática da enfermagem do hospital em estudo, propiciando a continuidade das ações de enfermagem na instituição. Convém salientar aqui a importância de que o uso de referencial teórico já conhecido e aceito pela equipe de enfermagem facilitou a adesão da equipe aos novos métodos de trabalho, incluindo a informatização do PE⁽¹³⁾.

No INFOSAE, o enfermeiro seleciona as opções no sistema, podendo também digitar outras informações que não constam do banco de dados. Como se observa em outro estudo, as telas elaboradas para o protótipo foram configuradas para facilitar a compreensão do usuário no tocante à utilização do sistema e à aplicação do PE, a fim de evitar a poluição visual por repetição de dados, estabelecendo um padrão para facilitar o design final do sistema⁽¹⁴⁾. O futuro dos sistemas de apoio à decisão clínica depende de progressos no desenvolvimento de programas de computador úteis e na redução das barreiras logísticas para implementá-los⁽¹⁵⁾.

Na criação e na manutenção do Histórico de Enfermagem, houve o esforço em adequar o INFOSAE à realidade da prática dos enfermeiros da unidade, para que eles tivessem segurança em desenvolver o PE no sistema. Construir um sistema que contemple o máximo possível ao processo de avaliação clínica do cliente proporciona aos enfermeiros maior segurança na tomada de decisão da assistência de enfermagem, conforme a complexidade da situação clínica dos pacientes⁽¹⁶⁾.

As escalas de Braden e Fugulin incluídas no INFOSAE só puderam ser aqui incorporadas como instrumentos complementares, graças às vantagens da engenharia de software, aberta e dinâmica, permitindo manter o sistema atualizado ao longo do tempo⁽¹⁷⁾.

Os DEs são gerados com base nas informações da teoria das NHB e do exame físico selecionado pelos enfermeiros: o INFOSAE apresenta uma listagem de DEs na qual o enfermeiro faz a seleção baseada no raciocínio clínico e no pensamento crítico ao escolher os DEs prioritários. Os sistemas de informação em saúde são usados para auxiliar os profissionais na tomada de decisão de DEs e de correspondentes

intervenções de cuidados. É o enfermeiro que escolhe o DE que reflete o estado do paciente e as necessidades de intervenção de cuidado⁽¹⁸⁾. O sistema informatizado auxilia a gerar DEs com base em dados específicos do paciente, plano de cuidados e implementação dentro do fluxo de trabalho da enfermagem⁽¹⁹⁾. Os sistemas de informação na área da enfermagem trazem vantagens para a atuação dos enfermeiros, pois dá visibilidade ao seu agir e ajuda-os a tomar decisão nas situações. Oportuno ressaltar que o sistema não pode substituir o pensamento crítico, o saber agir e o saber fazer do enfermeiro⁽²⁰⁾.

Os requisitos contidos no INFOSAE permitem que, uma vez escolhido um DE para o paciente, automaticamente seus correspondentes resultados esperados e prescrição de enfermagem sejam visualizados, para que o enfermeiro os aceite ou não, pois o sistema permite que o enfermeiro selecione aqueles que considerar mais pertinentes ao paciente, garantindo a individualização da aplicação do PE. A mesma experiência tem sido relatada na prática da informatização do PE num hospital privado do interior de São Paulo, onde os autores enfatizam que a prática desse método científico permite atender o paciente com individualização e conseqüente divulgação da qualidade da assistência pela instituição⁽²¹⁾.

O resultado de enfermagem baseado na taxonomia NOC vem atender a um requisito para acreditação hospitalar: avaliação das ações da enfermagem. Os dados coletados em outro estudo permitiram analisar a eficácia do PE informatizado que utilizou indicadores gerados por um software numa UTI onde enfermeiros identificaram os problemas e riscos do paciente, planejando cuidados sistematizados⁽²²⁾. Compondo o banco de dados do sistema de informação em enfermagem, a listagem de intervenções da NIC facilita a prática da enfermagem e fornece dados para executar pesquisas que contribuirão para dar maior visibilidade ao trabalho do enfermeiro⁽²³⁾. Enfermeiros precisam documentar a assistência prestada ao paciente, o que é facilitado pela documentação do sistema informatizado de aplicação do PE, com uso de terminologia padronizada, a favor da análise da eficácia dos cuidados e da segurança do paciente⁽²⁴⁾.

Os enfermeiros que avaliaram o sistema informaram que já dominavam a metodologia do PE e tinham experiência no uso de computador em casa e no trabalho, o que contribuiu para que aceitassem participar do estudo do INFOSAE. Eles avaliaram satisfatoriamente o INFOSAE, o que é essencial para aperfeiçoar o sistema, pois a contribuição dos usuários proporciona a adequação do software às suas próprias necessidades.

A avaliação do sistema é essencial em todos os momentos de sua implementação, tanto na testagem como na adoção propriamente dita. Por exemplo: durante o treinamento do uso do INFOSAE, foram observadas várias dificuldades de ordem operacional. Uma delas foi assim identificada por um Enfermeiro : “Necessita melhorar a continuação de certos processos, ou seja, [é preciso] um ícone indicando a próxima etapa a seguir”. O problema foi repassado ao engenheiro de software, que projetou uma tela com as três etapas do PE: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, solucionando a questão levantada.

A participação dos usuários enfermeiros nessa etapa foi de fundamental importância para aprimorar o INFOSAE na prática clínica, pois é necessária na construção de um sistema de informação, não apenas nesta, mas em todas as etapas de seu desenvolvimento. A participação e colaboração tornam os enfermeiros mais receptivos ao uso da tecnologia na sua prática, tornando-os mais sensíveis e comprometidos em adotá-la⁽²⁵⁾.

LIMITAÇÃO DO ESTUDO

Ao término do desenvolvimento bem-sucedido do software INFOSAE realizado em contexto hospitalar natural carecendo de informatização do PE, era esperado que o processo tivesse dado continuidade no cotidiano de ações de enfermagem nas unidades de clínica médica, onde se realizou o estudo. Tal constatação leva-nos a admitir a limitação de quão frágil foi o empreendimento no processo de pesquisa, de estratégias de incorporação de bons resultados de pesquisa no cotidiano das práticas de serviços de saúde.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O software protótipo INFOSAE desenvolvido na plataforma mobile, possibilita ser usado em qualquer uma das três principais plataformas atuais (telefonia móvel, desktop e web) e ser implantado em estruturas de rede de informática já em funcionamento. Representa uma contribuição ímpar para a Enfermagem de hospitais que não contam ainda com um sistema informatizado para a aplicação do PE, porque permite implantá-lo a baixo custo, como ferramenta autônoma ou complementar ao seu ambiente computacional, podendo conviver com os demais sistemas em funcionamento, sem maiores alterações na estrutura de rede, com segurança e bom desempenho.

CONCLUSÃO

O software protótipo INFOSAE na modalidade móvel à beira do leito representa tecnologia informatizada inovadora e de fácil aplicação. Na avaliação, o uso do sistema foi confirmado pelos enfermeiros usuários que participaram de todo o processo de desenvolvimento, desde a especificação até a validação do sistema. Em síntese, os enfermeiros se manifestaram da seguinte maneira quanto à adoção do INFOSAE:

- instrumento útil, de fácil manuseio, capaz de agilizar o serviço;
- facilidade de uso, condensando vários instrumentos e impressos em um único sistema;
- permite visão geral de todos os pacientes em um único aplicativo;
- embora o INFOSAE exija mais tempo para inserir dados, tem a vantagem de tornar o processo de enfermagem mais completo.

O objetivo pretendido foi alcançado com êxito, com a vantagem de estar esse software na plataforma mobile em arquitetura REST, que possibilita ser ele usado em qualquer uma das três principais plataformas atuais (telefonia móvel, desktop e web) e ser implantado em estruturas de rede de informática já em funcionamento.

As vantagens do software INFOSAE estão em poder ser utilizado como ferramenta autônoma ou complementar ao seu ambiente computacional porque sua convergência permite implantá-lo a custo baixo, podendo conviver com os demais sistemas em funcionamento, sem maiores alterações na estrutura de rede, com segurança e bom desempenho. Ademais, o INFOSAE nasce como sistema dinâmico e aberto, apto a incorporar inovações e atualizações em qualquer momento, sempre que necessário.

AGRADECIMENTOS

Aos enfermeiros da unidade de clínica médica e divisão de enfermagem do Hospital Universitário da Universidade Federal do Pará (HU/UFPA), pelo valioso apoio. Aos profissionais do setor de informática do HU/UFPA, pelo suporte técnico.

REFERÊNCIAS

Almeida MA, Lucena AF, Franzen E, Laurent, MC. Processo de enfermagem na prática clínica: estudos clínicos realizados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Porto Alegre: Artmed; 2011.

Peres HHC, Cruz, DALM, Lima AFC, Gaidzinski RR, Ortiz DCF, Trindade MM et al. Desenvolvimento de Sistema Eletrônico de Documentação Clínica de Enfermagem estruturado em diagnósticos, resultados e intervenções. Rev. Esc. Enferm. USP [Internet]. 2009 [cited 2014 Dec 22]; 43(spe2):1149-55. Available from: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/40432>

Sperandio DJ. A tecnologia computacional móvel na sistematização da assistência de enfermagem: avaliação de um software-protótipo. [Tese]. Ribeirão Preto, SP: Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto [Internet]. 2008 [cited 2014 Dec 22]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-11092008-165036/en.php>

Tannure MC. Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos. [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Apr 22]. Available from: <http://pct.capes.gov.br/teses/2012/32001010046P0/TES.PDF>

Palomo JSH. Avaliação da contribuição do sistema informatizado em enfermagem para o enfermeiro e sua aplicabilidade no ponto de cuidado do paciente. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina [Internet]. 2009 [cited 2015 Apr 22]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5131/tde-09032010-181608/en.php>

Antunes CR. Processo de enfermagem informatizado ao paciente Politraumatizado de terapia intensiva via web. [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde [Internet]. 2006 [cited 2015 Apr 22]. Available

from: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/88469>

Sommerville I. Software engineering. 10th ed, New York: Pearson; 2015.

Silva Junior MG da. INFOSAE: uma estratégia para implementar o processo de Enfermagem. [Dissertação]. Belém. Universidade Federal do Pará. Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico, 2015.

Herdman TH. Diagnósticos de enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2012-2014. 2 ed. Porto Alegre: Artmed; 2013

Garcia T R, Cubas MR. Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem: Subsídios para a Sistematização da Prática Profissional. São Paulo: Elsevier; 2012. Available from: https://books.google.com.br/books?id=SSQRAAAQBAJ&lpg=PP1&dq=Diagn%C3%B3sticos,+Interven%C3%A7%C3%B5es+e+Resultados+de+Enfermagem:+Subs%C3%ADdios+para+a+Sistematiza%C3%A7%C3%A3o+da+Pr%C3%A1tica+Profissional&source=bl&ots=HoYXQp5OwH&sig=k2m0AUmpH35WB_bI2a5wClIHgbM&hl=pt-BR&sa=X&output=reader&pg=GBS.PT61

Johnson M., Moorhead S., Butcher, HK, Maas, ML, Swanson, E. Ligações entre NANDA, NOC e NIC. São Paulo: Elsevier; 2012.

Lin HC, Hsu MH, Yang CW. The influences of computer system success and informatics competencies on organizational impact in nursing environments. Comput Inform. Nurs. [Internet].

2014 [cited 2015 May 15]; 32(2): 90-9. Available

from:

https://www.researchgate.net/profile/Hsien_Cheng_Lin/publication/257888596_The_Influences_of_Computer_System_Success_and_Informatics_Competencies_on_Organizational_Impact_in_Nursing_Environments/links/551c0de40cf20d5fbde2515b.pdf

Chianca TCM, Lima APS, de Oliveira Salgado, P. Diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto. Rev. Esc. Enferm. USP[Internet]. 2012 [cited: 2015 Oct 19]; 46(5), 1102-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n5/10.pdf>

Silva KDL, Évora YDM, Cintra CSJ. Software development to support decision making in the selection of nursing diagnoses and interventions for children and adolescents. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [cited: 2015 Feb 1];23(5):927-35. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500927

Musen MA, Middleton B, Greenes RA. Clinical decision-support systems. In: EH Shortliffe, JJ. Cimino, [ed]. Biomedical informatics. London: Springer; 2014; pp. 643-74. Available from: http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-4471-4474-8_22#page-1

Barra DCC, Dal Sasso GTM. Tecnologia móvel à beira do leito: processo de enfermagem informatizado em terapia intensiva a partir da CIPE 1.0®. Texto & Contexto Enfermagem [Internet]. 2010 [cited: 2015 Feb 1]; 19(1):54. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a06>

Oliveira CG, Barros KAAL, Oliveira AG. Construção de um protótipo de software para apoio à Sistematização da Assistência de Enfermagem, utilizando a engenharia de software e usabilidade. J. Health Inform. [Internet].2010 [cited: 2015 Feb 1];2(1):1-6.Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/83/49>

Carita EC, Nini, RA, Melo AS. Sistema de auxílio aos diagnósticos de enfermagem para vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel utilizando as Taxonomias NANDA e NIC. J. Health Inform[Internet]. 2010 [cited: 2015 Feb 1]; 2(4):87-94.Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/108>

Hao ATH, Wu LP, Kumar A, Jian WS, Huang LF, Kao CC et al. Nursing process decision support system for urology ward. Int J Med Inf. [Internet]. 2013 Jul [cited 2015 May 15]; 82(7):604-12. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1386505613000403>

Silva CL, Cavalheiro MA. Sistema de apoio ao diagnóstico de enfermagem: uma necessidade no trabalho do enfermeiro. Publicatio UEPG: Ciências Biológicas e da Saúde. [Internet] 2012[cited 2015 May 15]; 17(2). Available from: <http://177.101.17.124/index.php/biologica/article/view/2950>

Kuchler FF, Alvarez AG, Haertel L. Elaboração de ferramenta informatizada que viabiliza a prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. In:CONGRESSO BRASILEIRO DE INFORMÁTICA EM SAÚDE, 10., 2006, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 2006. p. 14-18.

Lima APS, Chianca TCM, Tannure MC. Assessment of nursing care using indicators generated by software.Rev. Latino-Am. Enfermagem [internet]. 2015 [cited 2015 May 15]; 23(2):234-41.Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/0104-1169-rlae-23-02-00234.pdf>

Chianca TCM, Souza CCD, Werli A, Hamze FL, Ercole FF. Uso das intervenções de enfermagem na prática clínica no Brasil. Rev. Eletr. Enf.[Internet]. 2009[cited 2015 May 15];11(3):477-83. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11/n3/pdf/v11n3a03.pdf

Häyrinen K, Lammintakanen J, Saranto K. Evaluation of electronic nursing documentation—Nursing process model and standardized terminologies as keys to visible and transparent nursing. Int J Med Inform. [Internet]. 2010 [cited 2015 May 15]; 79(8):554-64. Available from: [http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056\(10\)00098-5/pdf](http://www.ijmijournal.com/article/S1386-5056(10)00098-5/pdf)

Capítulo 3

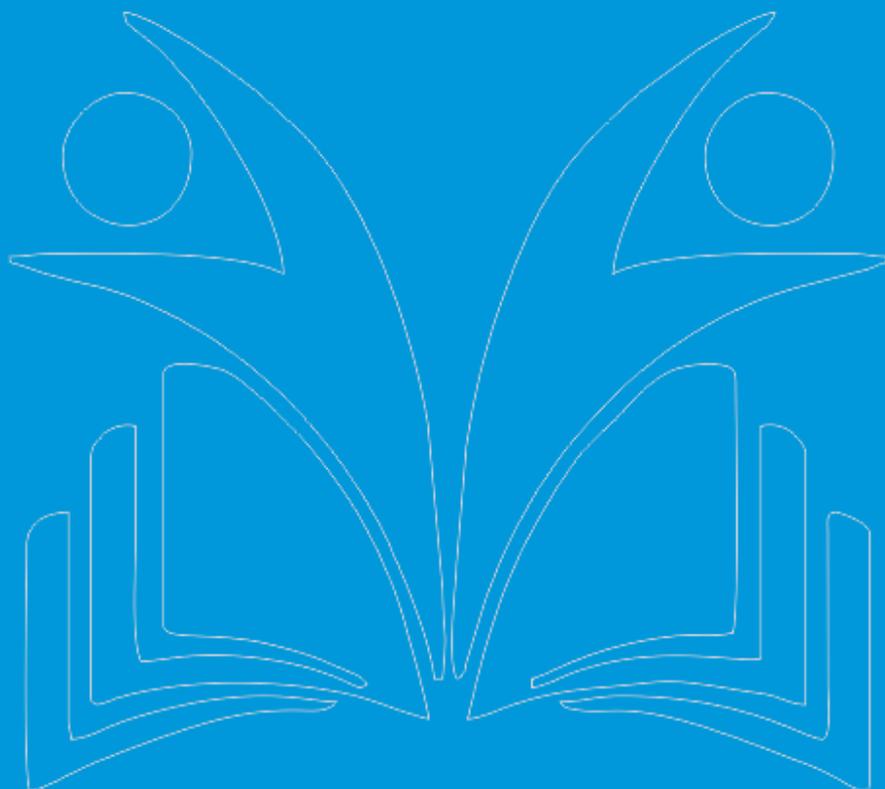
DIAGNÓSTICOS, AÇÕES E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
RELACIONADAS ÀS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE
RELACIONAMENTO INTERPESSOAL E O CHEIRO DO LEITE
MATERNO

[DOI: 10.37423/200400594](https://doi.org/10.37423/200400594)

Gerlaine de Oliveira Leite

Fernanda Demutti Pimpão Martins

Cleide Maria Pontes



INTRODUÇÃO

O cuidado em saúde é compreendido como um ato singular que objetiva o bem-estar dos seres envolvidos, sendo imprescindível que o ser cuidado e o ser cuidador se encontrem em interação qualitativamente produtiva. Pode-se dizer que as relações interpessoais são importantes para entender o cuidado nas práticas profissionais em saúde, uma vez que são inerentes a estas. Desta forma, vislumbra-se uma constante aproximação entre sujeitos no contexto das interações sociais. Para que estas interações sejam profícuas, alguns componentes das relações interpessoais devem ser compreendidos e desenvolvidos por subsidiarem o cuidado em saúde.

OBJETIVO

construir um plano de cuidados de enfermagem a partir das representações sociais de mulheres sobre relacionamento interpessoal envolvendo o cheiro do leite materno.

MÉTODO

Estudo exploratório, descritivo conduzido pela abordagem qualitativa, realizado com 33 mulheres/puérperas assistidas no alojamento conjunto de um hospital universitário, localizado na cidade de Recife-pe. O tamanho amostral foi estabelecido durante a coleta de dados, no momento em que as informações advindas do conjunto das entrevistas eram redundantes perante o objeto investigado, atingindo dessa maneira, a saturação teórica.¹ durante as visitas as enfermarias, ocorreu a seleção destas mulheres de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. As participantes do estudo foram multíparas maiores de 18 anos com intervalo interpartal de até cinco anos para evitar viés de memória, que conviviam na mesma residência com o marido/companheiro e que amamentaram o penúltimo filho por no mínimo três meses independente do tipo de amamentação. Foram excluídas mulheres e/ou com filhos acometidos por quaisquer patologias que impediram ou dificultaram a amamentação. A coleta de dados ocorreu por meio da realização de entrevistas individuais, guiadas por um roteiro semiestruturado previamente elaborado, contendo perguntas sobre as características da amostra e questões norteadoras, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. As entrevistas foram gravadas em sala reservada no próprio setor hospitalar e transcritas na íntegra no mesmo dia da gravação para melhor descrição dos detalhes (risos, pausa, choro, entre outros). Em cada enfermaria, foram entrevistadas apenas duas mulheres/puérperas para que deste modo as suas repostas não influenciassem as demais mulheres. Logo após, foi solicitada a participante que ouvisse a gravação, para conferência de fidedignidade e

validação do conteúdo.¹ as entrevistas transcritas foram organizadas em um único corpus submetido ao iramuteq, (interface de r pour analyses multidimensionnelles de textes et de questionnaires), software de análise textual de acesso gratuito, o qual permitiu a produção da classificação hierárquica descendente (chd), uma análise estatística que realiza

Partições no corpus até chegar às classes finais apresentadas pelo dendograma. Possibilita ainda, a identificação do conteúdo lexical de cada uma das classes. Além da chd foi obtida a associação das palavras às classes por meio da associação de qui-quadrado das palavras.² esta análise foi interpretada e discutida à luz do referencial da teoria das representações sociais que reconhece a subjetividade e conhecimentos dos indivíduos, adquiridos a partir de sua contextualização, permitindo a apreensão e interpretação das atitudes e condutas referentes ao objeto da representação.^{3,4} a coleta de dados ocorreu de março a maio de 2015, sendo seu início condicionado à aprovação prévia do projeto pelo comitê de ética em pesquisa do centro de ciências da saúde/ufpe (caae no 39121814.2.0000.5208/2015). A pesquisa foi realizada com base nas recomendações da resolução nº 466/2012 do conselho nacional de saúde do brasil.⁵ para preservação do anonimato das entrevistadas, as mulheres receberam nomes fictícios escolhidos por elas. Após estas etapas de identificação, foi realizada a construção de um plano de cuidados pertinentes ao relacionamento interpessoal atrelado a percepções olfatórias do cheiro do leite, de acordo com a taxonomia ii da north american nursing diagnosis association.

RESULTADOS

O corpus textual analisado a partir da chd foi dividido em 383 segmentos de texto (sts). A chd reteve 77,28% do total de sts, gerando 5 classes. Dentre as cinco classes, destaca-se aqui a classe 4 denominada relacionamento interpessoal, representada por 17,57% das unidades de contexto elementar, e reporta ideias das mulheres sobre a relação entre o cheiro do leite e o convívio com as outras pessoas. Embora, as outras pessoas próximas do convívio da mulher não falassem sobre o cheiro de seu leite não se sabia se este silêncio era verdadeiro ou baseava-se na tentativa de não magoar. Entretanto, as próprias mulheres enfatizam que não deve se prender a opinião alheia sobre o cheiro do leite, pois isso poderia prejudicar o processo de aleitamento materno e conseqüentemente a formação do vínculo entre mãe e filho. Também surgiu o sentimento de medo entre as mulheres, devido à possibilidade de gerar percepções olfatórias desagradáveis do cheiro do leite ao se aproximarem de outras pessoas. Esta percepção olfatória desagradável poderia ser transformada em possível obstáculo para o desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais. Na segunda etapa

percebeu-se a aplicação de dois diagnósticos de enfermagem referentes ao relacionamento interpessoal, a saber: 1) interação social prejudicada; 2) isolamento social. Quanto às ações/intervenções elencam-se: avaliar os fatores causadores/contribuintes para a existência de tais diagnósticos, avaliar o grau de limitação de dificuldades em iniciar ou manter um relacionamento interpessoal, auxiliar a mulher a reconhecer e realizar alterações frente às interações sociais e interpessoais prejudicadas, promover o bem-estar da mulher. Os resultados esperados após aplicação desse plano envolvem verbalização de consciência dos fatores que causam ou promovem as dificuldades nas interações sociais, identificação de sentimentos que resultam em interações sociais insatisfatórias e mudanças positivas nos comportamentos sociais e nos relacionamentos interpessoais.

CONCLUSÃO

Embora, as mulheres tenham demonstrado desprendimento em relação aos julgamentos das outras pessoas sobre o cheiro do leite materno de modo a não interferir na amamentação, o que favorece o relacionamento interpessoal, a construção do plano de cuidados exige um raciocínio clínico experiente para que posteriormente possa-se também melhorar algumas coisas. Portanto, necessita-se da formulação de novas estratégias de atenção em saúde elaboradas por profissionais enfermeiros que abordem uma visão ampliada de relacionamento interpessoal no

Período da amamentação, incluindo aspectos relacionados ao odor do leite materno. Nesse sentido, conhecer essas questões olfatórias pode contribuir para o planejamento de ações em saúde e enfermagem mais condizentes com as necessidades das mulheres-mães. Descritores: relações interpessoais; diagnóstico de enfermagem; processos de enfermagem.

REFERÊNCIAS

¹Polit df, beck ct. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para as práticas da enfermagem. 7a ed. Porto alegre (rs): artmed; 2011.

²Camargo bv, justo am. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. Temas psicol. 2013;21(2):513-8.

³Silva sed, camargo bv, padilha mia. Teoria das representações sociais nas pesquisas da enfermagem brasileira. Rev bras enferm. 2011;64(5):947-51.

⁴Silva cs, ferreira ma. Construindo o roteiro de entrevista na pesquisa em representações sociais: como, por que, para que. Esc anna nery rev enferm (on line). 2012 [citado em 2016 mar 03];16(3):607-11. Disponível em: http://www.revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=798

⁵Ministério da saúde (br). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012

Capítulo 4

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UM IDOSO INSTITUCIONALIZADO COM DEMÊNCIA VASCULAR

[DOI: 10.37423/200400597](https://doi.org/10.37423/200400597)

Valderina Moura Lopes (FACULDADE MAURÍCIO DE NASSAU).

Bruna Karen Cavalcante Fernandes (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ).

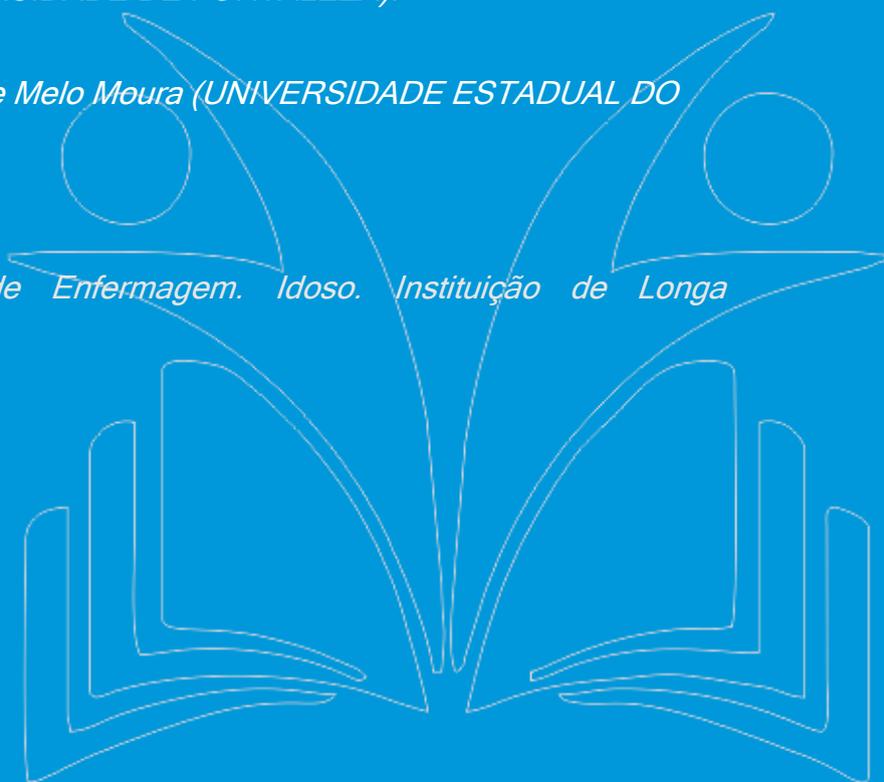
Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ).

Cíntia Lira Borges (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ).

Saul Filipe Pedrosa Leite (UNIVERSIDADE DE FORTALEZA).

Acácia Maria Figueiredo Torres de Melo Moura (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ).

DESCRITORES: *Diagnóstico de Enfermagem. Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos.*



OBJETIVO

Elaborar diagnósticos de enfermagem de um idoso institucionalizado com demência vascular.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Estudo descritivo do tipo estudo de caso realizado, em uma ILPI da cidade de Fortaleza-Ceará, no mês de abril de 2016 com um idoso com demência vascular. A coleta de dados foi realizada através de prontuário, exame físico e entrevista clínica guiada por um formulário elaborado especificamente para esta pesquisa, o qual levou em consideração os pressupostos das duas primeiras etapas do processo de enfermagem, a saber: coleta de dados e diagnósticos de enfermagem. A organização e estruturação do instrumento obedeceram às necessidades listadas pela teórica Virgínia Henderson que contempla as Necessidades Humanas Fundamentais, onde busca-se estabelecer que os cuidados de enfermagem devem contemplar as catorze necessidades fundamentais do indivíduo para que se chegue a um todo, passando desde o biológico ao psicológico com o intuito de valorizar sua independência⁽¹⁾. A aplicação do referido instrumento possibilitou obter informações de ordem subjetiva e objetiva sobre os aspectos biopsicológicos e socioculturais, bem como das demandas de necessidades do idoso, consoante à proposta de Henderson. Após a análise dos dados coletados, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem, para isso utilizou-se o processo de raciocínio clínico proposto por LeFevre que consiste em cinco fases: 1) criar uma lista de possíveis problemas/diagnósticos; 2) eliminar problemas/diagnósticos similares; 3) denominar os problemas potenciais e reais e esclarecer o que está causando ou contribuindo para eles; 4) determinar os fatores de risco que devem ser controlados; 5) identificar os recursos, os pontos fortes e as áreas para a promoção da saúde⁽²⁾. Após, a análise dos dados coletados, foram elaborados os diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE® versão 2015, seguindo as diretrizes do Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE)⁽³⁾, instituído na Norma ISO 18.104/14 da Organização Internacional de Normalização (ISO)⁽⁴⁾. Esta relata que as construções dos enunciados diagnósticos de enfermagem devem utilizar um termo do eixo “Foco” e do eixo “Julgamento”, bem como incluir mais algum termo dos outros eixos, se necessário; e a intervenção de enfermagem deve conter um termo do eixo “Ação” e outro do eixo “Alvo”. Salienta-se que em alguns casos, quando não foram encontrados termos para a situação identificada, foram utilizados termos da literatura da área ou da prática clínica da pesquisadora para construir os enunciados de diagnósticos. Foram respeitados os preceitos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde⁽⁴⁾. O projeto que originou este

trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UECE, comparecer favorável nº 1.476.411e CAAE 54617616.6.0000.5534.

RESULTADOS

J.I.M.P, 63 anos, sexo masculino, natural de Fortaleza-Ce, divorciado, advogado e contador, possui cinco filhos. Atualmente, encontra-se desempregado; não é aposentado. Reside na instituição há quatro meses. Apresenta história clínica de Demência Vascular. Ao exame físico apresentava-se desorientado no tempo e espaço, verbalizando, contudo, com incoerência no discurso “cadê a minha irmã, eu não moro aqui... doutora, chame a minha irmã, doutora, doutora, doutora” (segundo informações do cliente). Apresentava quadro de agitação psicomotora e heteroagressividade, pouco comunicativo, restrito ao leito (contenção física). Mucosa oral ressecada, dentição incompleta e com sujidade excessiva, hálito fétido. Acuidade auditiva diminuída. Dificuldade em aceitar dieta oferecida; desnutrido (Peso=52,7 kg / Altura= 1,76m/ IMC=17). Respiração espontânea, eupnéico (frequência respiratória=15irpm), expansão torácica mantida; à ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares universais, sem ruídos adventícios. À ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, bulhas normofonéticas, sem sopro. Pulso braquial: 80 batimentos por minuto. Pressão Arterial: 110x70 mmHg (deitado). Abdômen escavado, ruídos hidroaéreos hipoativos, presença de dor à palpação em quadrante inferior esquerdo. Apresentava incontinência urinária e constipação crônica. Eliminações intestinais ausentes há quatro dias, diurese em fraldas. Força muscular diminuída. Conciliava bem sono e repouso. Pele ressecada e com turgor diminuído (Temperatura= 36,6°C); aparência descuidada e com higiene corporal precária. Possuía três lesões por pressão categoria II em região sacral. Fazia uso das seguintes medicações: Risperidona, Lactulona, Clonazepan, Dipirona e Haldol. Destaca-se que durante o primeiro mês de institucionalização, não aceitava, negando a todo o momento o novo ambiente de moradia. Chegou a quebrar o teto de gesso de seu quarto, agrediu um funcionário e fez tentativas de fuga. Posteriormente, fez recusa alimentar, evoluindo para um quadro de desnutrição que também prejudicou seu autocuidado. Após a coleta dos dados, foram identificadas cinco demandas de necessidades: Comer e beber, Eliminar, Evitar perigos ambientais, Proteger tegumentos e Ocupar-se tendo em vista a autorrealização. Diante do exposto, os diagnósticos de enfermagem elaborados foram: Desnutrição, Risco de infecção, Constipação, Risco de queda, Úlcera por pressão em região sacral e Negação da institucionalização. O diagnóstico de negação à institucionalização agravou sua demência e, possivelmente, desencadeou os demais diagnósticos de enfermagem. Já o diagnóstico de constipação foi potencializado pela recusa de líquidos associada à alimentação pobre em fibras,

resultando na diminuição da motilidade do trato gastrointestinal, ocasionando um ressecamento das fezes. O diagnóstico de risco de queda foi elaborado devido à inquietude do paciente no leito, o mesmo movimentava-se em demasia descendo pelas grades da cama. Com o passar dos dias, o idoso foi tornando-se cada vez mais dependente e debilitado, não conseguindo mais deambular. A restrição no leito aliada aos demais problemas apresentados pelo idoso, contribuiu para o aparecimento das lesões por pressão categoria II em região sacral, expondo-o cada vez mais ao risco de infecção, uma vez que o idoso removia as fraldas deixando a lesão exposta e em contato com as eliminações.

CONCLUSÕES

Os diagnósticos encontrados no idoso revelaram que as necessidades que estavam afetadas eram: Comer e beber, Eliminar, Evitar perigos ambientais, Proteger tegumentos e Ocupar-se tendo em vista a autorrealização. Dessa forma, a utilização de uma linguagem padronizada e internacional mostrou-se como alternativa viável para qualificação da prática clínica do enfermeiro no âmbito da Instituição de Longa Permanência para Idosos. Foi possível identificar as demandas de necessidades do idoso, reveladas pelos diagnósticos de enfermagem.

CONTRIBUIÇÕES OU IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Nessa perspectiva, o exercício do raciocínio clínico para elaboração dos diagnósticos de enfermagem é necessário no cuidado de enfermagem ao idoso institucionalizado, tendo em vista se tratar de uma população específica e que possui suas peculiaridades. Destarte, exige que o enfermeiro preste um cuidado condizente com as reais necessidades apresentadas pelos idosos, agindo de acordo com os princípios científicos da profissão e objetivando a promoção e reabilitação da saúde e prevenção de agravos.

REFERÊNCIAS

¹Henderson V. Principios fundamentales de los cuidados de enfermería. Bol. Oficina Sanit. Panam.1958; 44(3) p.217-220. 4. ISO 18.104: 2014, Health informatics -Categorical structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems.

²Léfevre AR. Aplicação do processo de enfermagem: fundamentos para o raciocínio clínico. Tradução: Garcez RM; Revisão técnica: Soares MA, Araújo VG. 2014 8nd ed. Porto Alegre: Artmed

³Conselho Internacional de Enfermeiros. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-versão 2015. Tradução: Telma Ribeiro Garcia, Centre for ICNP® Research and Development of the Federal University of Paraiba, 2015. Available

⁴from:http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp-Brazil-Portuguese_translation.pdf. 4. ISO 18.104: 2014, Health informatics -Categorial structures for representation of nursing diagnoses and nursing actions in terminological systems.

⁵Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

EDITORA CONHECIMENTO LIVRE
contato@conhecimentoivre.org
(34) 98864-3348

Comprovante de pagamento
gerado em 07/04/2020 às 11:51



Pagamento efetuado por: Valderina Moura Lopes

Forma de pagamento: Cartão de Crédito

Número do cartão: VISA - 6468

Valor pago: R\$ 197,00

Data do vencimento: 09/04/2020

Data da confirmação: 07/04/2020

Código de autenticação



0441.6148.3670.4346

Este documento e cobrança não possuem valor fiscal e são de responsabilidade única e exclusiva de EDITORA CONHECIMENTO LIVRE

Cobrança intermediada por asaas.com - gerar boletos nunca foi tão fácil.

Capítulo 5

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA¹

[DOI: 10.37423/200400598](https://doi.org/10.37423/200400598)

Elizabete Silva de Jesus Lopes (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Núcleo de Epidemiologia, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS). betesj@bol.com.br

Tânia Maria de Araújo (Núcleos de Epidemiologia, Departamento de Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS).

araujo.tania@uefs.br

Carla Jorge Machado (4Professor Associado I Departamento de Medicina Preventiva e Social, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública Faculdade de Medicina Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG).

carlajmachado@gmail.com

RESUMO: A precarização do trabalho manifesta-se por meio de múltiplos fatores dentre estes destaca-se redução do número de empregos, intensificação do ritmo de trabalho, aumento da produtividade, flexibilização dos direitos trabalhistas, baixa remuneração salarial. Este estudo objetivou avaliar características de trabalho na equipe saúde da família (ESF) com foco na precarização do trabalho em Feira de Santana, Bahia. Realizou-se pesquisa exploratória, com base em estudo de corte transversal, incluindo amostra representativa de trabalhadores da saúde, aleatoriamente selecionada, estratificada por área geográfica e categoria profissional. Aplicou-se questionário estruturado sobre aspectos sociodemográficos, aspectos psicossociais e condições de trabalho e emprego.

Foram estudados 394 trabalhadores que atuavam na ESF. Os resultados apontam que há predomínio de contratação temporária (cooperativas) na ESF; ausências de direitos trabalhistas como férias, 13º salário; insatisfação com salário e renda entre os trabalhadores (91,9%), menor tempo de permanência na equipe pela categoria de enfermeiros; alta exigência para o trabalho, principalmente na categoria dos agentes comunitários de saúde e auxiliares / técnicos de enfermagem. Observaram-se diferentes vulnerabilidades entre os trabalhadores da ESF, sendo necessárias ações específicas para assegurar trabalho decente para cada grupo de trabalhadores.

Palavras-chaves: Programa Saúde da Família. Condições de trabalho. Vulnerabilidade.

1 INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família é considerado meta prioritária do governo federal para reorientação do sistema público de saúde. ¹ Propõe-se a fortalecer o ideário do sistema único de saúde (SUS) sendo considerado eixo estruturante da atenção básica e dos seus princípios de universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, equidade e a participação social, visando uma maior resolubilidade da atenção ².

Os trabalhadores da ESF são recursos humanos fundamentais para a implementação do sistema de saúde e, portanto, atores sociais importantes para o desenvolvimento e melhoria deste sistema². Entretanto, os trabalhadores da saúde, em particular a equipe de saúde da família, estão vulneráveis as principais transformações no mercado de trabalho em saúde no Brasil como as precárias condições de trabalho, municipalização dos empregos, a maior qualificação das(os) trabalhadoras(ores), a feminização da força de trabalho e a precarização dos vínculos.

As mudanças que implicaram em reestruturação dos processos produtivos têm aumentado a exploração da força de trabalho³. Essas mudanças têm ocasionado a precarização do trabalho, que se manifesta por meio de múltiplos fatores. Dentre estes, destaca-se redução do número de empregos, intensificação do ritmo de trabalho, aumento da produtividade, flexibilização dos direitos trabalhistas, baixa remuneração salarial. Inclui ainda a terceirização, o trabalho a domicílio, em tempo parcial, informal, sazonal, com perda de direitos sociais e sindicais e organização rígida do processo de trabalho^{3,4}.

Estudos indicam vulnerabilidade dos trabalhadores da saúde relacionados às condições de trabalho e emprego relacionados aos baixos salários, ausência de reconhecimento social, diminuição da autonomia e inserção estável no emprego⁵⁻⁸. Essas características podem levar a ruptura dos laços e dos vínculos, tornando-os vulneráveis e sob uma condição social fragilizada, ou de “desfiliação” social⁹. Em Feira de Santana-BA, local deste estudo, de modo similar ao que acontece na maioria dos municípios brasileiros, a expansão da assistência na atenção básica, possibilitada pelo Programa de Saúde da Família, vem garantindo a incorporação de um contingente expressivo de trabalhadores (as), muito embora pouco se saiba sobre suas condições de trabalho e emprego.

Este estudo teve como objetivo avaliar as características do trabalho e de emprego da equipe de saúde da família com foco em indicadores de precarização.

2- METODOLOGIA

Estudo exploratório, baseado em inquérito, tendo como população alvo, os trabalhadores da ESF (médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de enfermagem, técnico em higiene bucal e ACS) no município de Feira de Santana-BA.

Nesse município havia, em 2012, um total de 2.149 trabalhadores que atuavam na atenção básica e média complexidade, 83 ESF, 8 núcleos de apoio à saúde da família (NASF). Foi feita amostragem aleatória, estratificada por área geográfica (NASF), nível de assistência prestada (atenção básica e de média complexidade) e categoria profissional. Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores da atenção básica e média complexidade, independente do vínculo empregatício, e que aceitaram participar, assinando o termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A amostra total sorteada foi composta por 1.041 trabalhadores, sendo que, para este estudo, foram selecionados 394 trabalhadores que integravam a ESF.

Os trabalhadores ausentes foram substituídos por outros respeitando a função e cargo, área geográfica e sexo.

saúde bucal (85,7%) e auxiliar/ técnicos de enfermagem (85,5%); exceção para os ACS que apresentaram maior percentual para contrato de trabalho permanente (99,9%).

Quanto aos direitos trabalhistas, 76,9% dos cirurgiões dentistas informaram não ter férias; 94,1% dos enfermeiros não recebiam 13º salário e adicionais de férias.

Verificou-se que 91,9% dos trabalhadores referiram insatisfação com salário e renda, porém 77,2% estavam satisfeitos com o seu trabalho mesmo sem os direitos assegurados.

A pesquisa seguiu os princípios éticos estabelecidos pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados foram coletados após aprovação pelo comitê de ética em pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Feira de Santana- Bahia, parecer nº 81/2009, autorização da Secretaria Municipal de Saúde e do treinamento da equipe. Utilizou-se questionário sigiloso, previamente testado, estruturado, aplicado pela equipe do Núcleo de pesquisa de Epidemiologia da UEFS (NEPI\ UEFS) no local de trabalho. O instrumento foi estruturado em blocos: características sociodemográficas e econômicas, condições de trabalho e emprego e aspectos psicossociais.

Para mensurar os aspectos psicossociais do trabalho utilizou-se o Job Content Questionare (JCQ). O JCQ é derivado do modelo Demanda-Controlle que estabelece quatro grupos: alta exigência (alta demanda e baixo controle), trabalho ativo (alta demanda e alto controle), trabalho passivo (baixa demanda e baixo controle) e baixa exigência (baixa demanda e alto controle)¹⁰.

Utilizou-se de ferramentas estatísticas o SPSS – Statistical Package for Social Science, versão 9.0 para Windows.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

A análise dos dados evidenciou que dos 394 profissionais da ESF, 35 (9,2%) eram de médicos, 37(9,7%) enfermeiros, 13 (3,4%) cirurgiões dentistas, 14 (3,5%) técnico de saúde bucal, 75 (19,7%) auxiliares de enfermagem e 220 (57,9%) ACS. Destes, 87,1% pertenciam ao sexo feminino, revelando predomínio de população feminina.

A faixa etária predominante estava entre 31- 40 anos (40,9%) com média de 39 anos de idade. O ensino médio concentrou o maior número de trabalhadores (64,1%), seguido do ensino superior (20,1%).

Com relação à raça cor da pele, a maioria declarou cor parda e preta (82,2%). A situação conjugal predominante foi a de casados/união estável (66,0%), seguidos dos solteiros (24,5%); a presença de filhos foi informada por 68,6% dos profissionais.

3.2 CARACTERÍSTICAS DO TRABALHO E EMPREGO NAS EQUIPES SAÚDE DA FAMÍLIA SEGUNDO INDICADORES DE PRECARIZAÇÃO.

A maioria dos trabalhadores com renda mensal de até dois salários mínimos (55,1%). Os maiores rendimentos foram informados pela categoria médica (10 a 20 salários mínimos mensais). Estudo aponta que a remuneração insuficiente está entre as causas de desgaste físico e emocional do trabalhador.¹¹

Com relação ao vínculo empregatício, verificou-se predomínio de contratação temporária (cooperativas) entre médicos (85,7%), enfermeiros (91,9%), cirurgião-dentista (100%), técnico de saúde bucal (85,7%) e auxiliar/ técnicos de enfermagem (85,5%); exceção para os ACS que apresentaram maior percentual para contrato de trabalho permanente (99,9%).

Quanto aos direitos trabalhistas, 76,9% dos cirurgiões dentistas informaram não ter férias; 94,1% dos enfermeiros não recebiam 13º salário e adicionais de férias.

Verificou-se que 91,9% dos trabalhadores referiram insatisfação com salário e renda, porém 77,2% estavam satisfeitos com o seu trabalho mesmo sem os direitos assegurados.

O tempo de permanência dos profissionais nas unidades de saúde da família variou de 1 a 4 anos com média de 1,5 anos ($dp=0,67$), os enfermeiros apresentaram menor tempo de permanência no trabalho (18,8%), em média 1,2 anos, caracterizando profissional com maior rotatividade nas ESF. Há evidências que a crise do emprego tem atingindo todos os segmentos da sociedade.¹² Estudos realizado por Tosta,¹³ (2008) apontava o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade, sujeitos a insegurança, instabilidade e desemprego.

Os médicos (42,9%) informaram a maior jornada de trabalho semanal (acima de 44 horas) como também maior número de vínculos contratuais (68,6%).

A existência de multiplicidade de tipo de contrato de trabalho pode contribuir para aumentar as dificuldades de representação, atuação sindical e favorecer a vulnerabilidade dos trabalhadores às exigências gerenciais e patronais e, desse modo, facilitar a utilização da política partidária na concessão dos empregos e cargos.^{13,14,15}

3.3 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO TRABALHO E O MODELO DEMANDA-CONTROLE

Na população estudada, predominou situação de alta demanda (53,7%). Demandas elevadas foram predominantemente referidas pelos ACS (62,1%), técnicos em saúde bucal (57,1%) e auxiliares \ técnicos de enfermagem (56,0%). Registram-se percentuais de baixa demanda entre os médicos (71,4%), cirurgiões dentistas (76,9%) e enfermeiros (62,2%).

Com relação ao controle sobre o próprio trabalho, 54,6% relataram alto controle. Entre os médicos e enfermeiros observaram-se os maiores percentuais de baixo controle 74,3% e 62,2%, respectivamente.

Quanto ao suporte social oferecido pelo chefe \ supervisor para a equipe de trabalho, observou-se baixo suporte social em todas as categorias profissionais estudadas, com maior percentual entre os enfermeiros 96,9% e os médicos 88,9%. Esta condição pode intensificar o risco associado ao trabalho de alto desgaste. Em contrapartida, neste estudo, foi destaque o alto suporte social oferecido pelos colegas de trabalho, principalmente entre os ACS 77,2% e os técnicos de saúde bucal 71,4%. Considerado como um fator de amortecimento dos efeitos prejudiciais do trabalho de alto desgaste, portanto, atua como fator protetor.

A distribuição dos trabalhadores segundo o modelo demanda–controle foi relativamente similar entre os grupos estudados: alta exigência (24,4%), trabalho ativo (29,5%), trabalho passivo (20,6%) e baixa exigência (25,5%).

Entretanto, quando realizada a distribuição por categoria profissional observou-se que entre os auxiliares e técnicos de enfermagem, 28% apresentaram trabalho com alta exigência e 30,7% baixa exigência. Entre os ACS, 37,5% apresentaram trabalho ativo. No grupo dos cirurgiões dentistas, 46,1% referiram trabalho passivo e 30,8% de baixa exigência. Enquanto 55,9% dos médicos referiram trabalho passivo.

Acredita-se que a exemplo dos auxiliares e técnicos de enfermagem, existência de uma mesma categoria profissional em grupos diferentes do Modelo Demanda- Controle pode estar relacionado as particularidades do ambiente, demanda e organização cada unidade da ESF.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo contribuiu para o conhecimento da precarização dos vínculos de trabalho e da vulnerabilidade das equipes de saúde da família. Verificou-se o crescimento das contratações flexíveis, inclusive com elevação mais expressiva, entre os trabalhadores de maior escolaridade e com ausência de direitos sociais e baixo suporte social entre os colegas de trabalho.

Quanto aos aspectos psicossociais do trabalho verificou-se a alta exigência para o trabalho, principalmente na categoria dos ACS e auxiliares de enfermagem, situação que pode ser causadora de sofrimento e conflitos. O resultado deste estudo evidencia o grande número de profissionais da ESF em situação temporária de emprego com baixos salários, ausências de direitos sociais, baixo suporte social, caracterizando-se como situação de trabalho precário. Conclui-se que há uma tendência de precarização do trabalho em um contexto onde impera a lógica do mercado e mesmo indivíduos altamente escolarizados estão sujeitos a conviverem com a insegurança, a instabilidade e a ausência de direitos e benefícios sociais, permanecendo à disposição da instabilidade político-partidária da gestão pública municipal.

Observaram-se diferentes vulnerabilidades entre os trabalhadores da ESF, sendo necessárias ações específicas para assegurar trabalho decente para cada grupo de trabalhadores.

Por fim, recomenda-se que os trabalhadores da ESF ampliem a discussão sobre precarização do trabalho e da vulnerabilidade decorrente deste, visando o fortalecimento dos trabalhadores para lutar por melhores condições de trabalho.

REFERÊNCIAS

¹Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica

para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília; 2011.

²Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde;1996.

³Antunes, R, Alves, G. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educação e Sociedade. 2004; 25(87): p. 335-351.

⁴Antunes, R. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In:_____. A cidadania negada. Campinas; 2001. p. 35-48.

⁵ Ministério da Saúde. Desprecarização do trabalho no SUS: perguntas e respostas. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

⁶Tomasi, E, Facchini, LA, Piccini, RX, Thumé, E; Silveira, DS; Siqueira, FV et al. Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008; 24; suppl.1: p. s193-s201.

⁷Assunção, AÁ. Gestão das Condições de Trabalho e Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Belo Horizonte: NESCON/UFMG; 2012.

⁸Machado, M H. Mercado de trabalho em saúde. In: Falcão A, Santos Neto, PM, Costa, PS, Belisário, AS. Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003. p. 227-248.

⁹Druck, G. Trabalho e precarização social: trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios. Caderno CRH; 2011; 24(1): p. 37-57.

¹⁰Karasek, R, Brisson, C, Kawakami, N, Houtman, I, Bongers, P, Amick, B. The Job Content Questionnaire (JCQ): an instrument for internationally comparative assessment of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*; 1998; 3(4): p. 322-355.

¹¹Maslach, C; Leiter, MP. Trabalho: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. São Paulo: Papirus; 1999.

¹²Medeiros, CRG, Junqueira, ÁGW, Schwingel, G, Carreno, IJ, Lúcia AP, Saldanha, OMFL. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. Saúde coletiva*; 2010; 15; suppl.1; p. 1521-1531.

¹³Tosta, TLD. Antigas e novas formas de precarização do trabalho: o avanço da flexibilização entre profissionais de alta escolaridade. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2008.

¹⁴Junqueira, TS, Cotta, RMM, Gomes, RC, Silveira, SFR, Siqueira-Batista, R, Pinheiro, TMM et al. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde e os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad. Saúde Pública*. 2010; 26 (5), p. 918-928.

¹⁵Franco, T, Druck, G, Seligmann-Silva, E. As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado. *Rev. bras. saúde ocup*; 2010; 35(122); p.229-248.

Capítulo 6

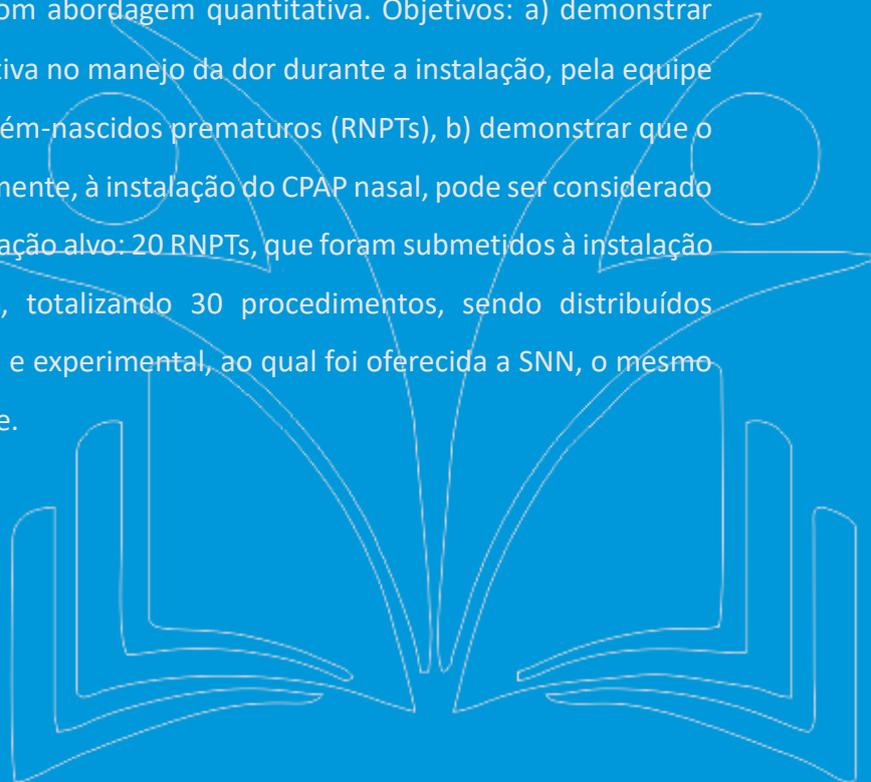
A SUCCÃO NÃO NUTRITIVA DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO COMO UMA TECNOLOGIA DE ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400600](https://doi.org/10.37423/200400600)

Joice Cristina Pereira Antunes (Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Enfermeira Neonatologista do Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ).

Maria Aparecida de Luca Nascimento (Doutora em Enfermagem. Orientadora Acadêmica do Programa de Mestrado em Enfermagem da UNIRIO).

RESUMO: Estudo experimental com abordagem quantitativa. Objetivos: a) demonstrar que a sucção não nutritiva (SNN) é efetiva no manejo da dor durante a instalação, pela equipe de enfermagem, do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros (RNPTs), b) demonstrar que o uso da sucção nutritiva, concomitantemente, à instalação do CPAP nasal, pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem. População-alvo: 20 RNPTs, que foram submetidos à instalação ou reinstalação do referido artefato, totalizando 30 procedimentos, sendo distribuídos aleatoriamente, em 2 grupos, controle e experimental, ao qual foi oferecida a SNN, o mesmo não acontecendo com o grupo controle.



As reações de dor foram mensuradas pela escala de NIPS. Resultado: Em 100% dos procedimentos que eram acompanhados, concomitantemente pela SNN, os RNPTs não sentiram dor, e 100% dos RNPT demonstraram dor, quando não era oferecida a referida sucção. Conclusão: O referido procedimento de enfermagem pode ser classificado como uma tecnologia do cuidado.

Descritores: Enfermagem Neonatal; cuidados de enfermagem; tecnologia; sucção não nutritiva.

INTRODUÇÃO

Até o final do século XIX, as elevadas taxas de mortalidade entre os recém-nascidos de baixo peso ainda eram inevitáveis. Após a segunda metade do século XX, o avanço tecnológico ligado ao cuidado perinatal, foi responsável por um decréscimo significativo na mortalidade neonatal, particularmente do recém-nascido prematuro (RNPT)⁽¹⁾.

Desse modo, a sobrevida neonatal, está diretamente ligada ao avanço das tecnologias, entre elas, aquelas relacionadas à assistência ventilatória, que oferece suporte à principal vulnerabilidade desta clientela, que é a imaturidade pulmonar, a partir da qual vários dispositivos foram construídos com o objetivo, não somente de simular os movimentos respiratórios, como também, de melhorar a função pulmonar, e conseqüentemente, a redução de apneias.

Atualmente, entre os dispositivos mais utilizados na assistência ventilatória do RNPT, disponíveis nas unidades de tratamento intensivo neonatal (UTIN) estão, o oxihood, a pressão positiva contínua nas vias aéreas e a ventilação mecânica.

O oxihood é um dispositivo em forma de capacete que administra oxigênio e ar comprimido, umidificados e aquecidos, sendo indicado para os recém-nascidos (RNs) que respiram espontaneamente, mas que precisam de uma concentração de oxigênio inferior a 60%. Nos casos dos RNs que necessitam de oxigênio em maior concentração, e que têm associado a essa necessidade um desconforto respiratório, a utilização da pressão positiva contínua nas vias aéreas é indicada. Porém, se o problema do RN estiver relacionado à inabilidade dos seus pulmões em manter uma ventilação adequada, será indicada a ventilação mecânica através da intubação endotraqueal⁽²⁾.

Entre os dispositivos tecnológicos acima mencionados, destacamos o CPAP nasal (Continuous Positive Airway Pressure), cuja tradução da sua sigla em inglês quer dizer, pressão positiva contínua nas vias aéreas, sendo frequentemente utilizado no tratamento de RNs com doenças que cursam com a capacidade residual funcional diminuída, tais como: a doença da membrana hialina, a taquipneia transitória do RN e a displasia broncopulmonar.

A utilização da ventilação de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) via endotraqueal como tratamento da angústia respiratória da prematuridade, foi satisfatoriamente utilizada em 1973⁽³⁾.

O autor supracitado ressalta ainda que essa modalidade ventilatória proporciona efeitos fisiológicos nos recém-nascidos, sobretudo nos prematuros, tendo em vista que ela consiste na manutenção de uma pressão supra-atmosférica durante a expiração em um paciente que respira espontaneamente, favorecendo ao recrutamento dos alvéolos, além de permitir que os alvéolos colapsados sejam inflados.

Porém, a melhoria na oxigenação diminui a vasoconstrição no leito vascular, contribuindo para a queda da resistência vascular pulmonar, permitindo um aumento no fluxo pulmonar com consequente aumento da pressão parcial de oxigênio (paO_2). Além de favorecer, não somente a redução de apneias obstrutivas, já que estabiliza o diafragma, o CPAP nasal promove um ritmo respiratório regular pela estabilização da parede torácica.

A modalidade ventilatória em foco ainda contribui para a liberação do surfactante, substância armazenada nos alvéolos, que permite o aumento da complacência pulmonar, sendo imprescindível para que os alvéolos se mantenham adequadamente inflados e com menor gasto energético do organismo ⁽²⁾.

O CPAP nasal é indicado essencialmente em RNPT com respiração espontânea, portadores da doença de Membrana Hialina (deficiência de surfactante) branda ou moderada; na apneia da prematuridade e nos casos de retirada do tubo orotraqueal, ao término da sua indicação clínica ⁽⁴⁾.

Este estudo tem como foco, não só, as tecnologias que são utilizadas diuturnamente pela equipe de enfermagem no cuidado ao RNPT, como também, a proposta de considerar como tecnologias, os procedimentos técnicos de enfermagem que são utilizados durante essa mesma assistência.

Neste sentido, podemos dizer que as medidas não farmacológicas utilizadas para prevenir ou reduzir a intensidade de um processo doloroso deve ser considerada como tecnologia. Desta forma, ao utilizar a tecnologia da sucção não nutritiva durante a instalação do artefato CPAP nasal, a enfermagem neonatal estará se apropriando de uma tecnologia do cuidado que proporcionará o alívio da dor no recém-nascido prematuro, e conseqüentemente, a melhora de sua sobrevivência.

É importante ressaltar que o cuidado de enfermagem está intimamente interligado à tecnologia, tendo em vista que os profissionais de enfermagem estão comprometidos com princípios, leis e teorias e a tecnologia representa esse conhecimento científico e sua própria transformação ⁽⁵⁾.

Face ao exposto, cumpre citar que o uso das tecnologias na área da saúde, necessita ser expandido, não significando apenas a incorporação de equipamentos no cuidado ⁽⁶⁾.

Considerando que a observância dos aspectos científicos que permeiam o cuidado de enfermagem permitem distingui-la como uma profissão cujo menor cuidado deve ser provido da maior atenção, tendo em vista a dignidade da criança que está sendo alvo do nosso cuidado ⁽⁷⁾, e que, ao praticá-lo os profissionais de enfermagem tem a possibilidade, através da observação, de detectar sinais impressos no corpo, que indicam sintomas muitas vezes não referidos ⁽⁸⁾, este estudo pretende alcançar os seguintes objetivos:

- Demonstrar que o uso da sucção não nutritiva, pela equipe de enfermagem, é efetiva no manejo da dor durante a instalação do CPAP nasal em recém-nascidos prematuros (RNPT).
- Demonstrar que o uso da sucção nutritiva, concomitantemente, à instalação do CPAP nasal, pode ser considerado uma tecnologia de enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo experimental com abordagem quantitativa, que tem, entre outras características, a manipulação de um determinado fator, (que para efeito desse estudo, será a sucção não nutritiva), e que, a critério do pesquisador, gerará um determinado resultado em um outro fator (manifestação de dor do RNPT durante a instalação do CPAP nasal). Este outro fator é a chamada variável dependente, que sofrerá, ou não, um efeito da manipulação da variável independente, sendo medido o seu resultado para determinar a validade do experimento⁽⁰⁹⁾.

A população alvo foi composta por 20 RNPT, durante a instalação ou reinstalação do CPAP nasal, num total de 30 procedimentos, que foram distribuídos em grupo controle (sob sucção não nutritiva), ou experimental (sem sucção não nutritiva).

A cada procedimento, a distribuição aleatória era feita, sendo essa randomização realizada após o lançamento de uma moeda, a partir da face apresentada.

Desta forma, foram observados 30 procedimentos de instalação do CPAP nasal, realizados em 20 RNPTs, com as mesmas características de elegibilidade. O quadro demonstrativo 1, mostra o número de instalação e reinstalação do CPAP nasal ao qual cada RNPT foi submetido:

QUADRO DEMONSTRATIVO 1

RNPT	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
Nº de (re) instalação do CPAPn	1	1	1	1	1	1	1	1	5	1	1	5	2	2	1	1	1	1	1	1

De acordo com o quadro acima, podemos perceber que os prematuros **I**, **L**, **M** e **N**, necessitaram reinstalar o CPAP nasal pela piora do seu desconforto respiratório, sendo que os RNPTs **I** e **L**, foram

submetidos cinco vezes a este estímulo doloroso e estressante, enquanto que os RNPTs **M** e **N**, foram submetidos a ele por duas vezes.

A observação sistemática e não participativa foi feita a partir das variáveis comportamentais (expressão facial, choro, movimentação de braços e pernas) e fisiológica (padrão respiratório) que compõem a escala de NIPS, e que foram apresentadas pelo RNPT durante a instalação do CPAP nasal.

Escala de NIPS – Neonatal Infant Pain Scale / Escala de Dor Neonatal

Indicador	0 ponto	1 ponto	2 pontos
1) Expressão facial	Relaxada	Contraída	
2) Choro	Ausente	“Resmungos”	Vigoroso
3) Respiração	Relaxada	Diferente da basal	—
4) Braços	Relaxados	Fletidos ou estendidos	—
5) Pernas	Relaxadas	Fletidos ou estendidos	—
6) Estado de Alerta	Dormindo ou acordado calmo	Desconfortável	—

Fonte: Guinsburg, 1999

Segundo a escala em referência, ao final da sua aplicação é realizado o somatório dos pontos que podem estar compreendidos entre 0 e 7, sendo que, o score igual ou superior a 4, é indicativo de DOR. A realização da sucção não nutritiva foi estabelecida através da introdução do dedo mínimo enluvado na cavidade oral do recém-nascido prematuro, concomitantemente à instalação do CPAP nasal, não sem antes retirar-se o excesso de talco com água destilada, que, porventura, pudesse causar algum malefício para RNPT.

A observação e a instalação do CPAP nasal foram realizadas pelas residentes de enfermagem em neonatologia no segundo ano de residência (totalizando três enfermeiras). A fim de minimizar a ameaça à validade interna do estudo através do fator instrumentação, as residentes foram orientadas e treinadas com relação aos seguintes aspectos: modo de aplicação da escala de NIPS, maneira de proceder à observação, ao preenchimento do instrumento de coleta de dados e à forma de instalar o CPAP nasal com a utilização ou não da sucção não nutritiva.

No que tange à instalação do CPAP nasal, o procedimento seguiu os seguintes passos:

1º PASSO: Organização do material necessário para a instalação do CPAP nasal

2º PASSO: A lavagem das mãos tem que ser precedida ao cuidado com o recém-nascido, principalmente os RNPTs, já que apresentam maior deficiência da resposta imunológica, sendo mais propensos à infecção.

Deve ser realizada até os antebraços, com água e sabão, durante 15 segundos; sendo necessário retirar todos os acessórios que estejam nas mãos e pulsos, tais como: relógio, pulseiras e anéis⁽¹⁰⁾.

3º PASSO: Separa-se a pronga que se adequa à narina do recém-nascido (que deveria ser de acordo com o diâmetro da narina do RN, mas é de acordo com o seu peso); a touca necessária para estabilizar as traqueias na cabeça do bebê; as traqueias de hudson (são duas) e, o hidrocolóide cortado no formato da narina a fim de proteger a mucosa e atenuar o escape de ar nas narinas.

4º PASSO: Posicionar adequadamente o recém-nascido prematuro, mantendo os membros fletidos e aproximados, o máximo possível, à linha média do corpo, com a cabeça elevada aproximadamente 30 graus, entendendo que o posicionamento adequado favorece a auto-organização, minimiza a situação do estresse e ajuda a manter o prematuro estável durante a execução deste procedimento, causador de desagradáveis estímulos ⁽¹¹⁾.

5º PASSO: Colocar a touca no recém-nascido prematuro; acoplar as duas traqueias às laterais da pronga, posicionando-a, cuidadosamente, na narina dele, onde já está fixado o hidrocolóide.

Vale ressaltar que este procedimento deverá ser realizado por dois profissionais, pois enquanto um profissional instala a pronga nasal, o outro, estará oferecendo oxigênio inalatório (até 3L/ min) enquanto a pronga nasal é, cuidadosamente, introduzida, o mínimo possível, para gerar a pressão positiva. Paralelamente à introdução da pronga, faz-se necessário que as traqueias em sua porção distal sejam acopladas ao respirador, e na porção proximal, fixadas paralelamente à touca do recém-nascido com fitas adesivas ou de esparadrapo.

É válido enfatizar que a mobilidade excessiva da pronga em relação às narinas poderá ocasionar em trauma na epiderme e/ou mucosa, e, contribuir para flutuações na oferta de oxigênio e pressão positiva ao RNPT.

Desta forma, este procedimento somente finaliza quando ocorre a perfeita adequação do RNPT à modalidade ventilatória, sendo talvez o momento mais delicado de todo o procedimento, pois requer paciência e um cuidado diferenciado e individualizado.

O mesmo recém-nascido prematuro foi submetido ao grupo controle e ao grupo experimental em momentos diferentes, uma vez que, se houve necessidade de retornar para o CPAP nasal, um novo sorteio foi realizado para determinar a utilização ou não da sucção não nutritiva. As observações foram restringidas ao momento de instalação do dispositivo nasal.

O projeto do qual derivou este estudo, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do Instituto Fernandes Figueira (CEP-IFF), através do protocolo 0044/08 de 27/03/2009.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A observação do procedimento de instalação ou reinstalação do CPAP nasal foi realizada nos grupos experimental e controle, sendo que 11 observações foram feitas no grupo experimental e 19 observações no grupo controle, totalizando o n=30.

Considerando a pontuação da escala de NIPS, conforme o quadro demonstrativo 2, a observação do procedimento em foco, demonstrou que o score prevalente no grupo controle foi 6 em 47,4% (9) das observações, seguido pelo score 7 com 31,6% (6) e 5 em 21% (4).

QUADRO DEMONSTRATIVO 2

PONTUAÇÃO DA ESCALA DE NIPS	GRUPO EXPERIMENTAL (sucção não nutritiva)		GRUPO CONTROLE (sem a sucção não nutritiva)	
	N	%	N	%
0	1	9	0	0
1	9	82	0	0
2	0	0	0	0
3	1	9	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	4	21
6	0	0	9	47,4
7	0	0	6	31,6

Em contrapartida, no grupo experimental o score máximo alcançado foi 3 em 9% (1), sendo o score igual a 1 prevalente em 82% (9) das observações.

Estes resultados indicam claramente que ao instalar o CPAP nasal 100% dos RNPTs sentem dor, no entanto quando lhe é oferecida a sucção não nutritiva, eles reagem ao estímulo sem atingir uma pontuação indicativa de dor.

Podemos perceber que no grupo experimental, a pontuação 1 foi prevalente em 82% das observações. Este fato ocorre porque o corpo humano é projetado física e mentalmente para reagir a qualquer estímulo externo ou interno, e uma mudança na sua harmonia pode levar a respostas comportamentais ou fisiológicas que culmina em um estado de conforto ou desconforto⁽¹¹⁾.

Neste caso, quando se trata do estímulo em foco, a experiência mostrou que a instalação ou reinstalação do CPAP nasal, associada a uma intervenção não farmacológica (sucção não nutritiva), levou a respostas comportamentais ou fisiológicas que culminaram em um estado de conforto, quando ocorre uma completa harmonia do RNPT.

Diversos estudos randomizados têm evidenciado que a sucção não-nutritiva é um fator minimizador da dor do neonato durante a realização de procedimentos dolorosos⁽¹²⁻¹³⁾, corroborado pelo resultado de estudo que evidenciou a preocupação da equipe de enfermagem com o bem-estar dos RNPT internados em uma UTIN⁽¹⁴⁾.

CONCLUSÃO

Aliviar a dor dos RNPTs tem sido um grande desafio para a equipe de enfermagem, tendo em vista, não só a vulnerabilidade dessa clientela, como também, a sensibilidade do observador, em detectar através da observação apurada, sinais indicativos de sentimentos impressos no seu corpo diminuto.

Contudo, ao observarmos as necessidades que são inerentes ao RNPT, podemos inferir que não são poucos os procedimentos tecnológicos aos quais eles estão expostos, uma vez que, à medida que a ciência avança, novos recursos são disponibilizados no vasto mercado da assistência à saúde, quase sempre, demandando uma sensação dolorosa durante a sua utilização.

Esse estudo demonstrou que a instalação do CPAP nasal é um procedimento doloroso, e que a sucção não nutritiva é eficaz no manejo dessa sensação, durante a sua instalação.

Face ao exposto, cumpre citar que a oferta da sucção não nutritiva pela equipe de enfermagem, durante a instalação do CPAP nasal, deve ser considerada como uma tecnologia de enfermagem, tendo em vista que o cuidado de enfermagem e a tecnologia estão interligados⁽⁵⁾, especialmente em situações críticas da vida, onde o adequado desenvolvimento neurológico de um prematuro é o maior objetivo da equipe neonatal.

REFERÊNCIAS

¹Ramos HAC, Cuman RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 abr-jun; 13(2): 297-304.

²Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2009. 280 p.

³Muhlhausen GM. Uso actual de presión positiva contonua en la via aérea (CPAP)em recién nacidos. Revista Pediatría Electrónica 2004: 1(1); 141-4.

- ⁴Macdonald MG, Mullett MD, Seshia MMK. Avery/Neonatologia: Fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007. 1634 p.
- ⁵Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TE. Cuidado e tecnologia: aproximações através do Modelo de Cuidado. Rev Bras Enferm 2008; 61 (1): 113-6.
- ⁶Schwonke CRGB, Filho WDL, Lunardi VL, Santos SSC, Barlem ELD. Perspectivas filosóficas do uso da tecnologia no cuidado de enfermagem em terapia intensiva. Ver Bras Enferm 2010; 64(1): 189-92.
- ⁷Panunto MR, Guirardello EB. Carga de trabalho de enfermagem em unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino. Acta Paulista de Enfermagem. 2012. Vol.25 Nº1.
- ⁸Araujo MC, Nascimento MAL, Christoffel MM, Antunes JCP, Gomes AVO. Aspiração traqueal e dor: Reações do recém-nascido pré-termo durante o cuidado. Cienc Cuid Saúde. 2010.Abr/Jun; 9(2): 255-261.
- ⁹Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem. Artmed. 2011. 488 p.
- ¹⁰Brasil ANVISA. Indicadores Nacionais de Infecção relacionadas à Assistência à Saúde. 2010.
- ¹¹Antunes JCPA, Nascimento MAL, Gomes AVO, Campos MA, Christoffel MM. Tecnologia coadjuvante no tratamento do recém-nascido prematuro (Cuidados de enfermagem no uso do CPAP nasal). Rev eletrônica Enfermeria Global. 2010.
- ¹²Farias LM, Rêgo RMV, Lima FET, Araújo TL, Cardoso MVLML, Souza AMA. Cuidados de enfermagem no alívio da dor de recém-nascido: Revisão integrativa. Rev. Rene. 2011 out/dez. 12(4): 866-74.
- ¹³Aquino FM, Christoffel MM. Dor Neonatal: Medidas não farmacológicas utilizadas pela equipe de enfermagem. Rev. Rene, vol.11, 2010. P.169-177.
- ¹⁴Perencini CC, Ribeiro CA. Tocando o prematuro: significado para auxiliares e técnicas de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2011 set-out; 64(5):817-23.

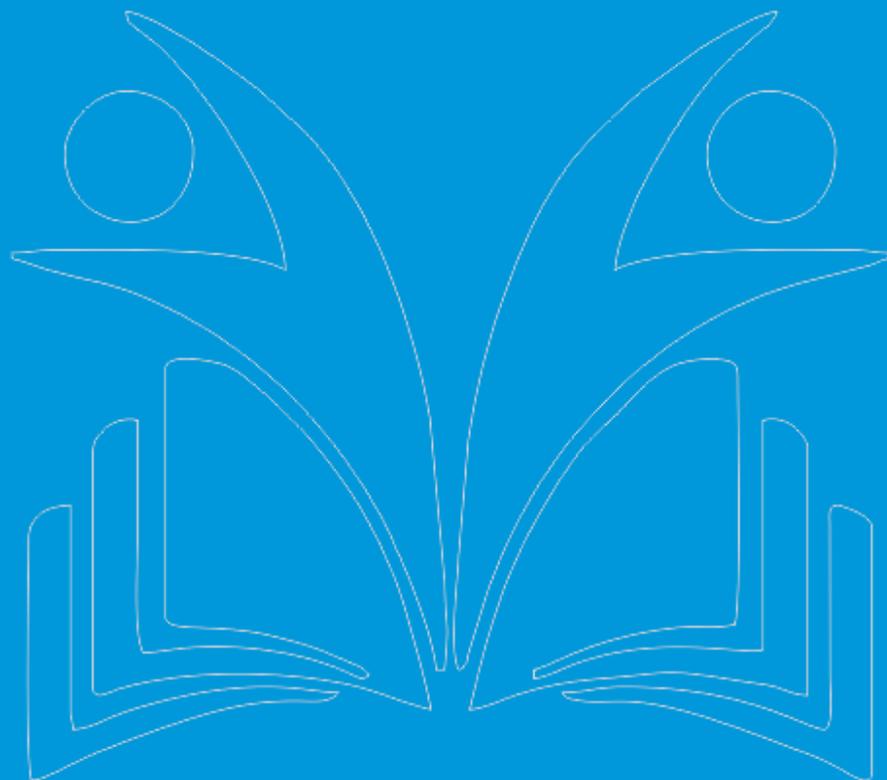
Capítulo 7

O ENFERMEIRO E SUA RELAÇÃO COM O PROCESSO DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

[DOI: 10.37423/200400624](https://doi.org/10.37423/200400624)

Rafaela Braga Pereira Veloso (Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia) - veloso.rafaela@yahoo.com.br

Tábata Cerqueira Nascimento Nobre (Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem e Saúde pela Universidade Federal da Bahia. Docente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública) - tabatacn@gmail.com



INTRODUÇÃO

O trabalho é caracterizado como uma atividade essencialmente humana que constitui mediação entre o homem e a natureza, caracterizando-se como um processo de transformação requerido por necessidades humanas que, na área da enfermagem, são especificamente necessidades de saúde (MARX, 1994; MENDES-GONÇALVES, 1992).

Ao levar em consideração o trabalho em saúde, é notável que as atividades de assistência integram um amplo conjunto dos chamados serviços de consumo coletivo – dos quais fazem parte a educação, as formas organizadas de lazer e outras atividades dependentes da existência de equipamentos sociais – e estão incluídas no setor terciário da economia.

Já o trabalho em enfermagem é entendido como prática social e, portanto, articulado a outras práticas da saúde e da educação. Diante disso, o modo como se dá o desenvolvimento das atividades profissionais, o modo como é realizado o trabalho, qualquer que seja, é chamado de processo de trabalho. Segundo Sanna (2007), em seu processo de trabalho, o enfermeiro apresenta a possibilidade de atuar em diferentes dimensões práticas, como cuidar, gerenciar, educar e pesquisar, sendo que estes não são isolados, se relacionam frequentemente e, quase sempre, simultaneamente.

Com o surgimento do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, posteriormente transformado em Estratégia, o enfermeiro vem conquistando um espaço significativo na Atenção Primária em Saúde, mas, também, uma série de atribuições que sobrecarregam o profissional e acarretam dificuldades em atender a tantas demandas.

OBJETIVO

Descrever a atuação do enfermeiro e sua relação com o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família (ESF).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa, método de pesquisa escolhido pois seu propósito inicial é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno, baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008). Foi realizada uma pesquisa de artigos na base de dados SCIELO,

no mês de junho a agosto de 2014, a partir dos seguintes descritores: enfermagem, saúde da família e processo de trabalho. Os critérios de inclusão considerados foram: artigos em língua portuguesa, período de publicação de 1994 a 2014 e identificação com o tema. Esse período se justifica pelo marco da criação do PSF em 1994 que dialoga com a temática em estudo. Na pesquisa foram encontrados 128 artigos, no entanto, após a inserção dos critérios de inclusão ficaram apenas 15 artigos.

RESULTADOS

São várias as dificuldades encontradas pelos enfermeiros em seu processo de trabalho na ESF. A opinião das enfermeiras relatadas nos estudos sobre número excessivo de famílias, suporte organizacional insuficiente e pressões advindas de demandas insatisfeitas dos usuários são algumas queixas recorrentes. A sobreposição de assistência e administração provocou sobrecarga, gerando ansiedade, impotência, frustração e sentimento de ser injustiçada na divisão de tarefas na equipe.

A partir da análise dos estudos é reafirmado o papel gerencial do enfermeiro em seu processo de trabalho, principalmente no que tange a sua atuação enquanto pertencente a equipe mínima da ESF. Vale ressaltar que os estudos também reforçam os desafios enfrentados pelos profissionais na coordenação e gerenciamento de uma Unidade de Saúde da Família (USF), permitindo uma nova prática gerencial do enfermeiro, a partir da articulação indissociável entre gerenciamento e assistência na rede básica de saúde. Segundo Melo e Machado (2013), a enfermeira, enquanto gerente ou coordenadora da ESF, assume demandas específicas que estão envolvidas na dinâmica e no funcionamento de um serviço de atenção básica, aumentando a importância de suas atividades diante da equipe, pois amplia sua atuação para além do seu núcleo de prática, agregando mais atribuições e tendo papel fundamental no desenvolvimento dos processos de trabalho e atenção à saúde em uma USF.

Também há aspectos positivos, pois os enfermeiros representam uma referência na busca de superação das dificuldades tanto para usuários, quanto para distritos e equipes que costumam dirigir-se a eles, independentemente de quem esteja gerenciando a unidade. Isso ocorre, pois acreditam que esta categoria trará resolutividade e/ou encaminhamento a problemática por qual estão passando.

Apesar da avaliação positiva do trabalho e das relações entre os integrantes da equipe, as vivências dos enfermeiros refletem que o sofrimento no trabalho está presente. Os itens esgotamento emocional, insatisfação, sobrecarga, frustração e insegurança são avaliados como situação crítica.

Segundo Schwartz (2007) o método taylorizado inviabiliza os espaços de diálogo, de discussão entre os trabalhadores, a troca de informações e de conhecimentos que permitam resolver problemas e ressignificar as normas estabelecidas, visto que o trabalho está reduzido ao cumprimento rigoroso do que está prescrito nas regras sobre o processo na ESF. Considerando-se a tensão entre transformações buscadas pela ESF e interesses particulares dos membros das equipes, é imprescindível que haja interlocução ao satisfazer as necessidades da comunidade e alcançar a própria satisfação no trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de trabalho do enfermeiro na atenção básica ainda necessita de grandes avanços a serem alcançados, no entanto, é evidenciada a crescente autonomia profissional nessa área. Percebe-se nos estudos algumas queixas dos profissionais sobre o processo de trabalho, tais como: acúmulo de tarefas, desgaste emocional, insegurança na área, frustração e condições de trabalho precárias.

Além disso, os estudos destacam que muitos enfermeiros que atuam na atenção básica em saúde não possuem especialidade ou formação na área da saúde pública ou saúde coletiva, o que dificulta o seu desempenho na ESF.

Em referência aos aspectos imprescindíveis na atuação profissional do enfermeiro nesta área destacam-se o compromisso social, ético e político e as relações interpessoais e interdisciplinares. A atuação do enfermeiro em saúde da família ainda é permeada por conflitos, contradições e tensões que comprometem as práticas de enfermagem e a qualidade da assistência nos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS

MARX, K. O Capital. 14ªed. v.1.São Paulo: Difel, 1994.

MELO, RC, MACHADO ME. Coordenação de unidades de saúde da família por enfermeiros: desafios e potencialidades. Revista Gaúcha Enfermagem. 2013.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro formação dos trabalhadores em saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

MENDES, K.D.S, SILVEIRA, R.C.C.P, GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Out-Dez; Florianópolis, 2008.

SCHWARTZ Y, DURRIVE L, organizadores. Trabalho & Ergologia. Conversas sobre a atividade humana. Niterói (RJ): EdUFF; 2007. SANNA, M. C. Os processos de trabalho na Enfermagem. Rev. Bras. Enferm, v.60, n.2, p.221-4, Mar./Abr, 2007.

SANNA, M.C. Os processos de trabalho em Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem [online]. 2007, vol.60, n.2, pp.221-224.

Capítulo 8

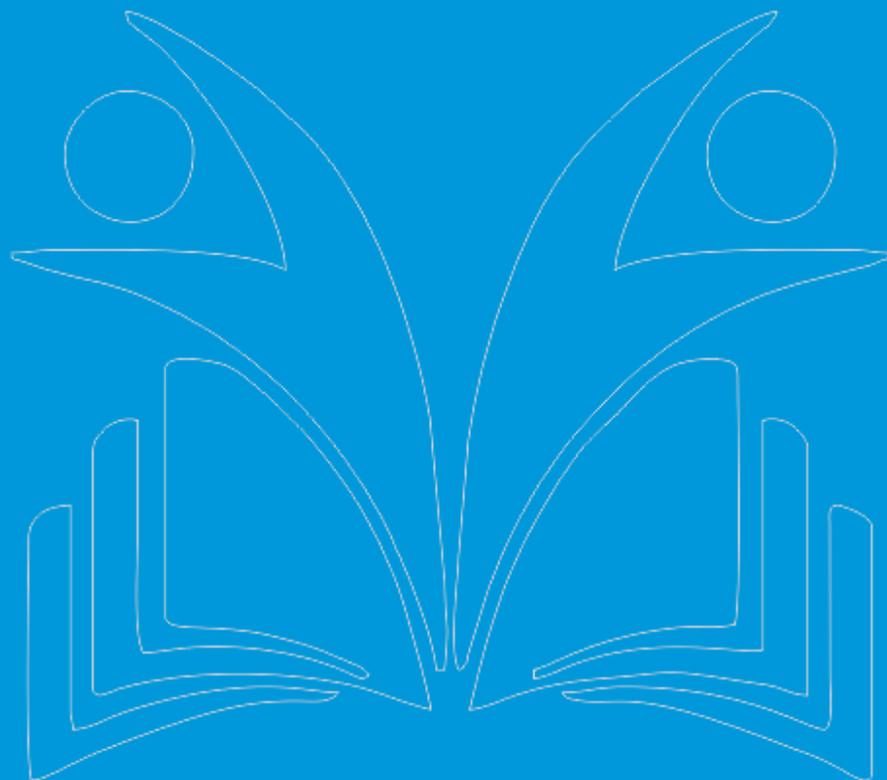
CONSTRUÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM NANDA PARA O CUIDADO DO PACIENTE NEFROPATA NO TRATAMENTO CONSERVADOR

[DOI: 10.37423/200400626](https://doi.org/10.37423/200400626)

*Jessica Poliana de Souza (Acadêmica de Enfermagem) -
jessica.poliana@pucpr.br*

*Ana Paula Modesto (Profª Dda. Ana Paula Modesto - PUCPR).
enfanapaula@hotmail.com*

*Dandara N. Spigolon (Dda. Dandara Novakowski - PUCPR -
dandaraspigolon@gmail.com*



INTRODUÇÃO

A doença renal crônica (DRC) retrata um quadro de alta mortalidade, com incidência e prevalência aumentando progressivamente no Brasil, bem como em todo o mundo¹. A insuficiência renal torna-se crônica, quando há deterioração irreversível da função renal e elevação persistente da creatinina no organismo. Ocorre por falha na capacidade do organismo manter o equilíbrio metabólico e eletrolítico, ocasionando uremia.¹ Devido a esta capacidade adaptativa, os sinais de grande relevância, como as alterações do equilíbrio ácido básico, hiperfosfatemia, hipercalemia e uremia, que indicam falência renal, surgem apenas quando a DRC está em estágios avançados, indicando terapia renal substitutiva (diálise ou transplante renal). Os estágios da DRC podem ser classificados em 5 fases, caracterizadas pela faixa de filtração glomerular respectivamente: Fase 1 maior ou igual a 90, fase 2 de 60- 89, fase 3 de 30-59, fase 4 de 15-29 a a fase 5 menor que 15, sendo que a quinta e última fase, inclui a insuficiência renal terminal ou dialítica.²

OBJETIVO

Reconhecer na taxionomia NANDA® (2009/2011), os diagnósticos de enfermagem relacionados à pacientes com doença renal crônica em tratamento conservador.

METODOLOGIA

É um estudo de revisão bibliográfica temática e de atualização onde, a definição do tema, questões de pesquisa, objetivos e sua implementação são atividades a serem desenvolvidas e estão ligadas ao trabalho cotidiano.³

RESULTADOS:

Foram encontrados 21 diagnósticos logo descritos, com suas características definidoras e fatores de risco ou relacionados: **Risco de motilidade gastrointestinal disfuncional** – Fator de risco: Agentes farmacêuticos (ex. constipação relacionada ao tratamento a base de cálcio), ansiedade e estresse.

Eliminação urinária prejudicada – Características definidoras: Disuria, poliúria, hesitação urinária, incontinência, nocturia, retenção urinária e urgência urinária. Fatores relacionados: Múltiplas causas.

Intolerância à atividade – Características definidoras: Desconforto aos esforços, dispneia aos esforços, relato verbal de fadiga e fraqueza. Fatores relacionados: Fraqueza generalizada (devido a anemia).

Risco de desequilíbrio eletrolítico – Fator de risco: Desequilíbrio hídrico e disfunção renal. **Volume de**

Líquidos excessivos – Características definidoras: Anasarca, azotemia, edema, eletrólitos alterados, hematócrito e hemoglobina diminuídos e oligúria.

Fatores relacionados: mecanismos reguladores comprometidos. **Risco de integridade da pele**

prejudicada – Fatores de risco: Estado nutricional desequilibrado, mudanças no turgor da pele, mudanças no estado metabólico, mudanças no estado hídrico. **Troca de gases prejudicada** –

Características definidoras: Respiração anormal (ritmo, frequência, profundidade) e ausculta apresentando anormalidades. Fatores relacionados: acúmulo de líquidos nos pulmões. **Risco de**

confusão aguda – Fatores relacionados: Anormalidades metabólicas (azotemia, desequilíbrio eletrolítico, desidratação, hemoglobina diminuída e ureia e creatinina aumentadas) e medicamentos.

Débito cardíaco diminuído – Características definidoras: Resistência vascular sistêmica aumentada, oligúria e edema. Fatores relacionados: Pós-carga alterada e volume de ejeção alterado. Disfunção

sexual - Características definidoras: Déficit percebido de desejo sexual e mudança do interesse por si mesmo e por outras pessoas. Fator relacionado: Função corporal afetada (ex.processo de doença).

Fadiga – Características definidoras: Cansaço, desatento, desempenho diminuído, falta de energia, sonolento e Incapacidade de manter o nível habitual de atividade física.

Fatores relacionados: Anemia, estresse, ansiedade e eventos negativos na vida. Controle comunitário ineficaz do regime terapêutico – Características definidoras: -Aceleração inesperada da doença e

recursos de assistência à saúde insuficientes. Fatores relacionados: a serem desenvolvidos. Risco de infecção – Fator de risco: -Agentes farmacêuticos, diminuição de hemoglobina, doença crônica,

procedimentos invasivos e imunidade adquirida inadequada.

Risco de glicemia instável – Fatores de risco: Aumento/Perda de peso, uso de medicamentos e estresse. Conhecimento deficiente – Característica definidora: Seguimento inadequado das instruções.

Fator relacionado: Falta de capacidade de recordar (devido a mentalização diminuída, ocasionada pela DRC). Risco de solidão – Fator de risco: Falta de energia.

Ansiedade – Características definidoras: Aflito, ansioso, incerteza, nervoso, preocupado e sentimento de inadequação . Risco de sentimento de impotência – fatores de risco: Estresse e mudanças no estado

de saúde. Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais – Características definidoras: Comer em resposta a estímulos internos que não a fome (ex. ansiedade), dobra da pele

do tríceps > 25mm em mulheres e >15mm em homens e nível de atividade sedentário. Fator relacionado: Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas. Nutrição desequilibrada:

menos do que as necessidades corporais – Características definidoras: Aversão ao ato de comer, falta de informação, falta de interesse na comida, perda de peso com ingestão adequada de comida, relato

de ingestão inadequada de alimentos (menor que a porção diária recomendada) e relato de sensação de sabor alterada⁴.

CONCLUSÃO

Por ser uma doença que se desenvolve em longo prazo, as intervenções de enfermagem agem positivamente no prognóstico. Sendo assim, nota-se a grande relevância da descrição dos diagnósticos de enfermagem, para que o profissional possa intervir de maneira adequada e relevante na prevenção da progressão da doença.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Ao detalharmos todos os diagnósticos de enfermagem, pode-se intervir de modo correto e holístico, contribuindo com a melhora do paciente. Isto gera confiança e respeito recíproco entre Enfermeiro e paciente e demonstra autonomia perante outros profissionais da saúde. As perspectivas para o tratamento conservador do portador de DRC e os cuidados de enfermagem incluem: Educar o cliente sobre a sua doença e torná-lo responsável pelo seu tratamento, limitar exposições a fatores de risco, preservando a função residual, prevenir e controlar comorbidades (principalmente cardiovasculares) e complicações urêmicas, integrar o cliente como participante ativo no controle da doença renal; preparar o cliente para TRS, reduzir atendimentos de urgências, favorecer a reabilitação em âmbito social, orientar o cliente para a coleta de urina de 24 horas para cálculo da taxa de filtração glomerular (TFG) e quantificação da proteinúria, incorporar ao plano de ação de novas medidas de autocuidado, de acordo com a progressão da doença renal, revisar, a cada consulta a adesão do cliente à terapia medicamentosa através de perguntas simples e avaliação comparativa de exames laboratoriais e aplicar o programa preventivo: controle de retornos, busca de faltosos e controle de consultas agendadas⁵. O enfermeiro deve comprometer-se com o paciente, interessando-se por ele, por seus pensamentos, sua situação de vida, seu sofrimento e estar disposto a ajudá-lo a encontrar respostas ou saídas para situações possíveis de serem resolvidas, como também tornar-se capaz de apoiá-lo naquelas situações que não podem ser modificadas, a exemplo do portador de doença Renal.

Descritores: Insuficiência Renal Crônica; Assistência de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

Eixo temático: Pesquisa em Enfermagem

REFERÊNCIAS

¹ Ribeiro, R, et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do estado de São Paulo. Acta Paul Enferm, v.21 n.especial, p.207–211.2008.

² Riella, C.M. Princípios de Nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2010

³ Trentini, L.P.M Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente assistencial. Florianópolis: UFSC . 1999. p. 162

⁴ NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012

⁵ Canzini, M.E; Mastroianni, G. K, cols. Doença Renal Crônica - Manual Prático - Uso Diário Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo: Baliero, 2013.

Capítulo 9

TELENFERMAGEM NO BRASIL: UTILIZAÇÃO, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

[DOI: 10.37423/200400638](https://doi.org/10.37423/200400638)

Diogo Jacintho Barbosa (Mestre (Doutorando), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ. Rio de Janeiro (RJ), Brasil).

jacinthobarbosa@gmail.com

Marcia Pereira Gomes (Enfermeiro (Mestre). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Rio de Janeiro (RJ). Brasil).

mpsamog@gmail.com

RESUMO: Identificar de que maneira vem sendo implanta a tele-enfermagem no Brasil, quais as dificuldades apresentadas para sua implantação e manutenção. Este é um estudo de revisão da literatura sobre a utilização da tele-enfermagem nas diferentes áreas do cuidar em enfermagem. Foi realizado um levantamento através da Base de Dados Lilacs e CAPES com artigos publicados no período de 2007 a 2017. Foram encontrados 18 artigos, destes 8 da base de dados CAPES e 10 na LILACS. A tele-enfermagem no Brasil é utilizada com mais frequência na atenção básica, a web-conferencia é a ferramenta mais utilizada e as dificuldades encontradas estão baseadas na conexão com a internet e falta de recursos para compra de equipamentos e insumos. Concluímos que a tele-enfermagem torna-se uma importante ferramenta capaz de auxiliar na garantia de uma assistência de qualidade a população uma vez que colabora com a qualificação profissional.

Palavra-Chave: Telessaúde; Telemedicina; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O avanço tecnológico atual sugere mudanças em todos os setores da sociedade atual no que diz respeito as formas de ensino e aprendizagem. Na área da saúde, esta avanço culminou na utilização de diversas ferramentas tecnológicas para educação e qualificação das equipes.¹

Tal fato, colaborou para a criação do projeto Telessaúde Brasil, este trata-se de uma parceria entre o Ministério da Educação (MEC) e o Ministério das Ciências e Tecnologias (MCT) e apresenta como eixo principal a qualificação das equipes de saúde atuantes na Atenção Básica em todo país.²

O Telessaúde Brasil, pode ser entendido como um projeto maior que compreende projetos como: tele-enfermagem, tele-odontologia, tele-medicina, tele-radiologia, tele-fisioterapia, dentre outros.²

A tele-enfermagem pode ser definida como prática da enfermagem a distância por meio eletrônico e engloba diversos processos de trabalho como: assistência, educação, gerenciamento e pesquisa.¹⁻² As características próprias da profissão enfermagem favorecem a existência de diversos vínculos empregatícios o que colabora para dificultar a presença deste grupo nas atividades de educação permanente presenciais que na maioria das vezes é realizado fora do horário de trabalho.³

A partir destas premissas o presente estudo teve por objetivo identificar de que maneira vem sendo implanta a tele-enfermagem no Brasil, quais as dificuldades apresentadas para sua implantação e manutenção.

METODOLOGIA

Este é um estudo de revisão da literatura sobre a utilização da tele-enfermagem nas diferentes áreas do cuidar em enfermagem. Foi realizado um levantamento através da Base de Dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com artigos publicados no período de 2007 a 2017. Para tanto foram utilizados as seguintes palavras chave: “Telessaúde”, “Telemedicina” and “enfermagem” e seus respectivos termos MeSH em inglês, a saber: “TeleHealth”, “Telemedicine” and “Nursing”. Foram encontrados 18 artigos, destes 8 da base de dados CAPES e 10 na LILACS. Os critérios de inclusão foram: artigos em português ou inglês, que envolvam a utilização da telemedicina ou telessaúde por profissionais de enfermagem ou que estejam diretamente ligados a prática da tele-enfermagem e que tenham seu texto disponível *online* para consulta na íntegra. Foram excluídos os artigos de revisão bibliográficas, relatos de casos informais, capítulos de livros, dissertações, teses, reportagens, notícias e editoriais bem como também os textos que abordavam outras categorias profissionais que a de enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra final desta revisão foi constituída por 8 artigos científicos, selecionados pelos critérios de inclusão previamente estabelecidos. Os resultados podem ser observados no quadro 1.

Quadro 1 – Apresentação dos artigos científicos selecionados , período de 2007 a 2017. Rio de Janeiro-RJ

Título	Ano	Autores	Periódico	Base de Dados
Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem	2014	Godoy, SCB Guimaraes, EMP Assis, DSS	Revista de Enfermagem Escola Anna Nery	LILACS
Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco	2012	Cruz, ELD Novaes, MA Machiavelli, JL Menezes, VA	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil	LILACS
Enfermagem e educação permanente a distância: o exemplo do projeto telessaúde Brasil, núcleo Rio de Janeiro	2010	Faria, MGA David, HMSL	Revista <i>Cogitare</i> Enfermagem	LILACS
Uso de videoconferência para discussão de temas sobre gestão de enfermagem em hospitais universitários	2010	Salvador, ME	Acta Paulista de Enfermagem	LILACS
Telefonaudiologia como estratégia de educação permanente na atenção primária a saúde no estado de Pernambuco.	2016	Nascimento, CMB	Revista CEFAC	Periódicos CAPES

Telehealth support for primary health care in remote municipalities in the state of Minas Gerais, Brazil	2014	Marcolino, MS Alkmim, MB Assis, TG Sousa, LA Ribeiro, AL	Revista Panamericana de Saúde Pública	Periódicos CAPES
Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS)	2017	Oliveira, APC Gabriel, M Poz, MRD Dussault, G	Ciência e Saúde Coletiva	Periódicos CAPES
Requirements for the use of a cybertutor with community health workers	2014	Daza, MPM Felix, GB Machado, MAMP	Revista CEFAC	Periódicos CAPES

O programa de telessaúde no Brasil, iniciou-se no ano de 2007,¹ porém nosso primeiro resultado demonstrar que a primeira publicação envolvendo a telessaúde aplicada a enfermagem, tele-enfermagem, ocorreu no ano de 2010, três anos após a criação do programa o que demonstra que a enfermagem vem se apropriando de diversas áreas do conhecimento nas questões referentes as transformações que permeiam a profissão.

Outro resultado observado é a existência de poucos artigos no Brasil, voltados para a tele-enfermagem, pois na busca realizada para a confecção deste estudo, foram encontrados apenas dezoito artigos que envolviam telessaúde e enfermagem e destes apenas oito abordavam a utilização da telessaúde (tele-enfermagem) para educação em enfermagem ou para auxílio na assistência de enfermagem, de modo a colaborar para a qualificação da assistência no Brasil.

As atividades desenvolvidas pelos núcleos de telessaúde espelhados por todo o país concentram-se basicamente em: tele-diagnóstico, tele-consultoria, tele-educação, web-palestras, web-seminários, vídeo conferências dentre outras atividades, destas, as principais atividades realizadas pela Tele-enfermagem concentram-se na realização das web-conferências como podemos observar no quadro2.

Quadro 2 – Atividades desenvolvidas pela Tele-enfermagem no Brasil

Atividades	N de Artigos
Web-conferência	4
Web-conferencia + tele-consultoria	1
Tele-educacao	1
Total	5

A web-conferência pode ser definida como uma reunião de encontro virtual, realizada pela internet ou aplicativos específicos para este fim, possibilitando o compartilhamento de vídeos, voz textos e arquivos.⁴ Nos artigos, foi possível observar que a utilização da web-conferencia em tele-enfermagem trouxe resultados positivos, no que diz respeito a qualificação profissional, uma vez possibilita a troca de informações entre profissionais, facilitando assim a capacitação da equipe, outro aspecto importante foi a possibilidade de realizar a qualificação profissional no próprio ambiente de trabalho e/ou até mesmo em seu domicílio.⁵

De acordo com as publicações científicas, podemos observar que a tele-enfermagem no brasil, foi empregada predominantemente na atenção básica, tendo em vista todos os artigos estavam voltados para esta área de atuação. Este fato pode se dar pelas características da atenção básica favorecem a inserção das atividades da tele-educação, uma vez que muitos municípios encontram-se distantes dos grandes centros urbanos dificulta a capacitação profissional, bem como o suporte para o desenvolver das atividades e a telessaúde auxilia da diminuição destas barreiras.¹⁻⁴

Comparando-se a aderência da enfermagem aos programas de educação continuado com outras profissões nota-se que a enfermagem é a profissão que apresenta maior adesão, isto se dá, pelas características da profissão que passam o maior tempo na Unidade Básica de Saúde.⁶

Nos estudos que as dificuldades encontradas para a implantação do tele-enfermagem resultam das dificuldades técnicas, principalmente de municípios do interior do país, a conexão com a internet e o número reduzido de computadores ou outros elementos necessários para implantação, foi apontada como a principal dificuldade encontrada.⁷

Um outro problema relatado pelos autores é que tendo em vista as características da profissão enfermagem como: A falta de tempo, não ter com quem deixar os filhos, a existência de outros vínculos empregatícios e horário fora do expediente de trabalho, são alguns dos fatores relacionados por

profissionais de Enfermagem para não aderirem aos treinamentos e qualificações oferecidas pelo Tele-enfermagem.^{6,8}

No que tange a equipe de autores dos artigos, podemos observar a presença da equipe multiprofissional, uma vez que foi possível observar a presença de profissionais da área de enfermagem, odontologia, ciências da computação, Fonaudiologia, Química e Medicina, esta conformação é importante, tendo em vista que profissional é membro integrante da equipe multiprofissional e em consonância aos princípios do SUS, a saber a integralidade que versa sobre a atendimento ao indivíduo como um todo.

Em todos os artigos os artigos pesquisados, foi possível notar que os pesquisadores classificaram como a utilização da tele-enfermagem como ferramenta de apoio para a educação permanente em enfermagem, esta modalidade ainda acaba por colaborar para a melhora da assistência prestado ao paciente, uma vez que servem de ferramenta para a qualificação profissional.

Para o futuro, espera-se que a tele-enfermagem no Brasil possa ser utilizada com mais intensidade em outros setores de assistência que não só a atenção primária igualmente como já vem sido realizado em países desenvolvidos, o avanço tecnológico favorece cada vez mais a utilização destas nas diversas áreas do conhecimento.

CONCLUSÃO

Desta maneira concluímos que a internet no momento que se torna o maior veículo de difusão de informações, está também passar a ser utilizada no campo da assistência à saúde, constituindo-se assim uma importante ferramenta capaz de auxiliar na garantia da qualidade da assistência de enfermagem prestada a população, uma vez que a tele-enfermagem colabora para a qualificação profissional. Acrescentamos ainda que a tele-enfermagem colabora para a implantação de programas de educação continuada, como também é um fator capaz de auxiliar

REFERENCIAS

Pereira, C.C.A., Machado, C.J., Telessaúde no Brasil – conceitos e aplicações. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 May 28] ; 20(10): 3283-3284. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015001003283&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015209.07082015>.

Prado, C., Silva, I.A., Soares, A.V.N., Aragaki, I.M.M., Shimoda, G.T., Zaniboni, V.F. et al . Telemamentação no Programa Nacional de Telessaúde no Brasil: a experiência da Telenfermagem. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2013 Aug [cited 2018 Feb 12] ; 47(4): 990-996. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000400990&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000400031>.

Barbosa, D. J., de Carvalho Reis, I. N., & Rodrigues, N. C. P. (2016). A Utilização da teleducação como ferramenta para aumentar a adesão de profissionais de enfermagem aos programas de educação permanente: uma revisão narrativa da literatura. *Jornal Brasileiro de TeleSaúde*, [internet]. Set 2016 [cited 2017 Dez 23] 4(2): 275-278. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/jbtelessaude/article/view/33576>

Cruz, E.L.D, Novaes, M.A., Machiavelli, J.L., Menezes, V.A.. Caracterização dos seminários por webconferência sobre saúde do adolescente e jovem da rede de núcleos de telessaúde de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2012 Mar [cited 2018 May 28] ; 12(1): 83-90. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000100009&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292012000100009>

Godoy, S.C.B., Guimarães, E.M.P, Assis, D.S.S. Avaliação da capacitação dos enfermeiros em unidades básicas de saúde por meio da telenfermagem. *Esc. Anna Nery* [Internet]. 2014 Mar [cited 2018 May 28] ; 18(1): 148-155. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100148&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140022>.

Daza, M.P.M., Berretin-Felix, G., Machado, M.A.M.P.. Requisitos para utilização de cybertutor com agentes comunitarios de saúde. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2014 Apr [cited 2017 Mac 03] ; 16(2): 573-581. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462014000200573&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620141391>.

Oliveira, A.P.C., Gabriel, M., Poz, M.R.D., Dussault Gilles. Challenges for ensuring availability and accessibility to health care services under Brazil's Unified Health System (SUS). *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2017 Apr [cited 2018 May 28] ; 22(4): 1165-1180. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002401165&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>.

Luca, L.S., Almeida, M.A., Melo, W.A. Fatores dificultadores a adesão dos colaboradores de enfermagem as ações de educação permanente. *Encontro Internacional de Produção Científica* [internet] 2011 Out [cited 2018 Feb 20]. Available from: http://www.cesumar.br/prppge/pesquisa/epcc2011/anais/lais_da_silva_luca.pdf

Faria, M.G.A., David, H.M.S., Enfermagem e Educação Permanente a distância: o exemplo do projeto telessaúde Brasil, núcleo Rio de Janeiro. *Cogitare Enfermagem* [internet] 2010 Dec [cited 2017 Jan 20] 15(4) 667-673. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/20363/13524> DOI: 10.5380/ce.v15i4.20363

Salvador, M.E., Moreira, R.S., Hiromi, L.T., PereirA, S.R., Carmagnani, M.I.S.. Uso de videoconferência para discussão de temas sobre gestão de enfermagem em hospitais universitários. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2010 Oct [cited 2018 May 29] ; 23(5): 705-708. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000500020&lng=en. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002010000500020>.

Nascimento Cynthia Maria Barboza do, Lima Maria Luiza Lopes Timóteo de, Sousa Fabiana de Oliveira Silva, Novaes Magdala de Araújo, Galdino Doralice Rodrigues, Silva Érika Cristina Honorato et al .
Telefoniaudiologia como estratégia de educação permanente na atenção primária à saúde no Estado de Pernambuco. *Rev. CEFAC* [Internet]. 2017 June [cited 2018 May 29] ; 19(3): 371-380. Available from:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151618462017000300371&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216201719314716>.

Marcolino, M. S., Alkmim, M. B., Assis, T. G. P., Sousa, L. A. P. D., & Ribeiro, A. L. P. (2014). Telehealth support for primary health care in remote municipalities in the state of Minas Gerais, Brazil. *Revista Panamericana de Salud Pública*. [internet] 2014 Mar [cited 2017 jun 23] 35(5-6), 345-352. Available from: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n5-6/07.pdf>.

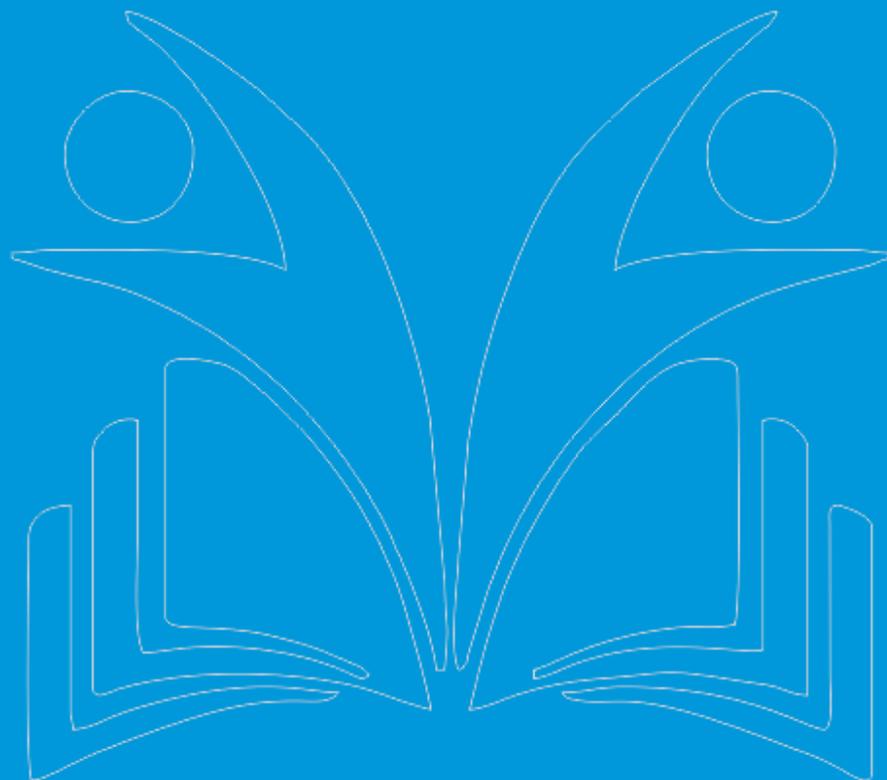
Capítulo 10

DECODIFICAÇÃO DA COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL PELA
EQUIPE DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA (UTI)

[DOI: 10.37423/200400640](https://doi.org/10.37423/200400640)

*Aline Panaia Kron (Enfermeira, Mestra em Enfermagem em Terapia Intensiva
alinekron@yahoo.com.br*

*Marina Borges Teixeira (Docente Doutora do Curso de Mestrado em Enfermagem
Universidade Guarulhos)*



INTRODUÇÃO

A UTI é considerada um setor intra-hospitalar de tratamento intensivo para diversos tipos de clientes com alterações do nível de consciência, politraumatizados, traqueostomizados, entubados, com doenças graves, em pós-operatórios de cirurgias delicadas e pacientes com risco de morte iminente. Muitas vezes, são utilizados equipamentos para ajudar a manter a vida ou prevenir complicações ou para promover a melhora do cliente de forma mais amena. A necessidade da tecnologia no atendimento à clientela da UTI é indubitável. Entretanto, observa-se que o foco da atenção dos profissionais tem estado direcionado aos procedimentos e ao manejo de aparelhos em detrimento de ações com características humanizadoras, descaracterizando o cuidar no seu significado amplo¹. A equipe de enfermagem deve estar consciente de que sua ação é o cuidar, utilizando todos os recursos materiais e tecnológicos disponíveis sem deixar, contudo, de se colocar como “principal recurso terapêutico”, tocando, conversando e ouvindo o ser humano de quem cuida². A origem da palavra comunicar está no latim *comunicare*, que tem por significado pôr em comum, ou seja, na enfermagem pôr em comum significa: decodificar para compreender³. É por meio da comunicação que interagimos com os demais, compreendendo e compartilhando mensagens, idéias, sentimentos, emoções, concordâncias e discordâncias. E isto se dá por meio de palavras, gestos, posturas, expressão facial, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos^{3,4}. A comunicação é um processo que pode ser realizado de forma verbal e não-verbal⁵. Na comunicação verbal ocorre a exteriorização do ser social, e na não-verbal observa a exteriorização do ser psicológico⁶. O estudo foi realizado em uma UTI adulto, de um hospital governamental do município de São Paulo, referência para politraumatizados.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva de campo.

OBJETIVOS

descrever como os membros da equipe de enfermagem da UTI, percebem e decodificam a comunicação não-verbal dos pacientes impossibilitados de comunicar-se verbalmente; verificar a importância da comunicação não-verbal dada pelos membros da equipe de enfermagem, bem como explicitar as estratégias que conhecem. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Guarulhos, sob o número é 232/2009, foram seguidos todos os preceitos da Resolução

196/96 do CONEP, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. A coleta de dados foi realizada no mês de Janeiro de 2010, durante o período de 05 a 18, nos períodos da manhã, tarde e noite, abrangendo todos os plantões. Os dados foram coletados pela própria pesquisadora que utilizou para tanto dois instrumentos: um roteiro de observação e um formulário. A população foi composta por 33 funcionários de enfermagem sendo 23% (5) enfermeiros e 77% (28),

CONCLUSÕES

ao serem observados em 95 atividades por eles desempenhadas, em sua maioria, não perceberam ou decodificaram a comunicação não-verbal do paciente atendido, apesar de referirem que esta forma de comunicação é importante para a assistência de enfermagem. Dos 5 (100%) dos enfermeiros, 1 (20%) referiu não se lembrar das formas de comunicação não-verbal, e 3 (60%) que não as conheciam. Dos 28 auxiliares de enfermagem, 39,9% (13) relataram que tinham dificuldade em decodificar e interpretar os sinais não verbais dos clientes. Por outro lado, somam-se as tentativas da equipe de enfermagem em compreender este paciente. Observamos que 69,69% (23) respondeu que a comunicação não-verbal é, sim, importante para a assistência de enfermagem e este resultado reforça o que foi observado e encontrado na literatura. A única interferência na comunicação que a pesquisadora observou durante a realização de todas as atividades desempenhadas durante o período de coleta de dados foi que quando os funcionários trabalhavam em dupla, a comunicação era apenas entre eles, estando o paciente excluído dela.

COMENTÁRIOS FINAIS

Sendo o enfermeiro o responsável pelo planejamento da assistência de enfermagem, e desconhecendo as formas de comunicação, não poderá instruir, treinar, os membros da equipe para interpretar, decodificar e validar a comunicação do paciente. Comunicar-se não verbalmente é comum aos clientes que necessitam de UTI. Interagir com um paciente entubado ou com o nível de consciência alterado, requer preparo, tempo e atenção. Quando nos relacionamos com outras pessoas, estamos de alguma forma nos comunicando. Na área da saúde, especialmente na enfermagem, a comunicação é considerada vital, pois é essencial para o atendimento das necessidades básicas do ser humano. Sem comunicação não existe cuidado (caring). Acreditamos que, nas instituições assistenciais assim como deva ser dada ênfase ao ensino da comunicação, ressaltando o da comunicação não-verbal, acompanhado da respectiva supervisão da prática.

Descritores: Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Comunicação não-verbal.

Eixo Temático: A pesquisa de enfermagem no processo de cuidar e educar: interdisciplinaridade, transculturalidade e difusão do conhecimento.

Área Temática: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS

¹ Penha RM. A expressão da dimensão espiritual no cuidado de enfermagem e UTI [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2008.

² Moraes GSN da, Costa SFG da, Fontes WD, Carneiro AD. Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. São Paulo: Acta Paulista de Enfermagem. 2009; 22(3):323-7.

³ Silva MJP da. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola. 2002.

⁴ Stefanelli MC. Comunicação com o paciente: teoria e ensino. São Paulo: Robes. 1993.

⁵ Stefanelli, MC, Carvalho, EC. A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2006.

⁶ Silva MJP da. A percepção das Enfermeiras sobre a Comunicação Não-verbal dos Pacientes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 1989.

Capítulo 11

REFLEXÃO A CERCA DA TEORIA AMBIENTALISTA DE FLORENCENIGHTINGALE: UM CASO CLÍNICO PEDIÁTRICO

[DOI: 10.37423/200400641](https://doi.org/10.37423/200400641)

BIFFI, Debora (Enfermeira. Doutora em Ciências Médicas pela UFRGS, Mestra em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Ingá. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Santa Catarina. Porto Alegre/RS. E-mail: biffidebora@yahoo.com.br

ARRIECHE, Mariana Ferreira (Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Saúde da Criança e do Adolescente pelo Programa de Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde - PREMUS/PUCRS. Enfermeira da Unidade de Internação do Hospital São Lucas da PUCRS. Porto Alegre/RS, Brasil. E-mail: mfarrieche@gmail.com

PIRES, Larissa Cinara Brunquell (Enfermeira. Mestra em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Hospital Israelita Albert Einstein/SP. Porto Alegre/RS. E-mail: lacbps@gmail.com



INTRODUÇÃO

A enfermagem no desenvolvimento das teorias tem demonstrado interesse em fenômenos que interferem na saúde e bem-estar dos indivíduos e da comunidade. As teorias representam à realidade, sendo os elementos base das teorias as pessoas, o ambiente, a saúde e a enfermagem.¹ Florence discutia a necessidade de ventilação e de luz nos quartos dos doentes, a disposição adequada de esgotos, boa alimentação, e outros indicadores como aquecimento, ruído, variação, cama e roupa de cama, limpeza dos quartos e paredes. Questionando como a influência do meio ambiente agia no ser humano e na natureza e de que forma ocorrera um equilíbrio entre ambos. Dessa forma, quando um ou mais aspectos ambientais estivessem desequilibrados, o paciente utilizaria maior energia para se reestabelecer.²⁻³ O processo de hospitalização da mesma traz inúmeros enfrentamentos para ela e sua família, entre eles o entendimento dos profissionais de saúde sobre o cuidado ser centrado na criança e família, considerando que esta precisa fornecer o suporte para o desenvolvimento biopsicossocial da criança.

OBJETIVO

Relacionar a teoria ambientalista de Florence Nightingale com a vivência de um caso clínico pediátrico em um Hospital Universitário de Porto Alegre.

METODOLOGIA

Trata-se de uma reflexão a cerca das ideias de Florence Nightingale e da sua teoria ambientalista pediátrico fundamentando teoricamente o cuidado ao paciente através das práticas assistenciais transportada para a prática de enfermagem pediátrica. Na análise trabalhamos com a discussão de um caso clínico desenvolvidas na instituição hospitalar mencionada.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir da situação abaixo, iremos abordar algumas situações relacionando-as com a teoria ambientalista de Florence Nightingale.

Paciente R.I.D.S, 4 anos, reside junto com sua mãe em um Hospital Universitário de Porto Alegre desde seu nascimento. Diagnosticado com Síndrome de Down e Intestino Curto, não deambula, apresenta déficit na comunicação verbal, não se alimenta por via oral, fazendo uso da sonda de gastrostomia para alimentação. Apresenta cateter venoso central para receber além de soroterapias, a nutrição parenteral total (NPT) para complementar a questão nutricional. Possui colostomia para suas eliminações. O quarto de hospital onde

este paciente reside caracteriza-se por não apresentar janelas, assim não proporciona um ambiente iluminado pela luz solar. Trata-se de um paciente que não realiza um acompanhamento com a equipe multiprofissional adequado para atender suas necessidades humanas, culminando assim em atrasos no desenvolvimento psicomotor.

Ventilação e Aquecimento: Declarou que era essencial manter o ar que a pessoa respirava tão puro quanto o ar externo. Ela preocupava-se com o ar nocivo ou maus odores que vinham dos excrementos. A temperatura do quarto também foi destacada.² Por não existir ventilação natural neste ambiente, o paciente fica susceptível a proliferação de bactérias provenientes de ventilação central.

Iluminação: Acreditava que o paciente necessitava de luz. Ela notou que a luz tem efeitos reais e tangíveis sobre o corpo humano. A falta de estímulos ambientais adequados pode levar a confusão relacionada com o ciclo habitual do dia e da noite.² Relacionando este fator com a situação abordada na descrição do caso clínico observamos que o ambiente em questão não seria adequado para este paciente frente as suas necessidades. Isto por ser um ambiente desprovido de luz solar, onde apenas o recurso de luz artificial é utilizado, limitando esta criança a reconhecer o ciclo do dia e da noite.

Variação: Florence apontava a variação do ambiente um aspecto crítico que afetava a recuperação do paciente. Defendia a necessidade de mudanças na cor e na forma, inclusive introduzindo flores de cores fortes no ambiente e sugeriu quadros ou gravuras, a cada dia, semana ou mês diferentes.² O ambiente em que se encontra este paciente é desprovido de informações lúdicas, não sendo desenvolvido um trabalho voltado para as questões recreativas, afetando seu desenvolvimento infantil. Entende-se que deveria existir a articulação de estratégias formuladas pela equipe multiprofissional frente às necessidades desse paciente, buscando englobar ações de cuidado nas diversas interfaces da saúde.

Ambiente Social e Psicológico: Dizia que animar falsamente o paciente, menosprezando a importância e o risco da enfermidade, não era benéfico ao tratamento. Assim, encorajava as enfermeiras a uma escuta adequada e a orientar os familiares para uma fala otimista auxiliando na saúde. Sustentava a importância de olhar além da doença.² Ao chegar ao hospital à criança, assim como sua família, é vista pela equipe que a assiste, dentro de uma visão reducionista, tecnicista, preocupando-se muita mais com a restauração do órgão debilitado, que com a saúde da criança, não levando em conta o seu desenvolvimento cognitivo emocional para compreendê-la e auxiliá-

la no enfrentamento da situação.⁴ Relacionando com o caso clínico em questão, de um paciente que está hospitalizado há anos nesta instituição e que viveu períodos críticos de saúde, onde sua cuidadora esteve presente, passando por angústias, medos, descrenças, a mesma acabou por desenvolver uma relação de proteção para esta criança o que acabou gerando um déficit no desenvolvimento social da mesma.

CONCLUSÕES

Essa reflexão abordou as principais colocações de Florence Nightingale e sua Teoria Ambientalista e sua contextualização com a prática assistencial na área de enfermagem pediátrica. Ao contextualizar a situação de um paciente pediátrico internado há quatro anos, desde o seu nascimento, em um hospital universitário de Porto Alegre, pudemos concluir que existem dificuldades ao realizar o tratamento de forma integral e singular ao paciente em função de limitações institucionais, profissionais e familiares. O contexto que o paciente encontra-se inserido atualmente não permite explorar de forma abrangente suas necessidades, as quais se tornaram mais evidentes após a utilização da teoria.

Descritores: Teorias de Enfermagem, Florence Nightingale, Criança hospitalizada. Eixo: Assistência de Enfermagem

REFERÊNCIAS

1. AGUILLAR, Olga Maimoni. ; MENDES. Isabel Amália Costa. Viabilidade da aplicação de teorias de enfermagem: relato de experiência no âmbito da pesquisa. Revista Escola Enfermagem da USP, v.22, nº (especial), p.47-52, 1987. Disponível
2. em: <<http://gepecopen.eerp.usp.br/files/artigos/artigo34fin.pdf>>.
3. HADDAD,VCN.; SANTOS, TCF. A teoria ambientalista de Florence Nightingale no ensino da escola de enfermagem Anna Nery (1962-1968). Escola Anna Nery. 2011, 15(4), p. 755-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a14v15n4.pdf>
4. LOBO, MS. Teoria de Florence Nightingale. *In*: GEORGE, Julia B. Teorias de Enfermagem: os fundamentos à prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000, cap.3, p.33-44.
5. MONTEIRO,LFLM. Vivendo e Aprendendo no ambiente hospitalar: percepções de crianças sobre a doença. Tese de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2007. Disponível em: <http://btdtd.bczm.ufrn.br/tde_arquivos/5/TDE-2008-09-16T072915Z-1421/Publico/LucianaFLMM.pdf>.

Capítulo 12

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM GESTANTES COM ANEMIA FALCIFORME

[DOI: 10.37423/200400643](https://doi.org/10.37423/200400643)

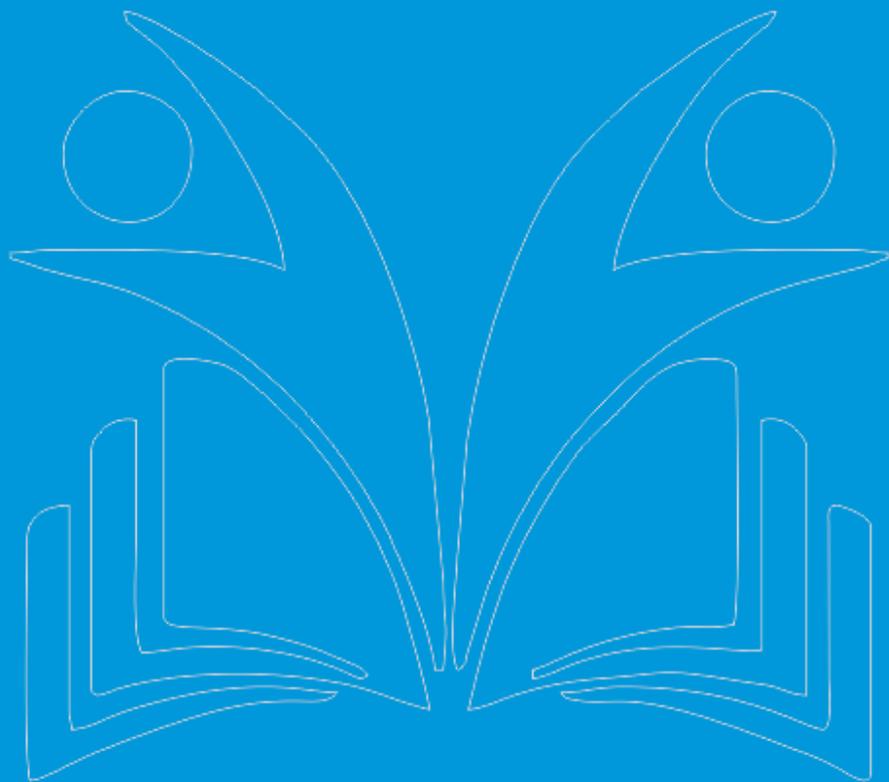
Adriana Silva Nonato Canepa

Gabriela Tingo Casacurta

Ana Patrícia Ricci

Maria Lúcia Ivo

Francine Ramos de Miranda



INTRODUÇÃO

A anemia falciforme (AF) é uma anemia hemolítica, que ocorre em pessoas homocigotas para o gene falciforme, sendo uma doença genética e hereditária, grave e crônica. A gravidez é uma situação potencialmente grave para as mulheres portadoras da doença, para o feto e o recém nascido, pois neste período, pode ser agravada, aumentando as frequências álgicas, os processos infecciosos e a hemorragia. A anemia por si só eleva o risco de parto prematuro, infecções e demora na cicatrização¹. Para uma assistência de enfermagem mais eficiente é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento sobre a AF, para que possa apontar os diagnósticos de enfermagem e determinar as intervenções adequadas².

OBJETIVOS

Identificar respostas humanas e condições de saúde das gestantes com anemia falciforme e a partir disso elaborar possíveis diagnósticos de enfermagem desta clientela.

METODOLOGIA

Através de revisão integrativa foi realizado o levantamento dos estudos e extração das respostas humanas e condições de saúde das gestantes portadoras de AF. Baseados na taxonomia NANDA-I-Inc (2015-2017) os dados foram agrupados e elaborados os possíveis diagnósticos de enfermagem para esta população.

RESULTADOS

Foram elencados 17 diagnósticos de enfermagem, sendo os seguintes títulos: Risco de Sangramento, Risco de Infecção, Dor crônica, Risco de função cardiovascular prejudicada, Risco de perfusão gastrointestinal ineficaz, Perfusão tissular periférica prejudicada, Risco de perfusão tissular cerebral ineficaz, Fadiga, Troca de gases prejudicada, Eliminação urinária prejudicada, Risco de Glicemia instável, Risco de binômio mãe – feto perturbado.

CONCLUSÃO

Nos diagnósticos encontrados em sua maioria de riscos para as gestantes, em razão das formas de aparecimento de agravos, sendo de responsabilidade da enfermagem evidenciar estes possíveis riscos. A descrição sobre os diagnósticos de risco se fez necessária para a busca de um julgamento clínico a respeito das vulnerabilidades destas mulheres.

IMPLICAÇÕES PARA ENFERMAGEM

Os diagnósticos de enfermagem levantados neste estudo irão contribuir para uma melhor assistência do enfermeiro no atendimento a gestantes com AF, levando a realização da implementação dos diagnósticos e atendendo as necessidades deste grupo específico.

Descritores: Anemia Falciforme, Gestante, Diagnóstico de enfermagem.

REFERÊNCIAS

RICCI, S.S. Conduta de enfermagem para gravidez de risco: distúrbios preexistentes. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 2008; p. 479 – 515.

IVO, M.L. Hematologia um olhar sobre a doença falciforme. 1. ed. Campo Grande MS: UFMS, 2013. v. 1. 289p

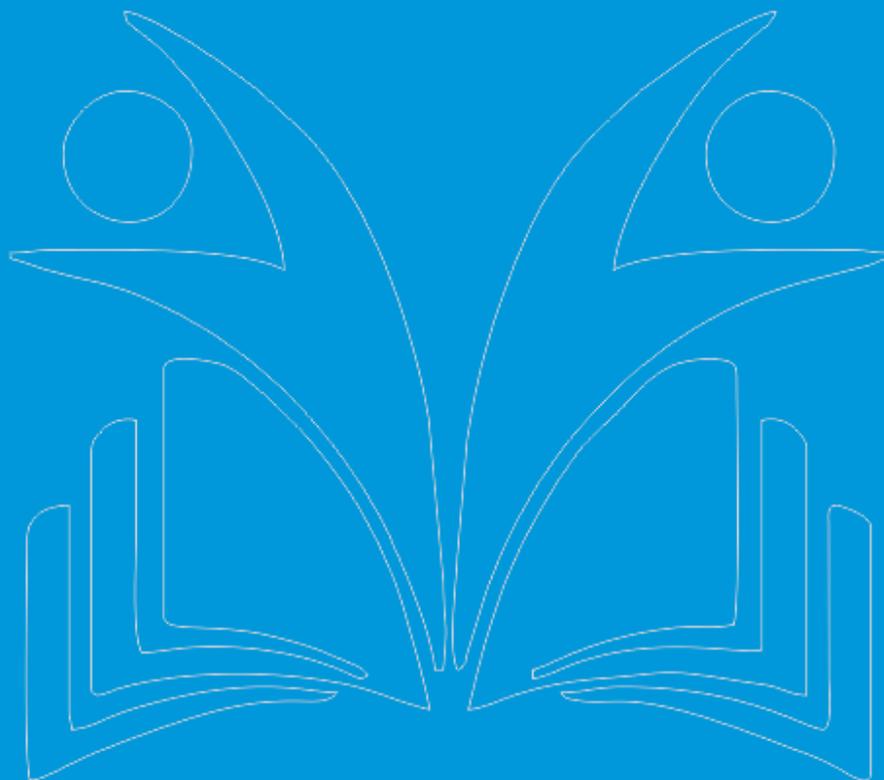
Capítulo 13

PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL: CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO DE PETRÓPOLIS-RJ

[DOI: 10.37423/200400644](https://doi.org/10.37423/200400644)

*Lata, Aline Gozzi Braga (Enfermeira. Especialista em Enfermagem Nefrológica)
alinegozzi@gmail.com*

*Lira, Ana Luisa Brandão de Carvalho (Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela
Universidade Federal do Ceará. Professora da Faculdade de Ciências da Saúde do
Trairi (FACISA) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN).
analira@ufrnet.br*



Nos últimos anos, o número de pacientes com insuficiência renal crônica tem crescido assustadoramente em todo o mundo, inclusive no Brasil. Alguns já se referem à doença como a “nova epidemia do século XXI”(SBN,2007). O mais preocupante é que o indivíduo pode ter doença renal e não apresentar sinais ou sintomas que alertem para o problema e no Brasil, estima-se que um milhão de pessoas tenham problema renais, mais 70% não sabem disso (SBN, 2007).

Considerando-se o gasto com programa de diálise e transplante renal no Brasil é de aproximadamente 1,4 bilhões de reais a cada ano e 10% de toda a verba é destinada a hospitais, clínicas e medicamentos. Devido à alta prevalência de doenças, como diabetes e hipertensão arterial, que levam ao comprometimento da função renal, a IRC está se tornando uma preocupação de saúde pública (SBN, 2007).

A abordagem preventiva tem como objetivo estabelecer planos educativos, onde o enfermeiro tem a responsabilidade de esclarecer dúvidas da população sobre a doença renal.

Assim, tendo ciência que o trabalho do enfermeiro com atividades educativas contribuem para a prevenção de doenças, percebeu-se a necessidade de desenvolver um trabalho com o objetivo de compreender o conhecimento da população sobre a prevenção da doença renal.

O objetivo geral do estudo foi de analisar o conhecimento dos usuários de um hospital de grande porte localizado no município de Petrópolis- RJ sobre a prevenção da doença renal.

Estudo do tipo exploratório e descritivo, realizado com 50 pessoas que aguardavam atendimento e/ou visita à entes internados na instituição. A pesquisa ocorreu durante os meses de setembro a novembro de 2008. O instrumento de coleta de dados foi um roteiro de entrevista.

Foram avaliados no estudo um total de 50 pessoas. Buscou-se, neste capítulo, descrever dados essenciais para a análise dos resultados. Dessa forma, a partir das semelhanças e diferenças entre os discursos dos entrevistados, emergiram três categorias: **Significado da prevenção da doença renal; Atividades de prevenção da doença renal; Facilidades e dificuldades vivenciadas na prevenção da doença renal.** Em um primeiro momento, caracterizamos os participantes do estudo.

CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Com o objetivo de caracterizar os entrevistados do estudo, apresentamos a seguir a distribuição segundo os dados sócio-demográficos.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes segundo dados sócio-demográficas. Petrópolis, 2008.

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Masculino	06	12
Feminino	44	88
Total	50	100
Idade		
21 I— 30	43	86
30 I— 40	03	06
40 I— 50	04	08
Total	50	100
Estado civil		
Com companheiro	44	88
Sem companheiro	06	12
Total	50	100
Número de filhos		
0 — 3	46	92
4 — 6	04	08
Total	50	100
Procedência		
Interior	46	92
Capital	02	04
Outros estados	02	04
Total	50	100
Escolaridade		
Médio completo	41	82
Fundamental incompleto	04	08
Fundamental completo	03	06
Ensino superior incompleto	02	04
Total	50	100
Ocupação		
Autônomo	39	78
Técnico de enfermagem	03	06
Militar	03	06
Costureira	02	04
Auxiliar se serviços gerais	02	04
Outros	01	02
Total	50	100
Renda familiar		
1 I— 3	35	70
3 I— 5	15	30
Total	50	100

Os resultados mostraram que 88% dos entrevistados eram do sexo feminino e 12% eram do sexo masculino. A frequência dos entrevistados eram na maioria na faixa etária de 21 a 30 anos (86%). Em relação ao estado civil 88% tinham companheiros, com o número de filhos variando de 0 a 3 (92%).

Quanto a procedência, 85% dos entrevistados eram do município de Petrópolis-RJ. A renda familiar variou de 1 a 5 salários mínimos (R\$ 465,00) no período, estando a maioria (70%) na faixa de 1- 2,5 salários.

Em relação a ocupação os entrevistados eram, em sua maioria, autônomos (78%). Quanto a escolaridade, 82% tinha ensino médio completo.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes segundo doença pregressa. Petrópolis, 2008.

Doença pregressa	Nº	%
Nenhuma	19	38
Hipertensão arterial	17	34
Diabetes	14	28
Total	50	100

Dos entrevistados, 38% não apresentavam nenhuma doença pregressa, 34% eram portadores de Hipertensão Arterial e 28% eram portadores de Diabetes.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes segundo hábitos de etilismo e tabagismo. Petrópolis, 2008.

Doença pregressa	Nº	%
Tabagismo	37	74
Etilismo	13	26
Total	50	100

Dos 50 entrevistados, 74% fumavam e 26% bebiam.

SIGNIFICADO DA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL

Quando perguntado aos entrevistados sobre o que significa prevenção da doença renal, 70% dos entrevistados não sabiam o significado de prevenção e muito menos o que é doença renal e apenas 30% sabiam o significado de prevenção da doença renal.

Resposta de 30% dos entrevistados:

“Cuidar do corpo....” (E2)

“Fazer exames periódicos.....” (E8)

“Saber cuidar do funcionamento dos rins...” (E15)

“Prevenir doenças renais....” (E18)

ATIVIDADES DE PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL

Quando perguntado aos entrevistados sobre quais são as atividades de prevenção da doença renal que eles realizam, 50% dos entrevistados descreveram as atividades de prevenção como: realização de exames (EAS e bioquímica sanguínea), verificação da pressão arterial periodicamente e entre outras atividades. E 50% não sabiam quais atividades poderiam ser realizadas com o objetivo de prevenir a doença renal.

Resposta de 50% dos entrevistados que não sabiam:

“Beber bastante líquido....” (E3)

Resposta de 50% dos entrevistados que sabiam:

“Fazer exame de urina uma vez por ano.....” (E12)

FACILIDADES E DIFICULDADES VIVENCIADAS NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL

Quando perguntado aos entrevistados sobre quais as facilidades e ou dificuldades vivenciadas por eles na prevenção da doença renal, 85% dos entrevistados relatam a falta de informação sobre a prevenção da doença renal como a principal dificuldade.

Resposta dos entrevistados:

“A minha maior dificuldade é a falta de informação” (E9)

ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL

A abordagem preventiva tem como objetivo estabelecer planos educativos, onde o enfermeiro tem a responsabilidade de esclarecer dúvidas sobre a doença renal junto a população.

As metas de prevenção da doença renal são:

- Divulgar a doença renal à população em geral através de palestras;
- Alertar a população sobre os riscos quanto a progressão da doença renal (portadores de hipertensão arterial e diabetes);
- Capacitar enfermeiros de saúde pública na identificação precoce da doença renal;
- Explanar para o cliente as diferentes modalidades terapia renal substitutiva (TRS);

- Realização de exames marcadores da taxa de filtração glomerular (TFG) periodicamente.

CONCLUSÃO

Com o estudo, percebemos que a falta de informação ainda ocorre mesmo com os avanços tecnológicos e a era digital.

Os resultados mostraram que 88% dos entrevistados eram do sexo feminino e 12% eram do sexo masculino. Quanto a procedência, 85% dos entrevistados eram do município de Petrópolis-RJ. A renda familiar variou de 1 a 5 salários mínimos no período, estando a maioria (70%) na faixa de 1- 2,5 salários. No que diz respeito aos objetivos do estudo, concluímos que 70% dos entrevistados não sabiam o significado de prevenção e muito menos o que é doença renal e apenas 30% sabiam o significado de prevenção da doença renal.

Em 50% dos entrevistados descreveram as atividades de prevenção como: realização de exames (EAS e Bioquímica sanguínea) verificação da pressão arterial periodicamente e entre outras atividades e 50% não sabiam quais atividades poderiam ser realizadas com o objetivo de prevenir a doença renal. Destacamos que 85% dos entrevistados relatam a falta de informação sobre a prevenção da doença renal como a principal dificuldade.

Ressaltamos a importância da realização de campanhas educativas, palestras, dentre outras atividade voltada para prevenção da doença renal crônica. Destacamos também a importância do papel educativos dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, que tem como uma de suas atribuições primordiais promover atividades de educação em saúde voltadas para a real necessidade de sua clientela.

Descritores: Prevenção de doenças, Doenças renais, Educação em saúde.

BIBLIOGRAFIA:

BARROS, E. et al. Nefrologia: rotina, diagnóstico e tratamento. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GALACHE, B. A. Diagnósticos de enfermería en pacientes com insuficiencia renal crónica en hemodiálisis. Rev. Soc. Esp. Enf. Nefrol., v. 7, n. 3, p. 158-163, 2004.

ROMÃO, J.E.J. Epidemiologia da doença renal crônica no Brasil. Jornal Brasileiro de Nefrologia, v.36, n. 3, supl. 1, ago. 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Brunner/ Suddarth Tratado de enfermagem medico- cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 2419 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). Dados estatísticos de pacientes com cardiopatias. Disponível em : <http://www.sbc.org.br>. Acesso em: 20 Nov. 2002 e 23 de fev .2003.

Capítulo 14

ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS: HOMEMS HOSPITALIZADO COM TRAQUEOSTOMIA SOB A PERSPECTIVA DO MODELO DE CONSERVAÇÃO DE LEVINE

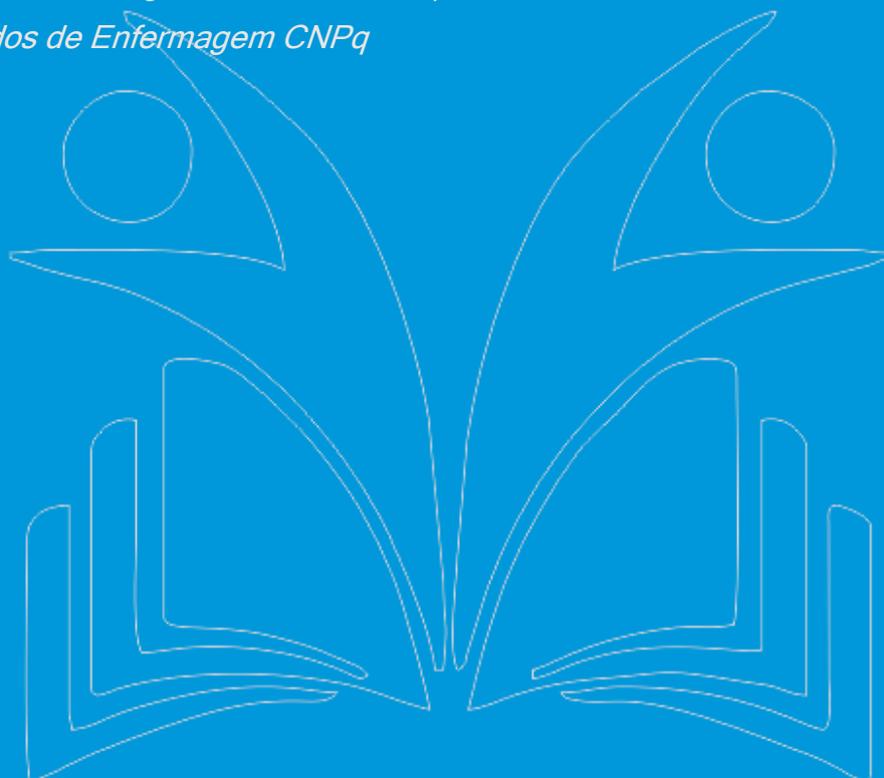
[DOI: 10.37423/200400645](https://doi.org/10.37423/200400645)

Ana Angélica de Souza Freitas (Enfermeira. Doutora em Ciências da Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery-UFRJ. Hospital de Câncer I - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. RJ. Brasil. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidar/Cuidados de Enfermagem -CNPq).

souzaaafreitas@yahoo.com.br

Maria José Coelho (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Profa Associada do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EEAN-UFRJ) - Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidar/Cuidados de Enfermagem CNPq

zezecoelho@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

Na literatura sobre homem-saúde doença e cuidado, observa-se que os homens são influenciados por representações de masculinidade que se associam ao sucesso e poder que pode colocar a vida em risco. Com isso, os homens pouco procuram os serviços de saúde, pois percebem os cuidados como femininos, e costumam ser visto como fortes, só buscam ajuda quando os problemas de saúde se agravam¹. Dessa forma, os cuidados de enfermagem precisam estar atrelados aos homens dentro do processo saúde-doença, inventando cenários de cuidados compatíveis com a necessidade de saúde masculina. A invenção de cenários de cuidados vem de encontro com a Teoria de Myra Levine, que propõe o modelo de conservação e enfermagem holística, pois o ser humano é uma unidade corporeamente que responde à mudança interagindo com o meio e adaptação¹.

OBJETIVO

Descrever os cuidados de enfermagem no formato de estudo de casos clínicos baseado no modelo de conservação de Levine.

METODOLOGIA

Método de estudo de casos múltiplos, com a escolha de dez casos, devido à similaridade entre eles. Caráter qualitativo descritivo, à luz dos princípios de conservação de Levine. A coleta de dados observação simples, guiada por um roteiro norteado pelos quatros princípios de conservação do modelo conceitual de Levine, a saber: conservação da energia, da integridade estrutural, da integridade pessoal, e da integridade social. No mês de Fevereiro de 2011, no município do Rio de Janeiro, utilizando como base um hospital especializado em cirurgia oncológica de grande porte. Os dados foram analisados baseando-se nas proposições teóricas de conservação de Levine e na revisão de literatura.

RESULTADOS

Relato de Casos Múltiplos de Homens Hospitalizados com Traqueostomia

Dez homens brasileiros, pardos, faixa etária entre 46-55anos, alfabetizados, casados, possuíam entre três e cinco filhos, a ocupação era serviços gerais. Todos os homens foram provenientes da emergência em franca insuficiência respiratória, causado por obstrução das vias aéreas superiores pelo câncer de laringe a qual foram imediatamente encaminhados ao centro cirúrgico para a realização de uma

traqueostomia de urgência. Após o procedimento os homens retornam para enfermaria acompanhado de um profissional de enfermagem. Acordado, eupneico, lúcido orientado, com traqueostomia metálica curta nº seis ventilando em ar ambiente, presença de tosse produtiva com expectoração de secreção espessa serohemática. Apresentavam-se com aparência ansiosa pela falta de informação sobre a cirurgia por não conseguir se comunicar devido à dificuldade da escrita, incapacidade de produzir a fala secundária a traqueostomia, e ausência da família (esposa).

Quadro 1 – INTERVENÇÕES COMO CUIDADOS DE ENFERMAGEM BASEADO NO MODELO DE CONSERVAÇÃO DE LEVINE

Princípios de Conservação Levine	Intervenções como Cuidados de Enfermagem	Resultados Alcançados e ou Esperados
<p>1. Princípio de Conservação de Energia</p> <p>1.1 Hospitalização</p> <p>1.2 Traqueostomia de urgência</p>	<p>Acomodar paciente no leito;</p> <p>Elevar a cabeceira do leito a 45°;</p> <p>Travar grades e rodas do leito.</p> <p>Reforçar as explicações sobre o procedimento e a razão para a traqueostomia</p>	<p>Baseado no princípio de conservação de energia quanto o equilíbrio entre a energia de saída e de entrada com o propósito de diminuir o cansaço utilizando o repouso;</p> <p>Oferecer conforto e segurança ao homem hospitalizado.</p>
<p>2. Princípio de Conservação da Integridade Estrutural</p> <p>2.1. Franca insuficiência respiratória;</p> <p>2.2 . Tosse produtiva com expectoração de secreção espessa serohemática.</p> <p>2.3 A colocação do tubo de traqueostomia metálica curta estimular o aumento das secreções traqueobrônquicas,</p>	<p>Elevar da cabeceira do leito;</p> <p>Instalar umidificação suplementar para a traquéia durante as primeiras 72 horas após a cirurgia de traqueostomia;</p> <p>Aspirar secreções traqueobrônquicas via traqueostomia</p>	<p>Na intervenção princípio de conservação da integridade estrutural, à manutenção e recuperação da estrutura do corpo de sistemas de defesa eficientes protege perda de fluídos.</p> <p>Promoveu a drenagem das secreções, ajudando a diminuir o edema pós-operatório em torno do estoma, facilitando a expansão do tórax e evitando a aspiração.</p> <p>A umidificação apropriada ajudou a liquidificar as secreções e preveniu a incrustação e a formação de tampões.</p> <p>O distúrbio dos mecanismos normais para a umidificação da árvore traqueobrônquica requer umidade adicional do ar inspirado</p>

<p>3. Princípio Conservação da Integridade Pessoal</p> <p>3.1 Recuperação da identidade e auto-estima do homem com traqueostomia</p> <p>3.2 Aparência de ansiedade pela falta de informação sobre a cirurgia.</p> <p>3.3. Não consegue se comunicar devido à dificuldade de escrita e incapacidade de produzir a fala secundária a traqueostomia</p>	<p>Chamar o paciente pelo nome próprio;</p> <p>Atender de imediato ao chamado da campainha;</p> <p>A equipe de enfermagem dever ficar disponível para atender as necessidades ao paciente;</p> <p>Explicar os termos comuns (traquéia, cânula e subcânula,) simulando demonstrando os equipamentos reais</p> <p>Estimular a comunicação não-verbal tais como: mímica labial, gestos como um sorriso, escrita e quadro mágico;</p> <p>Ajudar e oferecer as alternativas de comunicação não-verbal</p> <p>Promover uma comunicação efetiva</p>	<p>Para Levine o senso de identidade é a mais completa evidência de totalidade</p> <p>Reduz o sentimento de dependência,</p> <p>Garantiu a familiaridade com o (estoma, tubo, cadarços e gaze de traqueostomia), pois a compreensão da terminologia melhora e ajuda a reduzir o sentimento de ansiedade.</p> <p>Os homens com traqueostomia praticaram às alternativas de comunicação favorecendo a sensação de controle e autonomia.</p> <p>A entrada de uma pessoa no hospital tem sempre significado de sacrifício da integridade pessoal, os outros tomarão decisões, que no passado os homens faziam sozinho².</p>
<p>4. Princípio Conservação da Integridade Social</p> <p>4.1 Reconhecimento do homem como ser social,</p> <p>4.2 Ausência da família</p> <p>4.3 Isolamento social</p>	<p>Solicitar a presença da esposa explicando todo o procedimento que os homens foram submetidos (traqueostomia de urgência)</p> <p>Orientar a necessidade de permanecer com o paciente durante o período de internação;</p> <p>Inserir esposa no processo de cuidado promovendo a</p>	<p>O princípio de conservação utilizado foi à integridade social, que consiste no que envolve a interação humana, aquelas que são importantes aos pacientes, tais como: esposa, amigos e outros.</p> <p>O preparo para os cuidados domiciliares promoveu segurança ao paciente e a família, pois quando estiverem longe do hospital e da equipe de saúde, terão autonomia para os cuidados.</p>

	aproximação dos familiares no pós procedimento de traqueostomia; Liberar visita de amigos e familiares em horários flexíveis sem restrições.	O paciente e a esposa participaram do grupo educativo simulando os cuidados no manequim apresentando habilidades no manejo da cânula e subcânula.
--	--	---

CONCLUSÕES

Torna-se fundamental o embasamento teórico na prática de cuidado tendo como eixo norteador o modelo conceitual dos princípios de Myra Levine. Pois, a construção do saber na enfermagem tornou-se necessário, para que os cuidados aos homens com traqueostomia e suas necessidades básicas, sejam atendidas de maneira integral, alcançando uma adaptação de saúde.

IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Frente aos resultados tornou-se útil à compreensão da aplicação do modelo conceitual dos princípios de conservação de Levine, considerou os homens participativos, sujeitos dos cuidados promovendo o bem-estar. Assim, a enfermagem pode ajudar os homens de maneira proposital a tomar decisões a respeito dos cuidados e determinar os fatores que os estimulam e prejudicam no processo de doença saúde e cuidado.

Descritores: relato de caso, homens, modelo conceitual de Levine.

Área temática: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem

REFERÊNCIAS

Gomes R, Schraiber LB, Couto MT. O homem como foco da saúde pública. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 4-5

Leopardi MT. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis (SC): Papa Livros; 1999.

Coelho MJ. Maneiras de cuidar em enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006; 59 (6): 745-51

Yin RK. *Estudo de caso: planejamento e métodos* 3ªed. Porto Alegre; 2005.

Capítulo 15

A IMPORTANCIA DA AFETIVIDADE NA TERCEIRA IDADE NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400648](https://doi.org/10.37423/200400648)

Elina Hideko Hokama Arakaki (Acadêmico Graduação em Enfermagem da Faculdade UNIGRAN Capital).

Alexandra Tomasi (Acadêmico Graduação em Enfermagem da Faculdade UNIGRAN Capital).

Cecília Nazaré (Acadêmico Universidade Católica Dom Bosco - UCDB).

Daniela Harumi Arakaki (Acadêmico de Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS).

Nilda Cardoso Ledesma (Acadêmico Graduação em Enfermagem da Faculdade UNIGRAN Capital).

Paulo Teodoro Oliveira (Acadêmico Graduação em Enfermagem da Faculdade UNIGRAN Capital).

Cintia Alves de Souza Pereira (Docente Mestra do Curso de Graduação em Enfermagem Faculdade UNIGRAN Capital).



INTRODUÇÃO

O processo de envelhecer é resultado de várias modificações ocorridas no organismo de forma definitiva, estável, lenta e gradativa¹. A idade avançada acarreta transformações biopsicossociais na rotina do ser humano. Além do desgaste progressivo dos tecidos, órgãos, da capacidade física e cognitiva, há um acentuado processo de perdas que desencadeiam turbulências emocionais e psíquicas, interferindo no processo de envelhecimento². Quando a pessoa envelhece, existem alguns fatores psicossociais que interferem na sua qualidade de vida, como a perda da posição social, muito comum após a aposentadoria, a pobreza que dificulta as condições mínimas de sobrevivência e, conseqüentemente, limita a participação dos idosos em eventos sociais, a solidão, pois muitas vezes os idosos têm pouco contato com outras pessoas devido à dificuldade de transporte adequado, problemas financeiros, incapacidade física e falta de companhia, associada ao medo e à perda de amigos, parentes e cônjuges. Tudo isso pode levar o idoso à depressão e a uma maior dependência física e/ou psicossocial³. O envelhecimento traz modificações importantes no que se refere aos aspectos físicos e emocionais das pessoas. Dentre as funções psíquicas alteradas pelo envelhecimento, a afetividade deve ser destacada. A afetividade é a capacidade de experimentar sentimentos e emoções, como um estado de ânimo que proporciona a tonalidade do relacionamento do indivíduo com o mundo e consigo próprio⁴.

OBJETIVO

Objetiva-se, com este estudo, analisar a importância da afetividade no processo de envelhecimento do ser humano. Citar os principais fatores que contribuem para a afetividade; Analisar como a afetividade pode ajudar a prevenir certas enfermidades como a depressão e o suicídio.

METODOLOGIA

O estudo constituiu-se de revisão bibliográfica, bibliotecas virtuais (SCIELO, BIREME) em periódicos de 2000 a 2010. Os descritores utilizados foram: Idosos, afeto, enfermagem. Os critérios para a exclusão foram as referências anteriores ao período compreendido.

DISCUSSÃO

Segundo Valentini e Ribas², as dificuldades em lidar com as limitações físicas próprias da idade, o medo de envelhecer, a redução de amigos e parentes, a aproximação da morte, a segregação familiar, a dificuldade em elaborar novos projetos de vida e a falta de atividades que preencham o tempo

disponível, são fatores que muitas vezes fazem os idosos sentirem-se inferiorizados e menosprezados pela sociedade.

A perda do trabalho por conta da aposentadoria gera uma sensação de incapacidade e invalidez, sendo muitas vezes julgados pela sociedade como inúteis e improdutivos, pois, além de conviver com uma série de mudanças orgânicas, sentem-se como um peso para seus familiares e amigos e tendem a buscar o isolamento, quer por vontade própria quer por indução social. Albuquerque e Santos⁵ ressaltaram que o idoso é vítima de isolamento tanto nas instituições, como na sociedade como um todo. Normalmente há uma privação dos sentimentos de alegria, satisfação e prazer, o que o distancia do mundo e de si mesmo, sendo mais comum no seu cotidiano, a monotonia e a inatividade. Velentini e Ribas² relatam que os processos de perdas e rejeições são muito presentes na terceira idade, fator que agrava ainda mais a condição existencial do idoso. Segundo os mesmos autores, a tristeza, a baixa auto-estima pode ser somado aos diversos fatores negativos do envelhecimento e pode levar a apatia, isolamento, falta de motivação para realização de tarefas mais simples e a depressão e até ideias suicidas tomam conta. Sendo o afeto o princípio norteador da auto-estima, o sentimento de inutilidade acaba por isolar o idoso do convívio grupal destinando-o a solidão e depressão². Segundo Carneiro et. al.⁶, a depressão é a principal doença mental na terceira idade. Afirmam que as diversas limitações biopsicossociais advindas da velhice podem apresentar um quadro depressivo grave, podendo levar até ao suicídio, pois os doentes não enxergam uma saída para esse mal, assim desiste da vida. Portanto a atuação do enfermeiro é fundamental na orientação, suporte emocional, preparação e cuidado no envelhecimento do idoso para promoção de qualidade de vida.

CONCLUSÃO

As mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais que ocorrem com envelhecimento influenciam de maneira significativa no comportamento da pessoa idosa. As relações interpessoais são caracterizadas pelas trocas entre membros da sociedade. Na terceira idade o fato do idoso ter poucas demandas sociais, ser menos solicitado pela família e comunidade, faz com que ele se sinta excluído da sociedade. Observa-se que os relacionamentos sociais são de extrema importância para o bem-estar físico e mental na velhice e, conseqüentemente, para proporcionar uma vida de qualidade.

Através dos artigos analisados conclui-se que é de fundamental importância que as relações interpessoais com a família e outros grupos sejam incentivadas, cultivadas e preservadas. É necessário que os idosos percebam, aceitem e aprendam a conviver com a manifestação de suas emoções, convivendo com seus limites e reciclando seus hábitos para poderem criar novos projetos e

perspectivas de vida, já que é basicamente a afetividade que nos torna vivos e passíveis de enfrentar novos desafios.

Descritores: Idosos, afeto, enfermagem.

Área Temática: Processo de cuidar em Saúde e Enfermagem

Eixo temático do evento: Ciência da Enfermagem em tempos de interdisciplinaridade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Laurentino NRS, Barboza D, Chaves G, Besutti J, Bervian AS, Portella MR. Namoro na terceira idade e o processo de ser saudável na velhice: recorte ilustrativo de um grupo de mulheres. Passo Fundo: Revista de Ciências do Envelhecimento Humano 2006 jan./jun: 51-63.
2. Valentini MTP, Ribas KMF. Terceira idade: tempo para semear, cultivar e colher. Departamento de Pedagogia. UNICENTRO. ANALECTA 2003 jan./jun 4(1): 133-145.
3. Castro NMS, Costa AEB, Giovanetti, JP. Satisfação e realização na vida afetivo amorosa na terceira idade. XII Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia; 2000; Rio de Janeiro, Brasil.. Disponível em: URL:http://www.nelydecastro.com.br/publicacao/artigos/satisfacao_e_realizacao_na_vida_afetivo_amorosa_na_terceira_idade.pdf
4. Pena FB, Santo FHE, O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. Revista Eletrônica de Enfermagem 2006, 8 (1): 17-24. Disponível em: URL:
<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>
5. Albuquerque EP, Santos SJ. Educar para busca do sentido do viver na terceira idade. UFRN 2010, Natal. Disponível em URL: http://sebastiaojacinto.blogspot.com/2010_07_08_archive.html.
6. Carneiro RS et. al . Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. Psicol. Reflex. Crit. 2007; Porto Alegre, 20(2). Disponível em: URL:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01029722007000200008&lng=em&nrm=io

Capítulo 16

RESGATE HISTÓRICO DA CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL.

[DOI: 10.37423/200400649](https://doi.org/10.37423/200400649)

Geovana Samara da Silva Carvalho (Enfermeira pela UFMS/Campus de Três Lagoas-CPTL., Mestra em Saúde e Sociedade UERN, Atuo como Enfermeira Especialista em Nutrição Enteral e Parenteral na EBSEH/CE e Assistencial na SESAP/RN).

Natascha Alves Duarte (Enfermeira pela UFMS/Campus de Três Lagoas-CPTL)

Juliana de Souza Fonseca (Enfermeira pela UFMS/Campus de Três Lagoas-CPTL).

Jomara Brandini Gomes (Profª. Adjunta, Coordenadora do Curso de Enfermagem da UFMS/Campus de Três Lagoas-CPTL).



INTRODUÇÃO

Ao longo da história da enfermagem, observa-se que os Cursos de formação dos profissionais de nível superior somavam um pequeno quantitativo no território nacional até os anos 90, a partir de quando se iniciou um aumento significativo na criação de novos Cursos. Dentre outros fatores, a implantação do SUS – Sistema Único de Saúde ampliou de forma expressiva a rede assistencial de serviços públicos de atenção à saúde e, conseqüentemente, o acesso da população brasileira a esses serviços. Nas décadas de 80 e 90 foram repletas de inovações e transformações no sistema de saúde. A assistência à saúde que até então era segmentada entre os que “podiam pagar”, os beneficiários do extinto INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e os “dependentes de caridade”, ou seja, totalmente desprovidos de assistência, transforma-se em uma política de governo com garantia de acesso aos serviços para toda a população¹. Com a ampliação da rede dos serviços de saúde, foi gerada a necessidade emergente de formação de profissionais nessa área visando atender a essa demanda crescente. O SUS desencadeou uma oferta exponencial de cargos no mercado de trabalho para os profissionais da enfermagem, desencadeando o processo de criação e implantação de novos Cursos em todo o Brasil. Foi nesse contexto histórico que a UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do SUL iniciou a implantação dos seus Cursos de Enfermagem, contribuindo para atender à necessidade de enfermeiros existente no Estado.

OBJETIVO

Resgatar e registrar os dados históricos relacionados à criação e implantação dos Cursos Superiores de Enfermagem da UFMS.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório descritivo realizado em forma de levantamento bibliográfico, utilizando como fonte de dados publicações oficiais das Legislações, Portarias e Planos Político Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem envolvidos.

RESULTADOS

Sobre a UFMS os registros mostram que essa instituição de ensino superior teve sua origem em 1962, com a criação da Faculdade de Farmácia e Odontologia na cidade de Campo Grande, que seria o embrião do ensino superior público no sul do então Estado de Mato Grosso. Em 26 de julho de 1966, a Lei Estadual nº

2.620 instituiu Departamentos e criou o primeiro Curso de Medicina. No ano de 1967, o Governo do Estado criou em Corumbá, o Instituto Superior de Pedagogia e, na cidade de Três Lagoas, o Instituto de Ciências Humanas e Letras, ampliando assim a rede pública estadual de ensino superior. Integrando os Institutos de Campo Grande, Corumbá e Três Lagoas, a Lei Estadual nº 2.947, de 16.09.1969, criou a UEMT - Universidade Estadual de Mato Grosso. Em 1970, foram criados e incorporados à UEMT os Centros Pedagógicos de Aquidauana e Dourados. Com a divisão do Estado de Mato Grosso, a UEMT foi federalizada pela Lei Federal nº 6.674, de 05.07.1979, passando a denominar-se Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS. O Campus de Dourados foi transformado na Universidade Federal da Grande Dourados - UFGD, com sua instalação realizada em 1º de janeiro de 2006, de acordo com a Lei nº 11.153, de 29.07.2005. Hoje, além da sede na Cidade Universitária de Campo Grande, onde funcionam seis unidades setoriais: Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Centro de Ciências Exatas e Tecnologia, Faculdade de Medicina, Faculdade de Medicina Veterinária e Zootecnia, Faculdade de Odontologia e Faculdade de Computação, a UFMS mantém 10 Unidades Setoriais em forma de Campus: Aquidauana, Bonito, Chapadão do Sul, Corumbá, Coxim, Naviraí, Nova Andradina, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas, descentralizando o ensino para atender aos principais pólos de desenvolvimento do Estado. Sobre a criação e implantação do primeiro Curso de Enfermagem da UFMS, em Campo Grande, verifica-se que foi a partir de 1988 que se iniciou o movimento para a sua criação devido à carência de profissionais no Estado e a necessidade de melhorar a assistência de enfermagem no NHU - Núcleo do Hospital Universitário, constituindo-se então no primeiro curso de Graduação no Estado.

Os enfermeiros do NHU, com o apoio do seu Diretor Geral Dr. João Pereira Rosa, oficializaram a solicitação de criação do Curso ao Magnífico Reitor Prof. Fauze Scaffé Gattass Filho, que imediatamente apoiou o pedido e solicitou a elaboração do Projeto do Curso de Enfermagem ao grupo, informando que o encaminharia ao COUN - Conselho Universitário da UFMS e que, a proposta de criação do Curso de Enfermagem, no Centro de Ciências Biológicas e da Saúde no Campus de Campo Grande, seria encaminhada ao MEC – Ministério da Educação e Cultura em momento da abertura de propostas de novos cursos. Ao final do ano de 1988 o projeto foi concluído. Após análise da Comissão Permanente de Assuntos Didático-Científicos da PREG - Pró-Reitoria de Graduação, o pedido de criação do Curso junto ao Projeto do mesmo foi apreciado e aprovado em reunião ordinária do COUN - Conselho Universitário realizada em 23 de março de 1990 conforme a Resolução nº. 004/90 do COUN, sob a denominação de Curso de Enfermagem e Obstetrícia com Habilitação em Enfermagem Geral,

com oferta de 40 (quarenta) vagas anuais, em regime de seriação. Em 1993 o Conselho de Centro do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde manifestou-se favorável à criação do Departamento de Enfermagem, através da Resolução nº. 155 de 06 de outubro de 1993, porém foi somente no final do ano de 1994 que o Conselho Diretor da UFMS aprovou a alteração do Estatuto da Universidade, onde incluiu no CCBS o Departamento de Enfermagem e Obstetrícia, por meio da Resolução nº 84 de 22 de dezembro de 1994. A partir de 1995, o Departamento de Enfermagem e Obstetrícia iniciou suas atividades de direito e lançou seu primeiro edital. O Reconhecimento do Curso foi por meio da Portaria MEC 082/1995, publicada no DOU - 06/02/952. Hoje, o Curso de Enfermagem de Campo Grande conta com 50 vagas anuais oferecidas em turno diurno, na modalidade bacharelado, presencial, carga horária de 4.400 horas/aula, tendo duração mínima de 5 anos e no máximo 8 anos. As vagas são preenchidas por ingresso pelo SISU/ENEM movimentação interna, transferências de outras IES – Instituição Superior de Ensino e portadores de diploma de curso de graduação em nível superior, na existência de vaga e transferência compulsória. Atualmente a UFMS oferece, além de Campo Grande, mais dois Cursos de Enfermagem situados nas cidades de Três Lagoas e, mais recentemente, em Coxim³. No Campus de Três Lagoas, o Curso de Graduação em Enfermagem da UFMS também foi criado e implantado para atender à necessidade de formação de enfermeiros para atuarem na região do Bóia Sul-Matogrossense. O projeto do Curso foi tramitado em 1999 e iniciou seu funcionamento em 2000, em conformidade com os requisitos legais da Portaria MEC Nº 1791/94. Inicialmente, sua implantação foi prevista para ser efetivada por meio de convênio entre a Universidade Federal e a Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, onde caberia à Universidade Estadual a contratação de docentes da área específica, porém, tal convênio não se efetivou e o Curso sempre foi mantido pela UFMS. Ao ser instalado, o Curso esteve agregado ao Departamento de Ciências Naturais do Campus de Três Lagoas. Apesar das muitas dificuldades iniciais, o *Curso de Enfermagem de Três Lagoas* foi reconhecido pela Portaria / MEC 3536/2004, publicada no DOU de 01/11/20045, com validade do reconhecimento para quatro anos e com indicação de alterações em sua Estrutura Curricular, visando atender às exigências das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem. Assim, foi implantada em 2005 uma nova Matriz Curricular objetivando a formação de enfermeiros generalistas, compromissados com a humanização, a ética e capacidade crítico-reflexivo. No desenrolar da história do Curso, a Resolução nº 48 de 25 de agosto de 2006 (RTR) desvinculou o Curso de Enfermagem do DCN - Departamento de Ciências Naturais agregando-o ao DEB - Departamento de Enfermagem e Biotecnologia Aplicada à Saúde, criado em primeiro de fevereiro de 2007. Em 2010, foi implantada nova Estrutura Curricular para atender às exigências dos Pareceres do CNS / CES Nº 8/2007 e Nº

213/2008 e do Parecer CNE/CP Nº 02/2009 que recomendam para os Cursos de Enfermagem, carga horária mínima de 4.000 horas integralizadas em cinco anos. Atualmente, o Curso de Três Lagoas oferece 40 vagas anuais, no turno diurno, na modalidade bacharelado, presencial com matrícula semestral, carga horária de 4.682 horas/aula, tendo duração mínima de 5 anos e no máximo 8 anos. A forma de ingresso é a mesma para todos os cursos da UFMS⁴. O terceiro Curso de Enfermagem da UFMS foi implantado no Campus de Coxim no início do ano de 2010, com a mesma Estrutura Curricular do Curso de Enfermagem de Três Lagoas, com oferta de 50 vagas em período diurno, tendo iniciado sua segunda turma no ano de 2011⁶. Conclusão: A UFMS tem contribuído para a formação de enfermeiros que possam suprir a demanda desses profissionais em várias regiões do Estado, garantindo a melhoria da qualidade da assistência à saúde da população, nos serviços públicos e privados. Contribuições / Implicações para a Enfermagem: Preservação da memória histórica da formação de enfermeiros pela universidade pública federal do Mato Grosso do Sul.

Descritores: História. Educação. Enfermeiros.

Informações:

Área temática: História da Enfermagem

Eixo temático do evento: A pesquisa de enfermagem no processo de cuidar e educar:interdisciplinaridade, transculturalidade e difusão do conhecimento.

REFERÊNCIAS

¹ Machado M H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Cadernos RH Saúde Vol. 3, n. 1. Brasília, 2006.

² Brasil. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Reconhecido pela Portaria nº82, MEC, de 3 de março de 1995. Autorizado pela Resolução nº 4, Coun, de 28 de março de 1990, e publicada no DOU, de 6 de fevereiro de 1995.

³Brasil. Plano Pedagógico do Curso de enfermagem da UFMS. Anexo da Resolução Nº 211/2009, COEG. [Acessado em 28/03/2011]. Disponível em <http://www.preg.ufms.br/resolucoes/res211-2009.pdf>.

⁴Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Projeto Político Pedagógico do Curso de Enfermagem do Campus de Três Lagoas / Implantado em 2010. Disponível em: Coordenação do Curso. Consultado em 25/03/2011.

⁵Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Portaria MEC nº 3536, de 29/10/2004. Curso de Enfermagem de Três Lagoas. Reconhecido e Publicado no Diário Oficial da União de 01/11/2004.

⁶Brasil. Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Informações sobre o Curso de Caxim. [Acessado em 31/03/2011]; Disponível em <http://www.cpcx.ufms.br/sites/enfermagem/sobreocurso/>

Capítulo 17

LEVANTAMENTO DOS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO CIPE® EM ADOLESCENTES COM ESCOLIOSE

[DOI: 10.37423/200400650](https://doi.org/10.37423/200400650)

Isabel Cristina Correia Pereira

Larissa Faquim Bazaga

RESUMO: A escoliose é uma deformidade da coluna vertebral, que geralmente surge durante a fase de aceleração do crescimento, acometendo principalmente crianças e adolescentes¹. Nos casos de deformidades acentuadas, a realização das atividades de vida diária, a função cardiorrespiratória e autoimagem podem ser prejudicadas. Neste contexto, crianças e adolescentes com escoliose podem apresentar comportamentos ineficazes de adaptação, principalmente no período peri operatório de cirurgias para tratamento da patologia. Estes comportamentos devem ser avaliados pelos enfermeiros que atuam com esta população, permitindo levantar os diagnósticos de enfermagem que nortearão os cuidados necessários para a adaptação destes indivíduos². O objetivo desse estudo é descrever os principais diagnósticos de enfermagem levantados em pacientes com escoliose admitidos para cirurgia de artrodese de coluna por via posterior no Hospital de Reabilitação em Brasília. Trata-se de um estudo exploratório descritivo realizado em uma unidade de ortopedia e reabilitação infantil no período de novembro de 2012 a março de 2013. Nesse período foram internados 15 pacientes para cirurgia de artrodese de coluna por via posterior, destes foram separados aleatoriamente 3 adolescentes com idade entre 13 e 14 anos para estudo de caso. As informações foram coletadas por enfermeiras durante a admissão, utilizando-se um instrumento de coleta de dados padronizado na unidade.

Os dados foram analisados pelas enfermeiras, que levantaram os diagnósticos de enfermagem, baseados na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2013. Os seguintes diagnósticos de enfermagem foram prevalentes aos três adolescentes: Padrão respiratório prejudicado, Taquicardia, Risco de infecção, Risco de constipação, Déficit de conhecimento sobre o regime de tratamento, Integridade da pele prejudicada (acnes), Risco de queda. O levantamento dos diagnósticos de enfermagem auxiliou no planejamento assistencial, possibilitando ao enfermeiro minimizar as dificuldades que esse paciente apresenta e pode apresentar no pós-operatório.

Descritores: Diagnóstico de Enfermagem; Planejamento da Assistência ao Paciente; Escoliose.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem está em constante evolução em seu conhecimento teórico-científico e o cuidado passou a ser direcionado à recuperação e bem-estar do indivíduo, com base neste conhecimento e na autonomia profissional¹. Com isso, foram construídos e organizados modelos conceituais de enfermagem, que são referenciais para a elaboração das teorias de enfermagem. Essas teorias que subsidiaram a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), garantem a aplicabilidade através do processo de enfermagem (PE), método imprescindível na prática do enfermeiro².

A SAE é o modelo metodológico ideal para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos na prática assistencial, favorecendo o cuidado para que ele seja realizado. Incorporar a SAE é uma forma de tornar a enfermagem mais científica, promovendo um cuidado de enfermagem humanizado, contínuo, e com qualidade³.

Existem inúmeras teorias de enfermagem que fundamentam o processo de enfermagem, dentre eles temos a Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem. A Teoria do Autocuidado de Orem caracteriza-se por um grande constructo na composição de três teorias inter-relacionadas: teoria de autocuidado, teoria dos déficits de autocuidado e teoria dos sistemas de Enfermagem. A capacidade que o indivíduo tem para cuidar de si mesmo é chamada de intervenção de autocuidado, e a capacidade de cuidar dos outros é chamada de intervenção de cuidados dependentes. Assim, no Modelo de Orem, a meta é ajudar as pessoas a realizarem suas próprias exigências terapêuticas de autocuidado. A Teoria do Déficit de Autocuidado delinea a necessidade da intervenção necessária quando o ser humano não tem competência para executar seu cuidado, expressando a razão que leva um indivíduo a necessitar da Enfermagem. As limitações das pessoas para executarem seus próprios cuidados, que visem à manutenção da vida, da saúde e do bem-estar, estão associadas às suas limitações, que pode ser total ou parcialmente dependentes para agenciar o cuidado tanto para si mesmo como para outros⁴.

A Teoria de Autocuidado refere-se à prática dos cuidados executados pelo indivíduo portador de uma necessidade, para manter-se com vida, saúde e bem-estar. Para tanto, o indivíduo tem de ser capaz de se engajar no autocuidado, tomando como requisitos as atividades da vida diária. A teoria dos sistemas se baseia nas necessidades e capacidades das pessoas para a execução do autocuidado, o que determinará ou não a necessidade da intervenção de profissionais de saúde como os cuidados de enfermagem. Assim, o enfermeiro para traçar seu trabalho, considera sua assistência juntamente em comum acordo com o paciente⁴.

Para que os enfermeiros pudessem participar nos modernos sistemas de saúde, realizar pesquisas, desenvolver o ensino e implementar a assistência de enfermagem com qualidade e a um custo

acessível, viu-se necessário uma classificação internacional da sua prática. Tal sistema proporcionaria à enfermagem uma nomenclatura, uma linguagem e uma classificação que poderia ser usada para descrever e organizar os dados da enfermagem e assim criar um instrumento para enfermeiros participarem na tomada de decisões relacionadas com saúde e no processo de determinação de políticas de trabalho.

Então, em 1989, o Conselho Nacional de Representantes do Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) aprova a Resolução que previa a construção da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). A CIPE® é uma terminologia nova tem pouco mais de 25 anos de existência. Sua criação deu-se em decorrência da dificuldade manifestada por enfermeiros em lidar com os problemas de enfermagem encontrados no seu cotidiano e pela falta de uma linguagem padronizada. Em 1996 é publicada a primeira versão, denominada Alfa, que contemplava duas classificações, a dos fenômenos e a das intervenções de enfermagem⁵.

A CIPE® adota o modelo dos 7 eixos (foco, julgamento, meios, ação, tempo, localização e cliente) tornando a estrutura mais simplificada livre de redundâncias e possibilitando a combinação de vocábulos e assim facilitando a composição das afirmativas de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem. No decorrer dos anos, as versões foram sendo aprimoradas. No momento a CIPE® já está na sua 5ª versão, após a versão 1.0. Para se ter ciência da evolução das versões, a versão 1.0 de 2005 possuía 1994 conceitos e recentemente alcançou 4.212 conceitos na versão de 2015⁶. A elaboração de perfil diagnóstico de enfermagem (DE) para uma clientela específica aproxima-se do que o Conselho Internacional de Enfermagem denomina Catálogos CIPE®, definidos como conjuntos de enunciados preestabelecidos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, a que se tem acesso rápido, de modo 2015 a facilitar a documentação da assistência prestada à clientela.

No presente estudo, a etapa da vida do ser humano a ser estudada é a adolescência. O Estatuto da Criança e do Adolescente estabelece limites cronológicos considerando o período de 12 aos 18 anos, podendo em alguns casos enquadrar também pessoas de 18 a 21 anos⁷. A adolescência é marcada por uma fase tumultuosa, de rápidas e intensas transformações. Para os adolescentes, a imagem corporal é de grande importância, porém, com a enfermidade, essa imagem pode ser afetada, assim como sua sexualidade. Doenças que atingem a autoimagem do adolescente, podem gerar isolamento social, depressão, ansiedade. As características emocionais, as manifestações comportamentais e a adaptação social do adolescente dependem de uma relação social e cultural. Todavia outros aspectos podem ser considerados universais, como as características próprias da idade, do corpo e das relações

saúde-doença. Nesse contexto, propomos avaliar a escoliose, que trata de uma doença cuja prevalência se dá em crianças e adolescentes.

A escoliose é uma deformidade da coluna vertebral, que geralmente surge durante a fase de aceleração do crescimento, acometendo principalmente crianças e adolescentes⁸. As deformidades da coluna vertebral, sobretudo a escoliose idiopática que afeta de forma especial o sexo feminino, contribuem para uma preocupante deterioração da imagem corporal, nesta fase muito especial, que é a adolescência. Nos casos de deformidades acentuadas, a realização das atividades de vida diária, a função cardiorrespiratória e autoimagem podem ser prejudicadas. Neste contexto, adolescentes com escoliose podem apresentar comportamentos ineficazes de adaptação, principalmente no período peri operatório de cirurgias para tratamento da patologia. Estes comportamentos devem ser avaliados pelos enfermeiros que atuam com esta população, permitindo levantar os diagnósticos de enfermagem que nortearão os cuidados necessários para a adaptação destes indivíduos⁹.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, realizado em uma unidade de ortopedia e reabilitação infantil no período de novembro de 2012 a março de 2013.

Nesse período, houve 15 pacientes internados para cirurgia de artrodese de coluna por via posterior. Dentre esses, foram selecionados, aleatoriamente, três adolescentes com idade entre 13 e 14 anos incluídos para o estudo de caso.

As informações foram coletadas por enfermeiros, no momento da admissão do paciente ao setor de ortopedia e reabilitação infantil, utilizando-se um instrumento de coleta de dados padronizado para unidade.

Os dados foram analisados pelos enfermeiros responsáveis pelo estudo. Foram levantados os principais diagnósticos de enfermagem traçados no momento da admissão, encontrados para o perfil de pacientes incluídos no estudo, baseados na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®) versão 2013¹⁰.

Vale ressaltar que no momento da coleta de dados dos pacientes, ou seja, na admissão em 2013, a CIPE® em vigência era a versão 2013. Porém ao realizarmos uma atualização do estudo, observamos modificação na nomenclatura de alguns diagnósticos, baseados na versão da CIPE® 2017.

OBJETIVO

O objetivo desse estudo é descrever os principais diagnósticos de enfermagem levantados, no

momento da admissão dos pacientes, com diagnóstico médico de escoliose internados para cirurgia de artrodese de coluna por via posterior em um hospital especializado em ortopedia e reabilitação infantil.

RESULTADOS

Participaram do estudo três adolescentes com diagnóstico médico de escoliose, que internaram no Hospital Sarah – Centro para submeter a cirurgia de artrodese de coluna por via posterior. Duas pacientes do sexo feminino com 13 anos, cada uma e um paciente do sexo masculino, com 14 anos de idade. Em relação a escolaridade, duas pacientes cursavam o ensino fundamental e um paciente estava iniciando o ensino médio, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Caracterização da amostra.

	Sexo	Idade	Doença de base	Procedência	Escolaridade
Paciente 1	Fem	13 anos	Escoliose, com cardiopatia congênita	Campo Grande /MT	8º ano ensino Fundamental
Paciente 2	Mas	14 anos	Escoliose neuromuscular, atrofia muscular espinhal	Cachoeiro do Itapemirim/ES	1º ano do ensino médio
Paciente 3	Fem	13 anos	Escoliose congênita	Brasília/DF	8º ano ensino Fundamental

No presente estudo foram identificados 20 diagnósticos de enfermagem, sendo 09 diagnósticos de enfermagem do tipo real e 11 do tipo risco, conforme quadro 2.

Em relação aos desvios de saúde, encontrou-se que 15 diagnósticos de enfermagem se referem ao desenvolvimento. Dentre os requisitos para autocuidados – universal encontrou-se 2 diagnósticos, seguido do requisito para exigências terapêutica para o autocuidado, também com 2 diagnósticos de enfermagem e no requisito de autocuidado um diagnóstico.

Quadro 2: – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem para adolescentes com escoliose de acordo com a Teoria do Autocuidado de Orem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Requisitos para autocuidado - Universal
Cognição comprometida
Fala comprometida

Desenvolvimento
Função do sistema respiratório comprometida
Taquicardia
Dispneia
Risco de infecção
Risco de alergia à medicação (cefalotina)
Risco de obstipação no pós-operatório
Integridade da pele comprometida
Risco de úlcera por pressão
Risco de termorregulação comprometida
Sinal de infecção presente em vias aéreas
Risco de queda
Risco de processo hemorrágico no pós-operatório
Risco para retenção urinária no pós-operatório
Risco de alteração do status neurológico no pós-operatório
Risco de alteração no volume de líquidos
Autocuidado
Padrão alimentar comprometido
Exigências terapêutica para o autocuidado
Saúde da prestadora de cuidados comprometida
Deficit de conhecimento sobre o regime de tratamento

Os seguintes diagnósticos de enfermagem foram prevalentes aos três adolescentes:

- Função do sistema respiratório comprometida
- Taquicardia
- Risco de infecção
- Risco de obstipação
- Déficit de conhecimento sobre o regime de tratamento

- Integridade da pele comprometida (acnes)
- Risco de queda.

Os estudos mostram que quanto mais grave for a curvatura, maiores serão a rotação vertebral, o impacto e as alterações dos sistemas cardiopulmonares, sendo mais frequentes a diminuição da capacidade pulmonar e a hipertrofia cardíaca 11. Alguns desses diagnósticos de enfermagem são considerados esperados pela própria história natural da patologia de base, como as questões respiratórias e cardíacas que estão intrinsecamente ligadas a curvatura da coluna, levando a uma diminuição do espaço torácico e, portanto, podendo levar as dificuldades respiratórias e de alteração do ritmo cardíaco.

A acne é uma doença universal entre os adolescentes e adultos jovens, chegando a uma incidência de 80 a 90%, e tende a ocorrer na face e, em menos extensão, na porção superior das costas (local importante, onde será a cicatriz cirúrgica para artrodese de coluna via posterior), no peito e nos ombros¹². Sendo assim, a integridade da pele pode também estar prejudicada por conta das acnes, lesões muito comuns na fase da adolescência como demonstrou nosso estudo.

Vimos nesse estudo, que o déficit de conhecimento traçado no momento da entrevista de admissão foi minimizado ou até cessados após a admissão do paciente ao setor e/ou antes do paciente ser submetido ao procedimento cirúrgico. Esse déficit de conhecimento foi relacionado ao regime de tratamento principalmente em relação ao procedimento cirúrgico propriamente dito, bem como tempo de hospitalização e cuidados no período pós-operatório.

Em relação a isso, alguns autores relatam que o processo de enfermagem possibilita a melhoria da qualidade da assistência prestada ao paciente, por ser um método individualizado, planejado, avaliado e, principalmente, contínuo, posto que abrange os períodos pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório da experiência cirúrgica do paciente¹³.

O enfermeiro deve trabalhar junto ao paciente e sua família, para assegurar a compreensão das orientações de cuidados, respeitando os valores e crenças do binômio (mãe e cuidador) considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, a fim de prestar um cuidado individualizado e de qualidade para essa clientela¹⁴.

O risco de queda nos pacientes pediátricos é mensurado por meio da escala Humpty Dumpty 15, cujo escore pode variar de baixo risco a alto risco para queda, o que vai nortear as condutas, cuidados e

orientações durante toda internação como uso de grades na cama, auxílio locomoção para período pós-operatório quanto paciente já estiver iniciando a saída do leito.

O enfermeiro deve trabalhar junto ao paciente e a família, para assegurar a compreensão das orientações de cuidados, considerando os aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e espirituais, a fim de prestar um cuidado individualizado e de qualidade para essa clientela

O risco de constipação foi prevalente nos pacientes, associado as dificuldades alimentares em alguns além do tempo necessário de repouso no leito e uso, em muitos casos, de opioides nos primeiros dias de pós-operatório 16. Tal diagnóstico requer conduta pré e pós-operatória, uma vez que poderá ter valor determinante no momento em que o paciente estiver mais acamado devido período de convalescença.

Os diagnósticos e intervenções de enfermagem foram elaboradas para o momento pré-operatório do paciente. Isso implica que o plano de cuidados foi avaliado diariamente, revendo os diagnósticos e as intervenções de enfermagem, pelos enfermeiros, sendo que a qualquer momento ou período o plano de cuidados pode ser alterado.

Quadro 3: Afirmativas de Diagnóstico, Intervenções e Resultados de Enfermagem para adolescentes internados na enfermaria de ortopedia e reabilitação infantil de um hospital de reabilitação.

Diagnóstico	Intervenção	Resultado esperado
Função do Sistema respiratório comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar condição respiratória - avaliar perfusão periférica - instalar CPAP (de acordo com a orientação da equipe de terapia funiconal) - monitorar saturação de oxigênio usando oxímetro de pulso - orientar paciente e cuidador sobre oxigenioterapia 	Função do sistema respiratório melhorada
Taquicardia	<ul style="list-style-type: none"> - falar com médico - gerenciar regime medicamentoso - monitorar sinais vitais - posicionar paciente próximo aos cuidados de enfermagem 	Frequência cardíaca nos limites normais
Risco de infecção	<ul style="list-style-type: none"> - inspecionar pele - monitorar exames laboratoriais - monitorar sinais e sintomas de infecção - orientar sobre mobilização - orientar sobre infecção cruzada - preparar a pele antes da cirurgia - promover higiene pré-operatória - verificar sinais vitais 	Ausência de infecção

Risco de obstipação	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar característica da eliminação intestinal - avaliar uso de medicação (laxante) - avaliar uso de medicação via retal - estimular ingestão de líquidos - falar com nutricionista - orientar cuidados fazer massagem no abdome - promover ambiente adequado - promover eliminação intestinal 	Risco de constipação diminuído
Déficit de conhecimento sobre o regime terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar nível de conhecimento do cuidador/familiar sobre o regime terapêutico - falar com equipe interprofissional - orientar paciente sobre o regime terapêutico 	Conhecimento sobre o regime terapêutico melhorado
Integridade da pele comprometida (acnes)	<ul style="list-style-type: none"> - aplicar medicação tópica (de acordo com prescrição médica) - avaliar resposta a medicação tópica - documentar lesão de pele - manter hidratação da pele - orientar cuidador sobre cuidados com a pele - orientar paciente sobre curativo 	Integridade da pele melhorada
Risco de queda	<ul style="list-style-type: none"> - avaliar risco de queda (aplicar escala Humpty Dumpty) - encaminhar para grupo de prevenção de queda - manter proteção bilateral da cama elevada - orientar medidas de segurança no banho - orientar paciente sobre risco de queda sobre efeito anestésico - orientar sobre medidas de prevenção de queda 	Risco de queda diminuído

De acordo com o que foi descrito anteriormente, na coleta de dados, ou seja, no momento de a admissão dos pacientes em 2013, a CIPE® em vigência era a versão 2013. Portanto, os diagnósticos de enfermagem traçados e descritos nesse estudo foram de acordo com a terminologia dessa versão. Porém a CIPE teve duas atualizações em seguida, em 2015 e em 2017, trazendo novos diagnósticos e novas terminologias. Ao revermos o estudo, percebemos que alguns termos estavam obsoletos e por isso, propomos fazer a atualização dos diagnósticos, baseados na versão da CIPE® 2017. Isso acarretaria a mudança do termo “comprometida” pelo termo “prejudicada”, bem como a substituição do diagnóstico de enfermagem “risco de obstipação”, por “risco de constipação”. O DE “Risco de queda” não havia sido colocado no texto, nós acrescentamos, devido a avaliação mais apurada e conforme os protocolos atuais de segurança do paciente. E o DE “risco de status cardíaco e respiratório comprometido” foi retirado pois não consta mais na lista da CIPE®, versão 2017.

A utilização do Modelo Conceitual de Orem possibilitou conhecer a demanda terapêutica dos adolescentes com escoliose, e é perceptível a potencialidade da CIPE® enquanto sistema que congrega termos relevantes para a estruturação de enunciados de diagnósticos de enfermagem. Com essa classificação, o enfermeiro tem a possibilidade de construir os enunciados de diagnósticos pela apresentação clínica de adolescentes que estão sob seus cuidados, uma vez que os termos ocorrem na sua prática, ao passo que exigem o raciocínio clínico em relação aos problemas de enfermagem.

CONCLUSÃO

Sabe-se que a SAE é contínua, sistemática e deliberativa, e convém aos profissionais responsáveis pela prestação de um cuidado digno e científico, buscar apropriar dos recursos metodológicos que fundamentam e norteiam a prática de enfermagem.

Verificou-se que a CIPE® é uma terminologia padronizada que representa domínio da prática e unifica a linguagem da enfermagem no âmbito mundial, portanto mostrou-se importante aliada ao traçar os diagnósticos de adolescentes com escoliose, num contexto cirúrgico, o que poderá servir de apoio para outras situações semelhantes.

Ressalta-se a importância dos resultados do estudo, uma vez que a escoliose é uma patologia notadamente reconhecida como um problema de saúde do adolescente, tornando-se imperativo oferecer aos pacientes uma assistência sistematizada, pautando-se nos princípios do processo de enfermagem.

Sendo assim, o levantamento dos diagnósticos de enfermagem auxiliou no planejamento assistencial, possibilitando ao enfermeiro minimizar as dificuldades que o adolescente e seus cuidadores apresentaram e pode apresentar no período pós-operatório.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹Melek, Tangriane HR, Rocha Priscilla RS. Enfermagem: tecendo fios históricos no contexto da sociedade global. REEUNI, Brasília, v.1, n.1, p. 64-79, jan/abr. 2008.

²Hermida PMV, Araújo IEM. Sistematização da Assistência de Enfermagem: subsídios para implantação. Rev Bras Enferm 2006 set-out; 59(5): 675-9.

³Silva AL, Ciampone MHT. Um olhar paradigmático sobre a assistência de enfermagem – um caminho para o cuidado complexo. Rev. Esc Enferm USP. 2003; 37(4):13-23.

⁴Pereira MMM, Xavier SSM, Araújo MGP et al. A teoria do autocuidado de Orem e sua aplicabilidade como marco teórico: análise de uma pesquisa. Rev enferm UFPE on line. 2011 jun.;5(4):896-900.

⁵Garcia, Telma Ribeiro (Org.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015.

⁶ Garcia, Telma Ribeiro (Org.). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE versão 2015. Porto Alegre: Artmed, 2016.

⁷Oliveira, J. (1993). Estatuto da criança e do adolescente. São Paulo: Saraiva. [Links]

⁸Ferreira DMA et al. Rastreamento escolar da escoliose: medida para o diagnóstico precoce.

Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2009; 19(3): 357-68.

⁹Roy SC, Andrews HA. The Roy adaptation model. 2nd ed. Stamford, Connecticut: Appleton&Lange, 1999. p. 574.

¹⁰Castro H. Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®. Guidelines for ICNP® Catalogue Development. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros. Junho, 2009. [Acesso em: 16/04/2013]. Disponível

em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf

¹¹Mathias, RP, Romero, W. Escoliose. [acesso em 5 nov.2006].

Disponível: <http://www.fisionet.com.br/patologias>

¹²Pós-Graduação DVSB. Acne na adolescência. Adolesc Saude. 2004;1(2):10-13.

¹³Galvão CM, Sawada NO, Rossi LA. A prática baseada em evidências: considerações teó-ricas para sua implementação na enfermagem perioperatória. Rev Latino-Am Enfermagem [In-ternet]. 2002 Sept/Oct [cited 2016 Mar 24];10(5):690-5. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000500010&lng=en&nr m=iso

¹⁴Vieira MM, Oliveira DMN, Carvalho MWA de et al. Diagnósticos, Resultados e Interven-ções de Enfermagem para pacientes da clínica cirúrgica de um hospital escola. Revista de en-fermagem UFPE on line., Recife, 10(12):4517-23, dez., 2016.

15.Wood, ML. Implementing a Humpty Dumpty Falls (tm) Scale & Prevention Program. In: Pursuit of Excellence. v. 7, n. 1, 2006.

¹⁶Takemoto ML, Fernandes RA, Almeida GR, Monteiro RD, Colombini-Neto M, Bertola-Neto A. Health care resource use and costs in opioid-treated patients with and without consti-pation in Brazil. Value Health [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Fev 15];14:78–81 Disponível em: <http://www.ispor.org/consortiums/latinamerica/documents/ViH/Health-Care-Resource-Use-and-Costs.pdf>

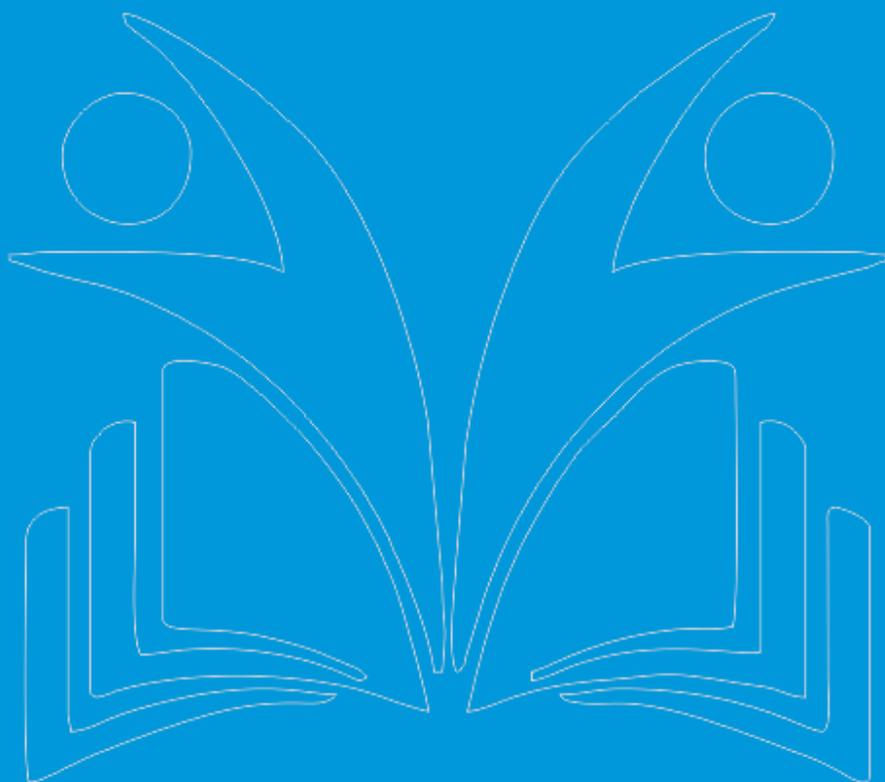
Capítulo 18

REDE ASSISTENCIAL DE NOVA IGUAÇU UMA ANALISE
SITUACIONAL

[DOI: 10.37423/200400651](https://doi.org/10.37423/200400651)

Roberto Santos de Oliveira

Marilda Andrade



INTRODUÇÃO

Com o intuito de contribuir para organização da rede SUS no município de Nova Iguaçu, este trabalho traz como forma de mapeamento: a rede assistencial pública, responsável pelo atendimento à saúde, como garantia de uma informação oportuna e precisa, para o acesso da população a estes serviços de forma equânime; nos seus variados graus de complexidade, identificando a disponibilidade dos recursos assistenciais adequados à necessidade de cada caso da população.

O Mapeamento por geo-referência é uma ferramenta que pretende contribuir com o sistema de informação da Secretaria de Saúde do município, para os profissionais e para os usuários do SUS, dando transparência aos serviços oferecidos e ações executadas, serve como armazenamento e gerenciamento dos dados, que permite aos responsáveis por um determinado contexto realizar o planejamento necessário; as informações visualizadas permitem interpolar projetos e estratégias, oferecendo uma ação direcionada e auxiliando no desenvolvimento de ações e de programas de saúde com mais eficiência para a gestão e eficácia para os usuários.

Como iniciativa busca identificar inovações, incorporando no planejamento de saúde e na organização do trabalho, a idéia prática e lógica, no espaço de trabalho do enfermeiro, do território-população, a adscrição de clientela, a intersectorialidade, formas de gestão do sistema de saúde que possa contribuir para a garantia do acesso e equidade das ações oferecidas a população; mostrando a eficácia do modelo de atenção básica e também sua articulação com os níveis secundário e terciário de atenção.

O principal mecanismo dessa articulação é o sistema de referência e contra-referência, que desempenha, os papéis de sistema de informação e de encaminhamento de pacientes. Assim, a proposta de investigação está alicerçada nos conceitos de integralidade/ continuidade de cuidados, acessíveis ao campo de intervenção da gestão e organização do sistema de atenção, e que se traduzem no direito de acesso às ações e serviços de saúde em todos os níveis de complexidade e que se concretizam operacionalmente no acesso aos serviços básicos e na construção do sistema de referência e contra-referência.

Segundo avaliação da OMS, o sistema de saúde que assume os princípios da Atenção primária de saúde, obtém melhores resultados em saúde e aumenta a eficiência do conjunto do sistema.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo descritivo de abordagem qualitativa; recurso apropriado nos trabalhos em que se faz necessária objetividade nos achados, intenção de medir, mensurar, classificar os dados coletados ou mesmo

quantificá-los, tornando-se assim de caráter descritivo analítico, por explorar aquele evento, reportando-se a ele de maneira fidedigna, analisando e correlacionando fatos e variáveis sem manipulá-los. Como forma de coleta de dados foi utilizada a observação participante com o suporte de um roteiro para a observação do objeto do estudo, e registros em diário de campo, para sedimentar as informações coletadas. A análise das informações obtidas utilizou como estratégia a triangulação, pois permitiu quantificar dimensões objetivas interpretando facetas subjetivas do processo social estudado, além de permitir expressar as características próprias do cenário social sob avaliação. O cenário estudado foi o município de Nova Iguaçu; o presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa: Protocolo nº. 014/2008. CAAE: 0012.0.316.258-08.

RESULTADOS

Foram encontradas, neste estudo, na época de sua realização, 72 Unidades de Saúde: sendo 01 Hospital Geral, 01 Centro de Referência Materno Infantil, 03 Unidades Mistas, 03 Centros de Atenção Psico-Social, 02 Policlínicas, 01 Centro de Saúde, 01 Posto de Saúde, 24 Unidades Básicas de Saúde, 33 Equipes de Saúde da Família e 03 Unidades da Família.

A prática do enfermeiro no planejamento em saúde apresenta-se como um trabalho que possui ambigüidades e tensões entre as exigências legais-institucionais e a percepção das necessidades dos clientes; neste estudo, encontramos a enfermagem na organização das unidades, no desenvolvimento das ações e programas como forma de contribuição para a melhoria da qualidade de vida e dos índices de saúde da população. É a partir deste fato que podemos afirmar que o enfermeiro possui um papel no trabalho programático, ao definir ações e estratégias, utilizando conhecimentos próprios como instrumentos de sua prática, buscando garantir o acesso ao serviço adequado, à tecnologia adequada, no momento apropriado e como responsabilidade intransferível do sistema de saúde. Não podemos deixar de considerar a contextualização do Município de Nova Iguaçu, no Estado do Rio de Janeiro e no Brasil como um todo.

CONCLUSÃO

Nova Iguaçu; município situado na baixada fluminense, região metropolitana do estado do Rio de Janeiro, possui uma área geográfica de 524,5 km²; a rede assistencial básica, foi crescendo juntamente com a definição de bairros que foram surgindo no município. A inserção dos profissionais da saúde, nas unidades de saúde, ocorre de forma desconhecida da necessidade real, deixando em segundo

plano a política de saúde e suas diretrizes. Foram percebidas dificuldades nas áreas de recursos humanos e suprimento de materiais.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

URG I - Centro: 16 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG I – Centro	Centro	Policlínica de Nova Iguaçu Pam D. Valmor	01 Policlínica
	Centro	Centro de Saúde Dr. Vasco Barcelos	01 C Saúde
	Centro	CAPS AD Vanderlei Marins	03 CAPS
	Centro	CAPS Jose Miller	
	K-11	CAPS Infantil D. Adriano Hipólito	
	Centro	UBS Julia Távora	07 UBS
	Centro	UBS Santa Clara	
	Centro	UBS Tertuliano Potiguara	
	Santa Eugenia	UBS Santa Eugenia	
	Moquetá	UBS Moqueta	
	Jardim Tropical	UBS Monte Libano	
	Prata	UBS da Prata	
	Vila Operaria	PSF de Vila Operaria	04 Equipes de
	K-11	PSF do K11	ESF
	Jardim da Viga	PSF Jardim da Viga	
	Engenho Pequeno	PSF Engenho Pequeno	

Localização das Unidades encontradas na **URG I - Centro:**

PAM (Posto de Assistência Médica) D. Walmor - Policlínica Geral de Nova Iguaçu: Endereço: Rua Dom Walmor nº 234 Tel: 2767-9812 tel. 26674559

Centro de Saúde Vasco Barcellos: Endereço: Rua Bernardino de Melo nº 1895 Centro Tel: 27685921;

CAPS Wanderlei Marins – Centro de Atenção Psico-Social: Endereço: Avenida Bernardino de Melo 2845 Centro Nova Iguaçu tel. 26685041

CAPS José Miller – Centro de Atenção Psico-Social: Endereço: Rua Dr. Thibau s/n Centro Nova Iguaçu tel. 26673674 27677523

CAPS Infantil D. Adriano Hipólito: Endereço: Rua Benjamim Chambarelli nº 241 K-11 Nova Iguaçu telefone 37737843 – 37738162

UBS Julia Távora: Endereço: Rua: Travessa Julia Távora nº 67 Tel: 2660-3490

UBS Santa Clara: Endereço: Rua Pedro nº 1, Santa Clara Tel: 2696-3519;

UBS Tertuliano Potiguara: Endereço: Rua Brasil nº 212 tel. 2660-309;

UBS Santa Eugenia: Endereço: Rua Morro Agudo nº. 10 Tel 2698-0890.

UBS Moqueta: Endereço: Rua Orlanda Wilman nº 115, tel. 2660-3634

UBS Monte Líbano: Endereço: Rua: Alzira nº 99 Monte Líbano Nova Iguaçu

UBS da Prata: Endereço: Rua do Ouvidor S/nº.2660-0668

PSF da Vila Operária:Endereço: Rua Nair Dias Bairro Vila Operaria nº 880

PSF do K-11: Endereço: Rua Benjamin – Chambareli nº 239 tel. 37738162

PSF do Jardim da Viga: Endereço.: Estrada de Iguaçu nº 171 Bairro Jd da Viga.

PSF de Engenho Pequeno: Endereço.: Rua Olga Alves nº 36 Engenho Pequeno.

URG II – Posse: 10 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG II – Posse	Posse	Hospital Geral de Nova Iguaçu	01 Hospital
	Posse	Centro de Referência Materno Infantil	01 CRMI
		Parteira Mariana Bulhões	
	Caramary	UBS Caiçara	04 UBS
	Cobrex	UBS Cobrex	
	Cerâmica	UBS Cerâmica	
	Nova America	UBS Nova América	
	Carmary	PSF Lino Vilela	04 Equipes de
	Parque Flora	PSF Parque Flora I	ESF
	Parque Flora	PSF Parque Flora II	
Jardim Iguaçu	PSF Jardim Iguaçu		

Localização das Unidades encontradas na URG II -Posse:

Hospital Geral de Nova Iguaçu: Endereço: Rua: Av. Henrique Duque Estrada Meyer, 953

Centro de Referência Materno Infantil Parteira Mariana Bulhões: Endereço: Avenida Governador Roberto Silveira,nº 2012 Telefone de Contato: 31020546

UBS Unidade Básica de Caiçara: Endereço: Rua Oiticica s/nº Carmari.

UBS Unidade Básica do Cobrex: Endereço: Rua Júlio Kenner nº. 202 Tel. 2657-2004

UBS Unidade Básica da Cerâmica:Endereço: Estrada de Santana nº. 155 Tel. 3776-9997

UBS Unidade Básica de Nova América: Endereço:Estrada Luiz de Lemos, 2722;

PSF Lino Vilella: Endereço: Rua Aparecida Bairro Carmari nº 6400

PSF Parque Flora I: Endereço: Av. Henrique Duque Estrada Mayer nº 3500

PSF do Parque Flora II: Rua Alameda Flora nº 109 Parque Flora;

PSF do Jardim Iguaçu: Rua Primeiro de Agosto nº 30 – Jardim Iguaçu

URG III – Comendador Soares: 05 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG III – Comendador Soares	Comendador Soares	Posto de Saúde de Morro Agudo	01 Posto
	Jardim Jasmim	UBS Jardim Jasmim	02 UBS
	Jardim Nova Era	UBS Jardim Nova Era	
	Ouro fino	PSF Ouro Fino	02 Equipes de ESF
	Comendador Soares	PSF Vila Tânia	

Localização das Unidades encontradas na **URG III - Comendador Soares:**

Posto de Saúde de Morro Agudo – Endereço: Rua Formosa s/nº Comendador Soares;

UBS Unidade Básica de Saúde do Jardim Jasmim: Endereço: Rua: Agosto Aleixo nº 75.

UBS Unidade Básica do Jardim Nova Era: Endereço: Rua Sílvio de Freitas, nº 125

PSF Programa de Saúde da Família de Ouro Fino: Endereço: Rua: São Geraldo S/nº;

PSF Programa de Saúde da Família de Vila Tânia: Endereço: Rua Sueli Tinoco s/nº;

URG IV – Cabuçu: 07 Unidades de Saúde:

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG IV – Cabuçu	Cabuçu	UBS Cabuçu .	02 UBS
	Palhada	UBS Parque das Palmeiras	
	Aliança	PSF Aliança	05 Equipes de ESF
	Jardim Roma	PSF Jardim Roma	
	Monte Sol	PSF Marfel	
	Palhada	PSF Palhada	
	Valverde	PSF Valverde	

Localização das Unidades encontradas na **URG IV - Cabuçu:**

UBS Unidade Básica de Saúde de Cabuçu: Endereço: Avenida Abílio Augusto Távora nº 6820 - Bairro Cabuçu Tel: 2657-4583

UBS Unidade Básica de Saúde de Parque das Palmeiras: Endereço: Rua seis nº 420 ou rua cinco, nº 893- Bairro Parque das Palmeiras Tel: 2657-6442

PSF Programa de Saúde da Família de Aliança: Endereço: Rua Fortunato nº 264 Bairro Aliança Tel: 8883-8813 tel. 21- 37948388

PSF Programa de Saúde da Família de Jardim Roma: Endereço: Rua Sônia Lacerda Bairro Jardim Roma Tel: 2764-6286

PSF Programa de Saúde da Família Marfel: Endereço: Rua Áurea Ramos Borges nº 110 Bairro Monte Sol, Nova Iguaçu Tel: 3794-4699

PSF Programa de Saúde da Família da Palhada: Endereço: Rua Júlia Martins nº 295 Tel: 2657-4009

PSF Programa de Saúde da Família de Valverde: Endereço: Praça São Sebastião Felipe s/nº Bairro Valverde Tel: 26574004

URG V – K32: 09 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG V – K-32	Jardim Paraíso	UMS Jardim Guandu	01 Unidade mista
	Km- 34	UBS Santa Clara do Guandu.	02 UBS
	Jardim Ocidental	UBS Chico Mendes	
	Km- 32	PSF São Francisco de Paula	06 Equipes de ESF
	Parque São Francisco	PSF Três Henriques	
	Jardim Dom Bosco	PSF Dom Bosco	
	Marapicu	PSF Marapicu	
	Lagoinha	PSF Parque Todos os Santos	
	Tancredo Neves	PSF Tancredo Neves	

Localização das Unidades encontradas na URG V - Km-32:

UMS Unidade Mista de Saúde Jardim Guandu Arquiteta Patrícia Marinho: Endereço: Rua Ingá s/nº Jardim Paraíso Tel: 26861345

UBS Unidade Básica de Saúde Santa Clara do Guandu: Endereço: Rua Paraguaçu s/nº

UBS Unidade Básica de Saúde Chico Mendes: Endereço: Rua Boa Esperança nº 15, Jardim Ocidental

PSF Programa de Saúde da Família de São Francisco de Paula: Endereço: Rua João Batista s/nº Tel: 2779-8209

PSF Três Henriques: Endereço: Antiga Estr Rio São Paulo, nº 3602 – Parque São Francisco de Paula

PSF Dom Bosco: Endereço: Av. Abílio Augusto Távora, s/n Jardim D. Bosco 2799-8733

PSF Marapicu: Endereço: Rua bege s/n Marapicu

PSF Parque Todos os Santos: Endereço: Rua Cavalcante Gusmão nº 463 Lagoinha.

PSF Tancredo Neves: Endereço: Rua dois nº 190 Tancredo Neves km-32

URG VI – Austin: 09 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG VI – Austin	Austin	UMS Moacir de Almeida Carvalho	01 Unidade mista
	Austin	UBS Manoel Rezende	03 UBS
	Marileia	UBS Dirceu de Aquino Ramos	
	Vila Jurema	UBS Vila Jurema	
	Cacuaia	PSF do Cacuaia	02 Equipes de ESF
	Rodilândia	PSF de Rodilândia.	
	Vila Guimarães	UF de Vila Guimarães	03 Unidades da Família
	Rosa dos Ventos	UF Rosa dos Ventos.	
	Tinguazinho	UF de Tinguazinho	

Localização das Unidades encontradas na **URG VI - Austin:**

UMS Unidade Mista de Saúde Moacir de Almeida Carvalho: Endereço: Rua Mirim – s/nº Austin Tel: 2763-1004 9145-4244- 27631577

UBS Unidade Básica de Saúde Manoel Rezende: Endereço: Avenida Estrada de Ferro nº 14 Austin Nova Iguaçu Tel: 3769-8869

UBS Unidade Básica de Saúde Dirceu de Aquino Ramos (Vino): Endereço: Rua João Batista Lima nº 35 Praça do Batuta, Maraú Tel: 37593411

UBS Unidade Básica de Saúde de Vila Jurema: Endereço: Estrada Velha Dr Carlos Sampaio nº 486 Austin tel. 21- 27635419

PSF Programa de Saúde da Família de Cacuaia: Endereço: Rua Motorista Luis Carlos Gomes nº 45 Cacuaia Tel: 27684042

PSF Programa de Saúde da Família de Rodilândia: Endereço: Rua Dona Cléia nº 7 Tel: 2694-5258

UF Unidade da Família de Vila Guimarães: Endereço: Rua Tufão nº 170 Austin N.I Tel: 37594669

UF Unidade da Família de Rosa dos Ventos: Endereço: Rua Ararapira nº 431 Bairro Esperança Austin Tel: 26575488 – 37946395

UF Unidade da Família de Tinguazinho: Endereço: Praça São Jorge nº 1580

URG VII – Vila de Cava: 06 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG VII – Vila Cava	Vila de Cava	UMS de Vila de Cava	01 Unidade Mista
	Santa Rita	UBS de Santa Rita	03 UBS
	Rancho Fundo	UBS de Rancho Fundo	
	Nova Brasília	UBS Nova Brasília	
	Corumbá	PSF de Corumbá I	02 Equipes de ESF
	Corumbá	PSF de Corumbá II	

Localização das Unidades encontradas na **URG VII - Vila de Cava:**

UMS - Unidade Mista de Saúde de Vila de Cava José A da Silva Rego: Endereço: Rua Álvaro Gonçalves nº 103 Vila de Cava Tel: 26587554 3767-7365

UBS - Unidade Básica de Saúde de Santa Rita: Endereço: Rua Philomeno Coelho nº 347 Tel: 26580764
Tel: 26580911

UBS - Unidade Básica de Saúde de Rancho Fundo: Endereço: Estrada de Santa Rita nº 2.761 Rancho Fundo Tel: 37671924

UBS - Unidade Básica de Nova Brasília: Endereço: Rua Zenaide nº 365 Nova Brasília.

PSF – Programa de Saúde da Família de Corumbá I: Endereço: rua Jacomo Melate 136, Corumbá, nova Iguaçu tel.: 2694-8612

PSF – Programa de Saúde da Família de Corumbá II: Endereço: Rua Rural nº 11 Corumbá Tel: 26572520.

URG VIII – Miguel Couto: 06 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG VIII – Miguel Couto	Miguel Couto	Policlínica Regional de Miguel Couto	01 Policlínica
	Miguel Couto	UBS Pe Manfred Gartner	01UBS
	Gramma	PSF da Gramma	04 Equipes de ESF
	Geneciano	PSF de Geneciano	
	Miguel Couto	PSF Parque Ambai	
	Figueira	PSF Figueira	

Localização das Unidades encontradas na **URG VIII Miguel Couto:**

Policlínica Regional Miguel Couto: Endereço: Professor Digomar Simões e Souza nº 50 Miguel Couto
Tel. 37795007

UBS Unidade Básica de Saúde Pe Manfred Gartner Endereço: Avenida Henrique Duque Estrada Meyer nº 222 Miguel Couto Tel. 37799909

PSF Programa de Saúde da Família da Grama: Endereço: Caminho Piteira s/n Grama Tel: 27651463

PSF Programa de Saúde da Família de Geneciano: Endereço: Rua Castanhal, nº 83, Tel: 9819-1950 / Tel: 3793-5297

PSF Parque Ambaí: Endereço: Av Henrique Duque Estrada Meyer s/n Miguel Couto.

PSF da Figueira: Endereço: Rua Cel. Francisco Soares s/n Figueira.

URG IX – Tinguá: 04 Unidades de Saúde

	Localização	Unidade de Saúde	Ancoragem
URG IX – Tinguá	Tingua	PSF de Tinguá	04 Equipes de ESF
	Adrianópolis	PSF de Adrianópolis	
	Rio Douro	PSF de Rio D'ouro	
	Jaceruba	PSF de Jaceruba	

Localização das Unidades encontradas na **URG IX - Tinguá:**

PSF Programa de Saúde da Família de Tinguá: Ender: Rua Canais s/nº Tel:3767-7365

PSF Programa de Saúde da Família de Adrianópolis: Endereço: Rua Estrada Adrianópolis, nº 10 Praça de Adrianópolis Tel: 26584133

PSF Programa de Saúde da Família de Rio D'Ouro: Endereço: Rua da Estação, nº 25;

PSF Programa de Saude da Familia de Jaceruba: Endereço: Rua Japeris nº 50 Jaceruba Tel: 26455140 ou 28868262

REFERÊNCIAS

Abrahão AL. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde, 2007; jan-jun 01(03):01-03. acesso em 23/01/2010, disponível

em <http://www.uff.br/promoçaoadaude/informe>.

Branco MAF. Sistemas de informação em Saúde no nível local. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996; abr-jun 12(2): 267-70.

Brasil. PMNI. Dados Gerais do Município de Nova Iguaçu – Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.novaiguacu.rj.gov.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=25> acesso em 14/11/2009

Cecílio LCO. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro jul-Sep 1997; 13(3): 469-478.

Cruz ICF. Scientific publication must be of the undergraduate research planning: Online Braz J Nurs [online] 2007; 6(0): available <http://www.uff.br/objnursing/index.php>.

Godoy ER, Brito MCC, Arns JF. O Sistema de informação Georeferenciada interagindo saúde e educação: Estudo de Caso Vila Torres Curitiba / Pr. Brasil. In Anais do Congresso Brasileiro Cadastro Multifinalitário (2004: out. Florianópolis). Anais. Florianópolis/UFSC, 2004.

Gonçalves AR, André IRN, Azevedo TS, Gama VZ. O uso de Imagens do “Google Earth” Rev. electr de recursos en Internet sobre Geografia y Ciencias Sociales. [En línea]. Barcelona: 2007; jun, nº 97. disponível em: <http://www.ub.es/geocrit/aracne/aracne-097.htm>. acesso em 22/06/2010.

Melo CMM, Santos TA. A participação política de enfermeiras na gestão do Sistema Único de Saúde em nível municipal. Texto & contexto Enferm. Florianópolis, 2007; jul-set 16(3):426-32.

Merhy EE. Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: Merhy EE, Magalhães Jr HM, Rímoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 3.ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Minayo MCS. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

Noronha JC, Lima LD, Machado CVA. A gestão do Sistema Único de Saúde: características e tendências. In: Ministério da Saúde (BR). Saúde no Brasil: contribuições para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília (DF): MS; 2004.

Oliveira R, Andrade M, Azevedo NM, Espirito Santo FH. Rede Assistencial do Município de Nova Iguaçu RJ. Anais 61 CBen, Transformação Social e Sustentabilidade. Frotaleza, Ceará, 2009. Disponível em http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/00344.pdf

Pinheiro R, Mattos RA. (orgs.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Hucitec-Abrasco, Rio de Janeiro: 2004.

Santos M. A urbanização Brasileira. SãoPaulo –EDUSP 2008.

Torres G. (org.) Baixada fluminense: a construção de uma história: sociedade, economia, política. São João de Meriti, RJ: IPAHB Ed., 2004.

WWW (world wide web) Google. Dados cartográficos, MapLink 2010. Disponível em <http://maps.google.com.br/> acesso em 28/03/2010.

Capítulo 19

QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO: UM DESAFIO PARA ENFERMAGEM

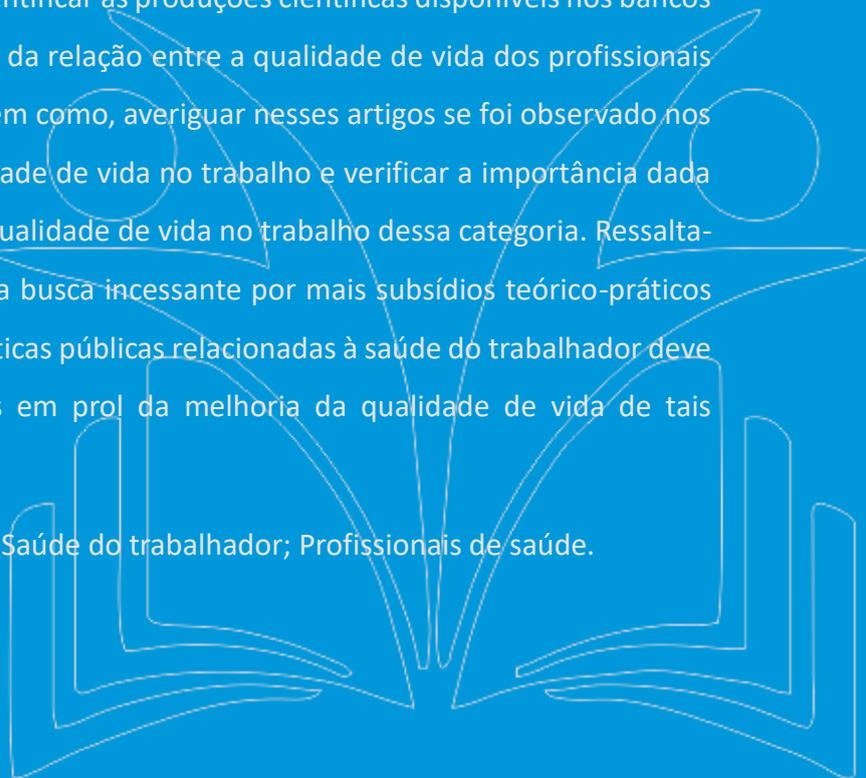
[DOI: 10.37423/200400654](https://doi.org/10.37423/200400654)

Charlene Cruz Almeida Pinto (Enfermeira. Pós graduanda em Enfermagem do Trabalho pela Faculdade Internacional Signorelli).

Marcos Eduardo Pereira Lima (Enfermeiro. Professor Orientador do Curso de Pós-Graduação da Faculdade Signorelli).

RESUMO: Este artigo é uma pesquisa bibliográfica de caráter descritivo que vem abordar a relevância de estudos científicos quanto à temática qualidade de vida em trabalhadores da área da saúde. Teve como objetivos identificar as produções científicas disponíveis nos bancos de dados das ciências da saúde acerca da relação entre a qualidade de vida dos profissionais dessa área e sua rotina de trabalho. Bem como, averiguar nesses artigos se foi observado nos profissionais de saúde uma boa qualidade de vida no trabalho e verificar a importância dada ao tema do cuidado com a saúde e a qualidade de vida no trabalho dessa categoria. Ressalta-se com esse trabalho acadêmico que a busca incessante por mais subsídios teórico-práticos associados ao estabelecimento de políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador deve efetivar a implantação de estratégias em prol da melhoria da qualidade de vida de tais profissionais.

Palavras-chave: Qualidade de Vida; Saúde do trabalhador; Profissionais de saúde.



INTRODUÇÃO

A saúde é um bem essencial na cadeia evolutiva do ser humano. Segundo a Organização Mundial Saúde (OMS), o conceito atribuído somente à ausência de doenças não simplifica o fato de o indivíduo ser saudável.

Nesta vertente, o desenvolvimento biopsicossocial e cultural está intimamente ligado associado à qualidade de vida e saúde da população e é resultado de um processo de produção social que sofre influência de condições de vida adequadas de bens e serviços (ANVISA, 2009).

Scopinho (2010) compreende saúde como sendo um resultado de políticas econômicas e sociais voltadas para a equidade, que possam garantir o acesso dos trabalhadores aos meios de produção, aos bens de consumo coletivos, aos valores de justiça, equidade e organização política.

A partir desta premissa, o meio de trabalho é parte integrante e essencial na vida das pessoas sendo o objetivo central, e a depender da forma como é executado pode gerar fatores desgastantes e potencializadores dos processos saúde-doença (FOGAÇA et al, 2010).

Sabe-se que os impactos do processo de trabalho na saúde dos trabalhadores são originados a partir de suas condições específicas constituídas dos processos físicos, químicos, biológicos do ambiente e das suas formas de organização (BAPTISTINI et al, 2013).

Em decorrência disso, atualmente existem algumas estratégias de políticas públicas na atenção à saúde do trabalhador vinculada ao setor de Vigilância em Saúde. Tal preocupação vem sendo referida com o intuito de garantir uma boa Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e, por conseguinte, um indivíduo pleno em saúde.

De acordo com o artigo 2º da Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012:

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (BRASIL, 2012, p. 4).

Alguns estudos da atualidade mostram que entre os profissionais da área de saúde: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem, existe um surgimento de

vários fatores complicadores da saúde dessas categorias. Para Fogaça et al (2010), eles têm suportado uma carga de trabalho extenuante, levando ao comprometimento de sua qualidade de vida.

Contrapondo-se, os autores Silva e Tamminger (2014), afirmam que a relação entre saúde e trabalho não pode ser pensada somente em seu caráter negativo, como se tal ação produzisse adoecimento apenas.

Denota-se então, a necessidade de se tomarem atitudes individuais e coletivas para aprimorar as condições de saúde e satisfação desses profissionais (ANDRADE et al, 2011) e desta forma, busca-se com esta pesquisa enaltecer o processo sensibilização ao leitor para efetividade da QVT em prol de uma melhor qualidade de vida desses indivíduos.

Mediante o mundo globalizado e extremamente competitivo no âmbito do trabalho, estima-se que o profissional da saúde é um dos mais prejudicados em termos de sua qualidade de vida. Nesta perspectiva questiona-se: está havendo a devida relevância nas pesquisas científicas dos últimos cinco anos quanto a este fator prioritário em relação ao desempenho dos mesmos na sua vida? Espera-se encontrar um grande acervo de pesquisas científicas acerca do tema qualidade de vida dos profissionais da saúde e sua relação com a melhoria holística dos aspectos da vida desse público alvo.

Alguns autores enfatizam o estresse relacionado ao ambiente ocupacional como sendo fator desencadeante de vários tipos de doenças propiciado, sobretudo, pela redução da defesa imunológica (TAETS et al, 2013).

Sabendo-se que deve haver uma maior atenção à saúde do trabalhador da saúde o presente projeto de pesquisa se justifica pelo crescente interesse em estudar tal seguimento, como também, pela percepção da necessidade de sensibilizar e informar alguns profissionais e gestores da saúde acerca da importância em ter uma boa Qualidade de Vida no Trabalho, especialmente no âmbito da saúde.

Diante dessa problemática, o interesse pelo tema surgiu a partir da vivência em ambientes de trabalho com intrínseca relação da interferência do serviço na saúde do trabalhador e suas implicações na qualidade de vida do profissional de saúde, além da leitura de artigos científicos sobre a temática em questão.

OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Identificar as produções científicas disponíveis nos bancos de dados das ciências da saúde acerca da relação entre a qualidade de vida dos profissionais dessa área e sua rotina de trabalho.

2.2 ESPECÍFICOS

- Averiguar se nesses artigos se foi observado nos profissionais de saúde uma boa qualidade de vida no trabalho;
- Reconhecer se houve a devida importância ao tema do cuidado com a saúde e a qualidade de vida no trabalho dessa categoria;

3 METODOLOGIA

O projeto de pesquisa é o desfecho de várias ações e esforços do pesquisador marcado por atividades e atitudes onde são observados: 1) Pesquisa; 2) Articulação criativa; 3) Humildade; Condição histórica (MINAYO, 2010).

Trata-se de um estudo bibliográfico, de caráter descritivo realizado no período de novembro de 2014 a março de 2015. De acordo com Fonseca et al (2002), tal pesquisa é feita a partir do levantamento de referências teóricas já analisadas, e publicadas por meios escritos e eletrônicos, como livros, artigos científicos, páginas de web sites.

Segundo Cervo e Bervian (2002), pesquisa bibliográfica é aquela a que se empenha em explicar um problema tendo como suporte às referências teóricas publicadas em documentos, os quais trazem contribuições culturais e científicas do passado vivenciado e analisa por sua vez um determinado assunto, tema ou problema.

Inicialmente foi realizada a busca de informação em pesquisa acadêmica de obras publicadas em periódicos na língua portuguesa e espanhola, indexados nas bases de dados informatizadas, dentre elas: SCIELO, MedLine, BDTD, BDEF (Base de Dados de Enfermagem – Bireme) e LILACS (Literatura Latina Americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Para tanto serão utilizadas as terminologias registradas na Bireme: “qualidade de vida”, “profissional de saúde” e “saúde do trabalhador”,

realizando cruzamentos entre elas com o intuito de encontrar a produção científica referente ao tema em estudo. Além de se utilizar de bibliografias referenciadas específicas como forma de fundamentação teórica embasada em preceitos reafirmados acerca da temática envolvida.

Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão para os artigos pesquisados: temas relacionados à qualidade de vida dos profissionais de saúde, publicações no período de 2010 a 2014 e a relação da situação de saúde desses trabalhadores, o seu estilo de vida e as implicações na totalidade do ser humano.

Após a leitura dos artigos encontrados, de acordo com os critérios de inclusão, foram selecionadas as publicações mais relevantes, no mínimo de vinte artigos científicos. A partir da leitura dos mesmos com a finalidade de se obter as informações pertinentes, de forma a organizá-las por subtemas, facilitando a análise e compreensão do estudo.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Tendo em vista o atual mundo globalizado e o estresse do dia-a-dia dos profissionais da área da saúde, buscam-se métodos e estratégias para que haja uma maior sensibilização das categorias profissionais neste âmbito em prol da melhoria da qualidade de vida. Sensibilizando esses trabalhadores em relação a importância do cuidado consigo mesmo e sua saúde de forma holística para conseqüentemente haver um melhor rendimento no trabalho. O auxílio de políticas públicas envolvidas no processo de Saúde do Trabalhador vem engrandecendo esta linha de pensamento.

4.1 QUALIDADE DE VIDA

A Qualidade de Vida (QV) é concebida pela World Health Organization (WHO) como a percepção do indivíduo sobre sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, destacando a visão de que a QV é um termo subjetivo e multidimensional, que inclui tanto facetas positivas quanto negativas (WHO 1995 apud OLIVEIRA et al 2012).

Para Monteiro et al (2010) a melhoria da qualidade de vida passou a ser considerada como um desfecho a ser obtido após práticas assistenciais, bem como nas políticas públicas nas ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças.

Entende-se que múltiplos fatores estão relacionados e envolvidos com a capacidade funcional, o nível socioeconômico e a satisfação do indivíduo, o que favorece a uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA et al,2012).

Dessa forma, admite-se que as várias áreas da saúde têm utilizado diferentes medidas de QV para avaliar e prever o impacto de determinadas enfermidades na população em geral, no sentido de obter uma visão integral do indivíduo e sua resposta à enfermidade (OLIVEIRA 2005; GAÍVA 1998 apud FONTES 2012).

Nesta perspectiva, o termo QV tem sido muito utilizado nas últimas décadas pela mídia, por acadêmicos e em conversas do dia-a-dia devido a crescente preocupação individual e coletiva com a saúde e o bem estar da população (GORDIA et al, 2011).

4.2 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE NO TRABALHO

A QVT tem sido preocupação do homem desde o início da sua existência para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalho. (OLIVEIRA, 2005; RODRIGUES 2002 apud FONTES 2012).

No início do século XIX essa terminologia apresentou duas concepções: a voltada à produtividade, desempenho e a outra com a real atenção à saúde do trabalhador (FONTES, 2012).

Alguns estudiosos e dirigentes nos últimos anos têm ampliado o interesse por QVT e suas implicações, demonstrando-a como suporte da crescente necessidade de satisfação do ser humano, incrementando a produtividade e alterando, desta forma, a essência dos novos modelos de gestão. (MARCITELLI, 2011).

De acordo com Gonçalves et al (2012), a QVT pode ser conceituada pela busca do equilíbrio psíquico, físico e social respeitando as necessidades e limitações do ser humano que resulte no crescimento pessoal e profissional, sem traumas que afetem atitudes pessoais e comportamentais. Nesse sentido, tal fato torna-se relevante para a laboriosidade pessoal e coletiva focando a motivação para o trabalho, a adaptabilidade a mudanças, a criatividade e a vontade de inovar.

Para Costa et al (2012), o trabalho e suas dimensões podem ser expressados por fatores ocupacionais e não ocupacionais fazendo-se necessário a implantação de programas de saúde do trabalhador que tenham como foco o indivíduo em sua totalidade.

Schmidt et al (2013) constataram, em pesquisa, uma relação inversa e de forte magnitude entre QVT e a dimensão exaustão emocional, corroborando que a alta exposição ao estresse ocupacional diminui a QVT de profissionais de enfermagem. Como também apontam uma correlação negativa entre satisfação no trabalho e a síndrome de burnout. Eles ressaltam ainda, que tais aspectos acentuam a necessidade de implantação de programas que visem à melhoria da QVT, o que contribuiria para a redução dos riscos de doenças ocupacionais, beneficiando trabalhadores e instituições.

Atualmente algumas empresas não se preocupam em dar Qualidade de Vida para seus funcionários e com isso os empregados não tem motivação para fazer um bom trabalho. A solução para isso é fazer com que essas empresas pensem mais em seus colaboradores promovendo à Qualidade de Vida no Trabalho para que possa ter produtividade e desempenho para suas empresas (GONÇALVES et al 2012).

4.3 O TRABALHADOR DE SAÚDE E O CUIDADO DE SI MESMO

A atenção à saúde do trabalhador vem tomando grandes proporções acerca das ações de promoção e proteção à saúde dos profissionais e o cuidado consigo mesmo para a melhoria de sua qualidade de vida. O termo Saúde do Trabalhador refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, “o cuidado não é uma prática inovadora, ou seja, realiza-se desde o princípio da humanidade e é intrínseco ao processo de viver, adoecer e morrer dos seres humanos” (SANTOS; RADÜNZ, 2011).

De acordo com Baggio e Erdmann (2010) os seres humanos dependem uns dos outros para a sua autonomia, sua sobrevivência e seu cuidado pessoal e profissional, num processo relacional construtivo e criativo na totalidade da vida.

Percebe-se que agindo com cuidado o indivíduo pode se tornar apto a desempenhar posições de responsabilidade, principalmente em relação à saúde, à vida e à felicidade, pois elas resultam da obediência às leis físicas que governam o corpo e, portanto, deve-se dar atenção e ouvir ao corpo, atender ao seu apelo e cuidá-lo (BAGGIO; ERDMANN, 2013).

Em nossa sociedade atual se intensifica as transformações sociais, econômicas, jurídicas, organizacionais e técnicas do trabalho em saúde exercendo profunda influência sobre o processo de

saúde-adoecimento e a qualidade de vida nos contextos laborais (GIL-MONTE, 1999 apud GALINDO et al 2012).

Segundo Galindo (2012) convém ficar atento para o fato de que a busca de encontrar soluções pessoais para os problemas do trabalho, favorece menos à própria saúde e ao trabalho executado.

Dessa maneira, é primordial haver o equilíbrio entre os domínios da vida do ser humano, ressaltados pelo método de avaliação da qualidade de vida da OMS, o instrumento WHOQOL -100: composto de cem perguntas compreendidas em seis domínios, o físico; o psicológico; o nível de independência; a relação social; o meio ambiente; e a espiritualidade/religiosidade.

Fernandes et al (2012) enfatiza que os resultados encontrados em pesquisas avaliativas com tal instrumento da OMS, mostram o impacto negativo do número de vínculos, do vínculo empregatício inseguro, da excessiva carga horária de trabalho e da insatisfação com o trabalho nos domínios da qualidade de vida.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do resultado desta pesquisa observou-se que existe uma preocupação acentuada pelos autores nessa temática. Os artigos estudados demonstraram que já existem estratégias próprias para a melhoria da qualidade de vida dos profissionais da saúde, principalmente, para os enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos, agentes comunitários de saúde, professores universitários da área da saúde. Bem como, a verificação de testes preconizados pela OMS utilizados como parâmetros para mensurar a qualidade de vida desse público-alvo. Pode-se constatar também que a maioria dos pesquisadores era das áreas de Enfermagem e Medicina.

Ressalta-se com esse estudo que a busca incessante por mais subsídios teórico-práticos associados ao estabelecimento de políticas públicas relacionadas à saúde do trabalhador deve efetivar a implantação de estratégias em prol da melhoria da qualidade de vida de tais profissionais seja no trabalho ou fora dele e, conseqüentemente o melhor desempenho nos serviços prestados em sua rotina.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Austeclino Newton Marinho; ALBUQUERQUE, Marco Antônio Costa de; ANDRADE, Aley Newton Marinho. Avaliação do Nível de Estresse do Anestesiologista da Cooperativa de Anestesiologia de Sergipe. Revista Brasileira de Anestesiologia , vol. 61, nº 4, julho-agosto 2011.

ANVISA. A ANVISA na Redução à Exposição Involuntária à Fumaça do Tabaco. Gerência de Produtos Derivados do Tabaco, GPDTA/ANVISA, Brasília-DF, 2009.

BAGGIO, Maria Aparecida and ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado "do nós". Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2010, vol.18, n.5, pp. 895-902. ISSN 0104-1169.

BAPTISTINI, Marcela Almeida; BORGES, Luiz Henrique; BAPTISTINI, Renan Almeida. Aspectos de vida, trabalho e saúde de trabalhadores do setor de rochas ornamentais. Ciência & Saúde Coletiva, 18(7): 2105-2117, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.823, DE 23 DE AGOSTO DE 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador / Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

CERVO, L. A.; BERVIAN, A. P.; Metodologia Científica. 3ª. Ed. São Paulo: Mc Graw-Hill do Brasil, 1983.

COSTA, Carolina Souza Neves da; FREITAS, Elizabeth Garcia de; MENDONÇA, Lorena Cristina de Souza; ALEM, Michele Elizabeth Rubio; COURRY, Helenice Jane Cote Gil. Capacidade para o trabalho e qualidade de vida de trabalhadores industriais. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.6, pp. 1635-1642. ISSN 1413-8123.

FERNANDES, Janielle Silva; MIRANZI, Sybele de Souza Castro; IWAMOTO, Helena Hemiko; TAVARES, Darlene Mara dos Santos; DOS SANTOS, Claudia Benedita. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes Saúde da Família. Revista Escola de Enfermagem USP; 46 (2); 404-12, 2012.

FOGAÇA, Monalisa de Cássia; CARVALHO, Werther Brunow de and NOGUEIRA-MARTINS, Luiz Antonio. Estudo preliminar sobre a qualidade de vida de médicos e enfermeiros intensivistas pediátricos e neonatais. Rev. esc. enferm. USP[online]. 2010, vol.44, n.3, pp. 708-712. ISSN 0080-6234.

FONSECA, J. J. S. Metodologia da pesquisa científica. Fortaleza: UEC, 2002.

GALINDO, Renata Hirschle; FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; LIMA, Raitza Araújo dos Santos and SOUZA, Ariani Impieri de. Síndrome de Burnout entre enfermeiros de um hospital geral da cidade do Recife. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 420-427. ISSN 0080-6234.

GONÇALVES, Fabio Nascimento; Alessandro S. MIRANDA; Alynne NEVES; Luzia SANTOS, Dayanne Costa dos; CONCEIÇÃO, Marcelo Guimarães da; BARREIRA, Marlene Conceição; CHAGAS, Rafaela S; MATTOS, Raphael Guilherme Cardoso. A importância da qualidade de vida no trabalho e sua influência nas relações humanas. Anuário de Produções Acadêmico-científicas dos discentes da Faculdade Araguaia, 2: 61-77. 2012.

GORDIA, Alex Pinheiro; QUADROS; Teresa Maria Bianchini de; OLIVEIRA; Monalyza Tayane Carvalho; CAMPOS; Wagner de. Qualidade de vida: contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. Revista Brasileira de Qualidade de Vida. Ponta Grossa – PR – Brasil. v. 03, n. 01, jan./jun. 2011, p. 40-52.

MARCITELLI, Carla Regina de Almeida. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. *Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*, vol. 15, núm. 4, 2011, pp. 215-228.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONTEIRO, Rosângela; BRAILE, Domingo M.; BRANDAU, Ricardo; JATENE, Fábio B.. Qualidade de Vida em foco. *Rev Bras Cir Cardiovasc*: 25(4): 568-574; 2010.

OLIVEIRA, Elizabete Regina Araújo de et al. Gênero e qualidade de vida percebida: estudo com professores da área de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.3, pp. 741-747. ISSN 1413-8123.

SCHMIDT, Denise Rodrigues Costa et al. Qualidade de vida no trabalho e burnout em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.1, pp. 13-17. ISSN 0034-7167.

SCOPINHO, Rosemeire Aparecida. Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp. 1575-1584. ISSN 1413-8123.

SILVA, Cláudia Osório da; RAMMINGER, Tatiana. O trabalho como operador de saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.12, pp. 4751-4758. ISSN 1413-8123.

TAETS, Gunnar Glauco De Cunto; BORBA-PINHEIRO, Cláudio Joaquim; FIGUEIREDO, Nêbia Maria Almeida de and DANTAS, Estélio Henrique Martin. Impacto de um programa de musicoterapia sobre o nível de estresse de profissionais de saúde. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2013, vol.66, n.3, pp. 385-390. ISSN 0034-7167.

Capítulo 20

O USO DO PORTFÓLIO PARA O ALCANCE DE OBJETIVOS DE APRENDIZAGEM NA METODOLOGIA BASEADA EM PROBLEMAS DO CURSO DE ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400659](https://doi.org/10.37423/200400659)

Andrelisa Vendrami Parra (Enfermeira Doutora em Ciências da Saúde e Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul)

Maikon Eduardo Molina Leite (Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul).

Marcus Vinícius de Souza Dias (Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul).

Maria Ritha Lacerda de Oliveira (Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul).

Descritores: Educação em Enfermagem, Avaliação Educacional.



1.INTRODUÇÃO

Portfólio é um documento por meio do qual se expõe os resultados de atividades variadas, constitui um reflexo de quem o redige, espelha capacidade de observação, oportuniza a capacidade de análise crítica e reflexiva de uma situação vivenciada, estimula a autonomia, escolhas, tomada de decisões, possibilita a construção baseada nos aspectos cognitivos e afetivos, além da sistematização de todas as informações presenciadas (ALVARENGA, 2001; SÁ-CHAVES, 2000; WATERMAN, 1991).

O portfólio é um instrumento de ativação do pensamento reflexivo, demonstra o percurso do estudante, não só nas questões cognitivas, mas também nas afetivas, é um instrumento de diálogo, facilitara interpretação da realidade vivida e sentida, a auto-reflexão e as tomadas de decisões, providenciando oportunidades para documentar, registrar e estruturar os procedimentos e a própria aprendizagem, indicando novas pistas, abrindo novas hipóteses que facilitem as estratégias de auto direcionamento e de reorientação e de autodesenvolvimento (SÁ-CHAVES, 2000; MARINHEIRO, 2005).

O principal objetivo do portfólio é ajudar o estudante a desenvolver a habilidade de avaliar seu próprio trabalho. O estudante tem a autonomia para escolher as formas para estudar e de como construir seu próprio portfólio (ALVARENGA, 2001).

Nesta perspectiva, o portfólio é utilizado como uma forma de avaliação qualitativa, formativa e democrática, além de ser um instrumento facilitador do processo ensino aprendizagem de forma significativa e crítica, importante para a troca de experiência e conhecimentos entre docentes e estudantes, potencializando assim a formação do enfermeiro (SEMIM, SOUZA E CORRÊA, 2010).

O atual projeto político pedagógico do curso de graduação – Bacharelado em Enfermagem – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) surgiu no intuito de graduar um profissional enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, com competências técnica, científica, ética, político social e educativa, capaz de atuar nos diferentes níveis de complexidade do processo saúde-doença. Portanto, a partir do ano de 2009, utiliza a metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), que faz com que o aluno trabalhe em equipe subdivididos em pequenos grupos na forma de tutoria, de oito a doze alunos no máximo, coordenados por um docente, chamado tutor, que têm o papel de facilitar o processo ensino aprendizagem, aproximando o estudante da prática profissional, no sentido de fomentar a construção de conhecimentos, habilidades e atitudes, com autonomia e responsabilidade, desempenhando um papel ativo e participativo e conseqüentemente fazendo com que objetivos

curriculares de aprendizagem sejam alcançados através da discussão de um caso clínico, que impacta em questões cognitivas a serem estudadas, sempre tendo o cliente como um ser integral.

No contexto da reestruturação do ensino de graduação em enfermagem nesta universidade, o portfólio reflexivo vem sendo utilizado como instrumento de aprendizagem e avaliação, como um dos itens de processos contínuos, tendo em vista a melhoria do processo ensino-aprendizagem e o desenvolvimento do estudante e professor. A dificuldade que se apresentou como motivadora para este estudo foi de compreender a reflexão feita pelos os estudantes, cabendo ressaltar alguns questionamentos: os objetivos curriculares de aprendizagem do módulo estão sendo estudados no portfólio? Por quem? O portfólio estimula a autonomia da aprendizagem?

Assim, o presente estudo integra uma análise estrutural voltado para investigação dos objetivos de aprendizagem estudados e descritos em portfólio estão sendo alcançados conforme os objetivos curriculares propostos pelos tutores nos módulos semestrais.

2.OBJETIVO

Comparar os objetivos específicos propostos nos Módulos: “Ser Humano, Sociedade e Enfermagem”, “Processo Saúde-Doença na coletividade”, “Dimensões do Cuidar em Enfermagem I” e “Dimensões do Cuidar em Enfermagem II” descritos no Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da UFMS com os objetivos de aprendizagem estudados em tutoria e descritos no portfólio dos acadêmicos de enfermagem da UFMS.

3.METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, na qual foram analisados e comparados 30 portfólios. Os sujeitos do estudo foram os portfólios dos alunos no curso de Bacharelado em Enfermagem, que cursavam o primeiro e segundo ano e que utilizava o portfólio como instrumento de avaliação da aprendizagem desde o primeiro semestre (ingressos em 2009 e 2010 respectivamente).

Todos os portfólios entregues foram incluídos no estudo. Primeiramente foi realizado uma análise qualitativa dos objetivos de aprendizagem descritos nos portfólios e após um agrupamento destes considerando os objetivos similares entre os grupos, estes foram listados e comparados com os objetivos específicos dos módulos descritos no projeto pedagógico do curso.

4. RESULTADOS

Foram comparados os objetivos de aprendizagem de quatro módulos que integram o primeiro, segundo e terceiro semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul com os objetivos de aprendizagem estudados em tutorias e descritos no portfólio dos acadêmicos.

No Módulo “Ser Humano, Sociedade e Enfermagem”, do primeiro semestre do curso de enfermagem, oito (8) dos treze (13) objetivos de aprendizagem propostos foram alcançados no portfólio, equivalendo a 61,5% dos objetivos específicos estudados. Observa-se que os objetivos que envolvem questões biológicas foram mais amplamente estudados em comparação com os de questões psicossociais, que envolve um raciocínio afetivo e conhecimento prévio social e político. A tabela 1 a seguir, demonstra a comparação realizada.

TABELA 1- Comparação entre os objetivos de aprendizagem propostos e os objetivos de aprendizagem estudados no portfólio do módulo “Ser Humano, Sociedade e Enfermagem”. Campo Grande, 2012.

Objetivos Específicos do Módulo	Objetivos de Aprendizagem no Portfólio
1. Reconhecer estrutura da UFMS e o projeto pedagógico do curso	NÃO ESTUDADO
2. Conhecer proposta do Currículo Integrado e a Metodologia do PBL	NÃO ESTUDADO
3. Identificar as diferentes teorias pedagógicas de ensino-aprendizagem	Diferenciar Metodologia Ativa e Tradicional
4. Conhecer a História da Enfermagem no Brasil e no Mundo	NÃO ESTUDADO
5. Estudar a evolução do Ensino de Enfermagem	Descrever o perfil do enfermeiro
6. Identificar características da Enfermagem na sociedade contemporânea	Identificar a escolha de uma profissão
7. Compreender o ser humano biologicamente e sua origem	NÃO ESTUDADO
8. Estudar a Morfofisiologia do Sistema Nervoso	Descrever a anatomia e fisiologia do SNC, receptores neurais, nervos periféricos e lesões no SNC e suas áreas.
9. Compreender o desenvolvimento cognitivo do Ser Humano	Estudar plasticidade cerebral e sua recuperação
10. Identificar a importância da nutrição na construção física e psíquica do ser humano	Estudar alimentação saudável
11. Entender a família e sociedade de forma integral e seus determinantes	Descrever os impactos psicossociais da paraplegia na pessoa, família e sociedade
12. Compreender a construção e a evolução do conhecimento científico	Diferenciar Técnica e Método
13. Conhecer as Normas da ABNT 6023 e 10520 e sua aplicabilidade	NÃO ESTUDADO

No Módulo “Processo Saúde-Doença na Coletividade”, do segundo semestre do curso de enfermagem, todos (100%) dos objetivos específicos propostos foram alcançados no portfólio, sendo estes descritos na tabela 2, a seguir:

TABELA 2- Comparação entre os objetivos de aprendizagem propostos e os objetivos de aprendizagem estudados no portfólio do módulo “Processo Saúde-Doença na Coletividade”. Campo Grande, 2012.

Objetivos Específicos do Módulo	Objetivos de Aprendizagem no Portfólio
1. Avaliar as condições de saúde do indivíduo e da família de forma integrada	Estudar conceitos de promoção e prevenção de saúde
2. Conhecer a evolução das políticas de saúde	Pesquisar a Carta de Ottawa no SUS, Distritos sanitários e Políticas de saúde e sua evolução Política Nacional de Atenção às Urgências Política Nacional de Alimentação e Nutrição
3. Conhecer a morfofisiologia do sistema gastrointestinal para compreensão do processo saúde-doença para assistência de enfermagem	Estudar distúrbios gastrointestinais e a má alimentação
4. Discutir os instrumentos e métodos para abordagem do processo do estado de saúde-doença com o meio ambiente	Relacionar o saneamento básico e a falta do mesmo Sobrepeso e obesidade Saúde do trabalhador Enfermagem em relação violência
5. Correlacionar o processo saúde-doença	Pesquisar as causas da mortalidade no Brasil
6. Discutir conceitos de saúde-doença nos paradigmas assistenciais	Pesquisar os modelos de produção no Brasil Estudar o atendimento do SAMU e Bombeiros

No Módulo “Dimensões do Cuidar em Enfermagem I”, nove (9) dos onze (11) objetivos específicos propostos foram estudados no portfólio, equivalendo a 82%. A grande amplitude do suporte básico de vida e dos primeiros socorros motivam os alunos a estudarem este eixo, deixando o processo de enfermagem para um estudo posterior. Os objetivos de aprendizagem estão descritos na tabela 3 abaixo.

TABELA 3- Comparação entre os objetivos de aprendizagem propostos e os objetivos de aprendizagem estudados no portfólio do módulo “Dimensões do Cuidar em Enfermagem I”. Campo Grande, 2012.

Objetivos Específicos do Módulo	Objetivos de Aprendizagem no Portfólio
1. Adquirir bases de assistência integral para promoção e prevenção	Diferenciar UBS, UBSF e UPA Estudar projetos de Promoção da saúde e prevenção de doenças (Viver com Saúde)
2. Relacionar o conhecimento morfofisiológico dos tecidos e sistemas do corpo humano	Estudar a fisiologia do sistema respiratório e pele. Relacionar as modificações fisiológicas e psicológicas no envelhecimento.

	Estudar envelhecimento saudável
3. Prestar assistência de enfermagem ao indivíduo e família na atenção primária	Pesquisar classificação de risco Conceituar senilidade e senescência Aplicar a semiologia da pele
4. Conhecer as fases do processo de enfermagem para o cuidar	NÃO ESTUDADO
5. Realizar o histórico de enfermagem	NÃO ESTUDADO
6. Desenvolver o raciocínio crítico e investigativo	Estudar os princípios da comunicação terapêutica
7. Conhecer os princípios de biossegurança e medidas de precauções para o cuidar na atenção primária	Identificar os fatores que elevam a pressão arterial Relacionar a higiene corporal e atividade física para a saúde
8. Desenvolver habilidades de cuidar aplicando conhecimento de biossegurança e suporte básico de vida em diversas situações	Descrever a avaliação secundária, Sinais de choque, controle de hemorragia, imobilização e retirada de capacete
9. Conhecer a inserção da equipe de enfermagem no processo de trabalho em saúde em diversos cenários	Conhecer a ação educativa para hipertensos na UBS Atendimento das unidades 24h
10. Conhecer os aspectos éticos, morais, legais e sociais no processo de cuidar em saúde	Pesquisar o direito dos idosos e suplementos anti-envelhecimento
11. Conhecer a política de atenção dos indivíduos com problemas de obesidade, dependência química e doença crônica	Estudar mitos e preconceitos do envelhecimento, Pesquisar os fatores de risco para a hipertensão e como controlar.

No Módulo “Dimensões do Cuidar em Enfermagem II”, 8 (oito) dos 15 (quinze) objetivos específicos propostos foram estudados no portfólio, equivalendo a 53%. Novamente a sistematização da assistência de enfermagem não é tão explorada quanto os aspectos fisiopatológicos, a motivação para o estudo ainda é instigada pela doença e aspectos curativos, demonstrando a importância de discussões mais impactantes relacionadas ao processo saúde doença. A comparação dos objetivos de aprendizagem estão descritos na tabela 4 abaixo.

TABELA 4- Comparação entre os objetivos de aprendizagem propostos e os objetivos de aprendizagem estudados no portfólio do módulo “Dimensões do Cuidar em Enfermagem II”. Campo Grande, 2012.

Objetivos Específicos do Módulo	Objetivos de Aprendizagem no Portfólio
1. Estudar as principais teorias da enfermagem	NÃO ESTUDADO
2. Desenvolver a sistematização da assistência de enfermagem	NÃO ESTUDADO
3. Relacionar os aspectos éticos e legais do processo de enfermagem	NÃO ESTUDADO
4. Aplicar as bases conceituais para assistência integral em saúde	NÃO ESTUDADO

5.	Desenvolver habilidades cognitivas, psicomotoras, afetivas e éticas para a enfermagem	NÃO ESTUDADO
6.	Desenvolver capacidade de comunicação administrativa e de registro de informação	NÃO ESTUDADO
7.	Desenvolver habilidades para a prática de educação em saúde	NÃO ESTUDADO
8.	Relacionar os conhecimentos morfofisiológicos com as ações da enfermagem	Relacionar a falta de higiene e suas conseqüências, estágios da hipertensão, sintomas relacionados ao débito cardíaco diminuído e exames laboratoriais (bioquímica e hemograma)
9.	Adquirir conhecimentos específicos dos sistemas: vascular e linfático, renal, urinário, tegumentar e imunológico	Estudar a fisiologia do sistema linfático e da regulação da pressão arterial. Parasitologia da Doença de Chagas Fisiopatologia da malária
10.	Compreender as políticas de saúde pública, características epidemiológicas da área de abrangência e ações estratégicas dos programas de saúde	Pesquisar as competências do enfermeiro na UBS.
11.	Discutir a atuação do enfermeiro no processo do trabalho em saúde	Estudar relacionamento interpessoal.
12.	Compreender a importância da pessoa e família na sociedade	Pesquisar as relações familiares e sua interferência no biopsicossócio e espiritual no indivíduo.
13.	Aplicar princípios de biossegurança e saúde ambiental para a prevenção e controle de infecções	Estudar as necessidades humanas básicas
14.	Adquirir conhecimentos e habilidades para a execução de procedimentos fundamentais de enfermagem	Descrever como realizar o controle de sinais vitais e a classificação de risco
15.	Adquirir conhecimentos e habilidades para a realização do exame físico geral e específico	Estudar o exame físico

5.DIUSSÃO

Podemos observar neste estudo que vários objetos curriculares dos dois primeiros anos de graduação em enfermagem não foram contemplados no portfólio, demonstrando assim que o portfólio não pode ser o único instrumento de ensino aprendizagem, pode colaborar com o aprendizado e ser um facilitador do mesmo, pois demonstra os interesses pessoais dos estudantes e as necessidades cognitivas que precisam ser exploradas.

O portfólio deve contribuir para que o aluno acompanhe o desenvolvimento de seu trabalho. Neste sentido o aluno pode conhecer as suas competências e suas potencialidades ou suas dificuldades, ou

seja, observar os aspectos que devem ser melhorados. Atualmente o portfólio tem sido utilizado principalmente em currículos inovadores, por exemplo, a ABP na formação em saúde, o portfólio aparece em diferentes âmbitos da formação. A estratégia do portfólio permite ao estudante uma diversificação e ampliação do seu modo de olhar a realidade fomentando à tomada de decisões tornando-o mais seguro de si e tolerante quanto as hipóteses dos outros (SÁ-CHAVES, 2000; SEMIM, SOUZA E CORRÊA, 2010).

Foi possível observar também nesta pesquisa um avanço e aprofundamento do estudo individual do aluno, nota-se uma maior complexidade e integralidade conforme os relatos no portfólio. Conforme a complexidade do módulo os objetivos de aprendizagem aumentam demonstrando o crescimento e aprendizado em formato de espiral. O reflexo dos portfólios e das tutorias se faz nas atividades práticas e na vida profissional, onde o acadêmico aprende a lidar com as situações problemas do cotidiano, conseguindo resolvê-las com a autonomia do estudo individual.

No Curso de Enfermagem da UFMS, o portfólio é utilizado como um método de avaliação formativa, o que contribui muito para o crescimento individual e profissional do acadêmico. Lembramos que portfólio não é substituto da avaliação somativa, como provas e outros instrumentos, é utilizado como coadjuvante e instrumento de estudos e pesquisas para uma melhor avaliação do aprendizado por parte do aluno. No contexto da avaliação formativa, a prova não pode ser o único procedimento adotado, deve vir acompanhada por outros meios, como por exemplo, o portfólio (VILLAS BOAS, 2005).

Villas Boas (2005) aponta a importância da avaliação formativa, destacando que as notas e conceitos ocuparão um lugar secundário podendo com o tempo ser abolidos, pois o aluno compreenderá a importância do aprendizado e não estudará mais para passar de ano, mas para aprender. A autonomia é estimulada no estudante, pois ele tem que construir o seu próprio portfólio, possibilitando escolhas e tomada de decisão (Hoffmann, 2003).

Com o uso do portfólio, o trabalho pedagógico e a avaliação deixam de ser atividades exclusivas dos professores, sendo que a parceria passa a ser um princípio norteador das atividades e objetivos de aprendizagem estipulados pelos acadêmicos. Há necessidade de continuidade da avaliação, para aprofundar o conhecimento sobre as possibilidades de uso desse recurso nessa atividade e verificar outros aspectos, como a relação custo-benefício que representa, a possibilidade de empregá-lo como instrumento de avaliação de desempenho e vinculá-lo à obtenção de notas (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

A avaliação da aprendizagem existe para assegurar a qualidade e qualificação da aprendizagem, auxiliando o avanço do aluno, a apropriação de conhecimentos e o desenvolvimento de habilidades mínimas necessárias para a prática profissional (LUCKESI, 2002). Assim o portfólio é um suporte, permitindo equacionar conflitos cognitivos, afetivos e psicomotores, lacunas científicas e omissões, possibilitando desenvolvimento progressivo dos níveis de consciência e da emancipação do estudante. Além disso, no final do período de formação ao qual se refere, o portfólio constitui ampla evidência dos resultados e dos processos que o determinaram (SILVA; SÁ-CHAVES, 2008).

6. CONCLUSÃO

A partir da avaliação dos portfólios dos acadêmicos de enfermagem dos anos de 2009 e 2010, a maioria dos objetivos propostos nos módulos foram atingidos durante discussões em tutorias e durante a descrição do estudo individual relatado no portfólio, porém não completamente, demonstrando as lacunas científicas e omissões que devem ser sanadas com outros instrumentos de ensino-aprendizagem.

O portfólio demonstra ser facilitador do processo e colabora para o desenvolvimento científico, afetivo e reflexivo do aluno ajudando na resolução de problemas cotidianos e profissionais. Em conjunto com outras ferramentas de ensino aprendizagem é aliado para a formação de um enfermeiro com habilidades cognitivas e psicomotoras de qualidade, eficientes e seguras para atuação junto à pessoa, família e comunidade em toda a rede de atenção à saúde.

Implicações para a enfermagem: A educação em enfermagem direcionada por metodologias ativas e por avaliações formativas contribui para uma formação profissional com autonomia, crítica e reflexiva. O portfólio pode ser utilizado em diferentes áreas de formação profissional, cumpre um papel importante em vários contextos educativos como estratégia que elevam a construção do conhecimento de forma reflexiva.

REFERÊNCIAS

- Alvarenga, G. M. Portfólio: o que é e a que serve? Revista Olho Mágico (Em Questão), v. 8, n. 1, jan/abr. 2001.
- Hoffmann, J. Avaliação: mito & desafio – uma perspectiva construtivista. 32ª ed. Porto Alegre (RS): Ed: Mediação, 2003, 104p.
- Luckesi, C. C. Avaliação da aprendizagem escolar: estudos e proposições, 12 ed. São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

Marinheiro, P. O Portfólio numa unidade curricular. In: Sá- Chavez, I. Os Portfólios reflexivos (também) trazem gente dentro. Reflexões em torno do seu uso na humanização dos processos formativos. Portugal: Ed. Porto, 2005.

Sá-Chaves, I. Portfólio reflexivo: estratégia de formação e de supervisão. Aveiro: Universidade de Aveiro. 2000 (Formação de Professores – Cadernos Didáticos: série supervisão, 1).

Semim, G. M.; Mello e Souza, M. C. B.; Corrêa, A. K. Percepção de Estudantes de Enfermagem sobre o uso do Portfólio Reflexivo. Revista de Educação PUC-Campinas, Campinas, n.29, p.177-187, jul./dez., 2010.

Silva, R. F; Sá-Chaves, I. Formação Reflexiva: representações dos professores acerca do uso de portfólio reflexivo na formação de médicos e enfermeiros. Revista Interface: comunicação, saúde e educação, v. 12, n. 27, out/dez. 2008, pág. 721-34.

Villas Boas, B. M. F. Portfólio, avaliação e trabalho pedagógico. 2ª ed. Campinas (SP): Papirus, 2005.

Waterman, M. A. Teaching portfólios for summative and peer evaluation. In: American Association for Higher Education Conference on Assessment for Higher Education, 6, San Francisco, 1991.

Capítulo 21

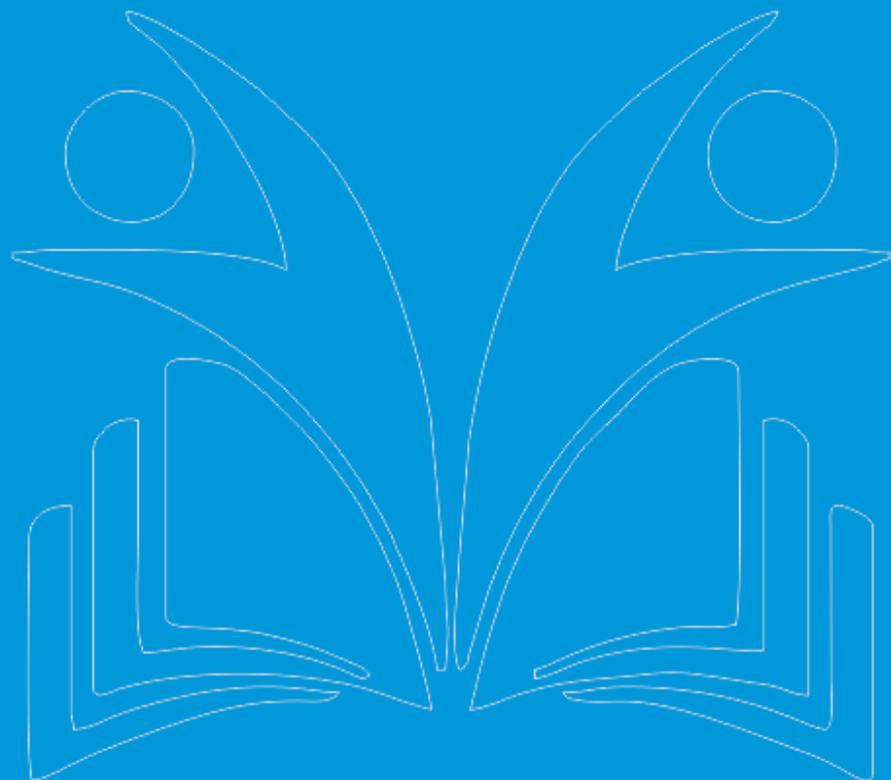
INTERGERACIONALIDADE E ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400663](https://doi.org/10.37423/200400663)

Bezerra de Andrade, Janeide.

Oliveira Cavalcanti, Marina Stella

Santos, Talita Damiana



O envelhecimento pode ser entendido como um processo comum a todos os seres que depende e são influenciados por múltiplos fatores (biológicos, econômicos, psicológicos, sociais, culturais, entre outros) conferindo a cada um que envelhece características particulares. É um processo dinâmico e progressivo que apresenta modificações tanto morfológicas como funcionais e bioquímicas que podem interferir na capacidade de cada indivíduo ao meio social em que vive tornando-o mais vulnerável aos agravos e doenças. A maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos podem ocasionar a diminuição da capacidade funcional do idoso, o que na maioria das vezes implica em uma necessidade de cuidado para com o mesmo. Sendo assim, torna-se importante entender que é normal, determinadas dificuldades e perdas apresentadas, bem como saber diferenciar um processo normal de um patológico, até onde se trata de inerente ao envelhecimento e a partir de quando se deve procurar atendimento profissional. Tal disposição permite subsidiar o planejamento da assistência profissional que o nosso entendimento deve estar com o contexto familiar do idoso, considerando as nuances culturais e sociais presentes nesta relação. No que diz respeito ao papel da família, a constituição brasileira assinala o dever dos pais de assistir e educar os filhos menores; e de outro lado, os filhos maiores tem o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade. Ressalta também a responsabilidade da sociedade e do Estado, já com a família de amparar as pessoas idosas e que isto deve ser feito preferencialmente nos lares. Objetivando facilitar a contextualização dos relatos obtidos, julgamos ser necessário, esclarecemos, no entanto, que o perfil não mostra a totalidade das características dos narradores, apenas fornece uma noção parcial dos entrevistados, onde os alunos participantes do estudo cursavam do 1º ao 8º período do curso de graduação em enfermagem, na faixa etária entre 17 a 27 anos, onde 50% são do sexo masculino e 50% do sexo feminino e 7 deles são católicos e 1 evangélico, a coleta de dados foi realizada no horário estudantil. Observamos que o período que cada aluno cursava, teve influência direta com o desenvolvimento da pesquisa, uma vez que a pesquisa constava de uma redação sobre intergeracionalidade e enfermagem, sendo observado certa preocupação dos alunos com o processo do envelhecer, onde a maioria das pessoas precisa aprender a cuidar e valorizar os idosos que um dia foi jovem e contribuíram com a evolução do país, relataram também que o Brasil não está preparado para uma população de idosos devido o fator socioeconômico de cada um, pois eles precisam de saúde para viver com dignidade. O compreender dos alunos no processo de envelhecimento no âmbito familiar, tomando como parâmetro a intergeracionalidade, com a finalidade de contribuir através do aprendizado durante a graduação e prestar no futuro uma assistência qualificada, aos idosos e

familiares nos diferentes órgãos de saúde e sociais. Acreditamos que a pesquisa qualitativa é fundamental em estudos humanísticos, pois qualifica o conhecimento: o ser humano e a sociedade.

O envelhecimento é um processo complexo, pluridimensional, revestido não apenas por perdas, mas por aquisições individuais e coletivas, fenômenos inseparáveis e simultâneos. Por mais que o ato de envelhecer seja individual, o ser humano vive na esfera coletiva e como tal, sofre as influências da sociedade de maneira geral, da família em particular, interferindo na maneira de compreender o seu processo de envelhecimento, velhice e ou dos seus familiares. Isto nos leva entender, que nesta pesquisa os estudantes são conscientes e sensibilizados que a população do nosso país está envelhecendo e que o idoso precisa de acolhimento e respeito: O 1º aluno lembra: há algum tempo atrás as taxas de natalidade eram altas enquanto que a expectativa de vida era baixa, o que tornava a população do país jovem. Nos dias atuais esse quadro mudou, sendo reflexo dos fatores condicionantes. O 2º menciona: quando o nosso país começar a respeitar as crianças e idosos, então assim teremos um país melhor. O 3º valoriza o idoso, lembrando o conceito de saúde, como um equilíbrio entre os aspectos (bio, psico, social e espiritual) do ser humano, dentro do seu ciclo vital e do meio onde ele vive. Pois com eles temos anos de experiência e sabedorias. O 4º compara o processo de envelhecer com a auto-estima, reforçando que o contato com a família, mesmo de gerações diferentes é importante para o idoso não entrar em depressão. O 5º visa à atuação do enfermeiro na relação interpessoal, através dos programas educativos, mostrando-lhes que cada fase da vida tem sua importância. O 6º traduz a intergeracionalidade como intergerações sociais entre indivíduos de idades distintas, onde o idoso continua a ser excluído pelos jovens rebeldes e sem formação estudantil. O 7º defende a intergeracionalidade como igualdade de oportunidade para todos, com o objetivo de sensibilizar a população para os benefícios de uma sociedade justa e coesa, destacando a importância do reconhecimento tanto para os jovens, quanto para os idosos na família, comunidade e sociedade. O 8º entende geracionalidade como o apoio familiar que tem efeitos benéficos na saúde dos idosos, pois esses efeitos traduzem; amor, segurança, cuidado e incentiva o auto-estima do idoso a querer viver com dignidade. Este estudo qualitativo objetiva compreender o processo de envelhecimento no âmbito da universidade, comparando os parâmetros da intergeracionalidade. Foram entrevistados oito estudantes da UnP da cidade de Natal-RN com diferentes graus de conhecimentos e capacidade analítica, sendo assim, concluímos que os resultados obtidos, sobre a questão intergeracional é um ponto importante a ser trabalhado na formação de alunos para refletir na relação ao cuidado para com o idoso e sua família, pois, se por um lado a relação é de conflitos, por outro, pode ser considerada

uma relação de ajuda mútua, uma vez que os idosos não cuidados e ajudados por seus familiares, adoecem e morre mais rápido, devido o desprezo afetivo.

REFERÊNCIAS:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672007000300003&script=sci_arttext&tln...

<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google...>

http://search.bvsalud.org/regional/?q=intergeracionalidade&where=ALL&lang=pt&_charset_=iso-8859-1

http://search.bvsalud.org/regional/?q=intergeracionalidade%20e%20enfermagem&where=ALL&index=&lang=pt&_charset_=iso-8859-1

<http://search.bvsalud.org/regional/resources/lil-425775>

Capítulo 22

ESTRATÉGIA DE IMPLANTAÇÃO DE APLICATIVO PARA PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400665](https://doi.org/10.37423/200400665)

Isabele Gouveia Muniz de Alencar (Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Unidade de Cuidados Intensivos e Semi intensivos do Hospital Universitário do Vale do São Francisco. Petrolina (PE), Brasil).

Isabel e.muniz@ebserh.gov.br

Vanicleide de Sá Nunes (Enfermeira, Especialista em Gestão Pública, Chefe da Divisão de Enfermagem do Hospital Universitário do Vale do São Francisco. Petrolina (PE), Brasil).

vanisanunes@hotmail.com;

Audimar de Souza Alves (Enfermeira, Professora Mestre em Saúde da Materno Infantil, Universidade do Vale do São Francisco. Petrolina (PE), Brasil).

audimar.sa@gmail.com;

Renato Paula Gomes Cruz (Analista de Sistemas, Chefe da Tecnologia da Informação do Hospital Universitário do Vale do São Francisco. Petrolina (PE), Brasil).

renato.cruz@ebserh.gov.br



RESUMO: Objetivo: relatar a experiência do COISAE na implantação do módulo “Prescrição de Enfermagem”, cujas potencialidades qualificam a práxis de Enfermagem nos serviços geridos pela empresa. Método: estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado em um hospital universitário. Resultados: a implantação ocorreu por meio das seguintes fases: 1) Diagnóstico estratégico (visão dos cenários presentes e futuros); 2) Plano estratégico (objetivos estratégicos); 3) Iniciativa estratégica (desdobramentos de objetivos estratégicos); 4) Priorização das iniciativas 2015/2016; 5) Execução e acompanhamento. Conclusão: a acessibilidade da ferramenta demonstrou-se favorável para realizar as prescrições de Enfermagem, entretanto, cumpre ressaltar a responsabilidade do enfermeiro ao manter atualizada a prescrição. Descritores: Estratégias; Planejamento de Instituições de Saúde; Informática em Enfermagem; Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Tecnologia da Informação.

INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) trata-se de método utilizado por enfermeiros para prever seus cuidados de forma a proporcionar maior segurança aos pacientes, melhorar a qualidade da assistência e a autonomia aos profissionais.¹ Também pode ser compreendida como uma prática de planejamento das ações de Enfermagem e está respaldada por meio da Resolução 358/2009. Esta mesma resolução tem preconizado que a assistência de Enfermagem deve ser sistematizada por meio do Processo de Enfermagem (PE).²

Como o enfermeiro no âmbito hospitalar desenvolve inúmeras funções e responsabilidades,³ necessita de ferramentas gerenciais para auxiliá-lo na assistência prestada. É fundamental a disponibilização de ferramentas que favoreçam a implantação do PE em todas as suas etapas na prática, como impressos para auxiliar na coleta e registro dos dados do indivíduo, da família ou da comunidade e/ou softwares que auxiliem na execução das etapas do método científico.¹ Nesse cenário, a informática tem contribuído para o desenvolvimento de softwares direcionados à operacionalização de etapas do PE,⁴ entretanto, o uso de tais ferramentas requer acompanhamento de enfermeiros e gestores quanto à realização de todas as etapas do PE, bem como da concordância das prescrições quanto às necessidades individuais.

Estudo concluiu que, além de as prescrições de Enfermagem não estarem sendo realizadas em sua totalidade, não se encontravam em consonância com as reais necessidades dos pacientes.⁵ Diante dessa problemática, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desenvolveu o módulo “Prescrição de Enfermagem”, cujo referencial teórico embasa-se na teoria das Necessidades Humanas Básicas e taxonomia da NANDA Internacional.⁶ Este módulo está disponibilizado para a implantação nas filiais dos hospitais universitários geridos pela empresa, em todo o Brasil, por meio de aplicativo para uso em computadores.

Mediante a necessidade de tal implantação em um dos serviços geridos pela empresa, foi desenvolvido o Comitê de Implantação e Implementação da SAE (COIISAE) para discutir estratégias de implantação e promover treinamento da equipe de Enfermagem na utilização da ferramenta.

OBJETIVO

- Relatar a experiência do COIISAE na implantação do módulo “Prescrição de Enfermagem”, cujas potencialidades qualificam a práxis de Enfermagem nos serviços geridos pela empresa.

MÉTODO

Estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado no período de maio de 2015 a junho de 2016, em um hospital universitário na cidade de Petrolina, PE, Brasil. Este relato foi desenvolvido por membros da COISAE inseridos nas atividades educativas realizadas para os profissionais de Enfermagem, em reuniões com os líderes de Enfermagem dos setores e com o setor Tecnologia da Informação do serviço.

O módulo “Prescrição de Enfermagem” refere-se à prescrição de Enfermagem e compreende duas das cinco etapas da SAE: o Diagnóstico de Enfermagem e o Planejamento (Prescrição de Enfermagem).

Apresenta como vantagens: alinhamento dos processos de atenção ao paciente executados nos Hospitais Universitários Federais (HUF’s); qualificação do atendimento; produção de indicadores de qualidade; troca de informações gerenciais, de saúde e o desenvolvimento de uma comunidade colaborativa dos enfermeiros dos HUF’s na qual todos poderão se beneficiar com as inovações de cada um.⁷

Outras importantes ações do aplicativo são: a correta prescrição de Enfermagem, economia de material de expediente e otimização do tempo dispendido para realização do PE, problemas recentemente destacados por enfermeiros para a implementação da SAE em serviço de saúde.²

O local de estudo é gerenciado pela EBSEH desde 01 de fevereiro de 2015 e é a unidade de referência para os 53 municípios da Rede Interestadual de Atenção à Saúde do Vale do São Francisco (Rede PEBA), abrangendo uma população de aproximadamente 2.068.000 habitantes. Realiza atendimentos de urgência e emergências, com ênfase em traumato-ortopedia, cirurgia geral, buco-maxilo, clínica médica, nefrologia, dermatologia e cirurgia plástica.⁸

Com o estabelecimento da COISAE, a equipe de Enfermagem demonstrou interesse em implantar a prescrição de Enfermagem, que não era realizada anteriormente no serviço.

RESULTADOS

elaborado um regimento próprio pela comissão que contemplou a capacitação dos profissionais de Enfermagem, bem como o acompanhamento e a supervisão da implantação do módulo “Prescrição de Enfermagem” no referido serviço.

Este regimento foi aprovado pela superintendência do hospital e foi expedida portaria para designar seus membros.⁹ Para a implantação da ferramenta, o comitê do serviço desdobrou o planejamento estratégico da empresa para planejamento de implantação.

A implantação ocorreu por meio das seguintes fases: 1) Diagnóstico estratégico (visão dos cenários presentes e futuros); 2) Plano estratégico (objetivos estratégicos); 3) Iniciativa estratégica (desdobramentos de objetivos estratégicos); 4) Priorização das iniciativas 2015/2016; 5) Execução e acompanhamento.

A implantação da ferramenta foi realizada por meio de treinamento em serviço em cinco etapas. Na etapa 1, foram definidos os setores que iniciariam a prescrição de Enfermagem por meio do aplicativo: clínica ortopédica, clínica cirúrgica, clínica médica, unidade de terapia intensiva e salas verde e amarela da emergência.

Na etapa 2, foi estabelecida a parceria com os líderes de Enfermagem e definido o cronograma de implantação para cada setor. Optou-se pelo início na clínica ortopédica, uma vez que todos os profissionais deste setor eram empregados contratados pela EBSEH.

Na etapa 3, cogitou-se a realização de treinamentos coletivos com enfermeiros, por setores. Os mesmos ocorreriam no laboratório de informática anexo ao hospital.

Na etapa 4, estabeleceu-se que os treinamentos, a priori, contemplariam todos os enfermeiros e, posteriormente, técnicos de Enfermagem. O treinamento primário de enfermeiros deveu-se à necessidade imediata de implantação do aplicativo por estes profissionais.

Na etapa 5, iniciaram-se os treinamentos no laboratório. Entretanto, havia grande abstinência dos enfermeiros. Cabe ressaltar que o planejamento estratégico é dinâmico e, por vezes, são necessários ajustes em alguma de suas fases para o alcance dos objetivos e metas.

Mediante o problema do pequeno número de enfermeiros que compareciam aos treinamentos coletivos agendados, optou-se por realizar o treinamento in loco de trabalho, ou seja, no setor de trabalho, a fim de contemplar um maior número de profissionais treinados.

Membros do comitê passaram a realizar rodízios nos turnos diurno, vespertino e noturno, para atender às necessidades de treinamento. O resultado ao final foi considerado satisfatório. Como os enfermeiros eram treinados no seu horário de trabalho, os mesmos não precisavam deslocar-se de seus setores para realizá-lo. O membro do COISAE procurava respeitar a conveniência do profissional que se encontrava realizando atividades gerenciais e assistência de Enfermagem.

Conseguiu-se, dessa forma, implantar posteriormente o módulo em quatro dos seis setores do hospital. Os dois setores que não foram contemplados com o treinamento foram os que permaneciam com pacientes por um período inferior 24 horas, como as salas da emergência e centro cirúrgico, dificultando a continuidade da SAE.

O treinamento contemplou o acesso ao sistema (Figura 1), a configuração de lista de paciente, conforme a clínica de atuação (Figura 2), como elaborar uma nova prescrição (Figuras 3 e 4) e como escolher a modalidade de prescrição por “sinal e sintoma” ou “diagnóstico” (Figura 5), bem como seleção de cuidados, exclusão de cuidados, inserção de observações relativas ao cuidado, conclusão/impressão da prescrição e atualização da mesma.

Alencar IGM de, Nunes VS, Alves AS et al.

Estratégia de implantação de aplicativo para...



Figura 1. Acesso ao módulo “Prescrição de Enfermagem”.

Fonte: EBSEH.Disponível

em: <http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/prescricao-de-enfermagem/manual-usuario> .

início Lista de Pacientes X

Profissional

Nome
AGHU

Especialidade

Especialidade ?

Ação	Sigla	Especialidade
	MAN	ANGIOLOGIA

Equipe

Equipe ?

Responsável

Responsável ?

Unidade Funcional

Unidade Funcional ?

Ação	Código	Descrição
	123	00 - CLÍNICA MÉDICA

Figura 2. Configuração da lista por clínica de atuação. Fonte: EBSEERH. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/agh/prescricao-de-enfermagem/manual-usuario>.

início Lista de Pacientes X

Lista de Pacientes de Enfermagem

Ação	Local	Nome	Idade	Prontuário	Dt. Atendimento						
	L-003A	ALAICE E6C04 A8314 28EB1654	57	3385093	29/12/14 10:50						
	L-0107A	ROBLEDO 28430E 8488DA21	27	2018018	22/01/15 14:11						
	L-0003D	ADEIR E197A 75417 DBFCC4	85	3251824	04/03/15 14:06						
	L-0210C	MARIA 62F982CC9 3A A42E3	82	3117843	09/10/14 17:19						
	L-0213A	ACENTA E197A A8314 3A 80240192	57	3751815	28/10/14 10:30						
	L-0213A	GIULIA DE LEMES	29	4225843	11/02/15 15:04						

Figura 3. Elaboração de nova prescrição. Parte 1. Fonte: EBSEERH. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/agh/prescricao-de-enfermagem/manual-usuario>.

início Lista de Pacientes x

Elaborar Prescrição de Enfermagem

Prontuário ? 9000006/8 Código Paciente ? 321663 Nome do Paciente RNV LUCIA 8928E7 77948

Leito ? 1000B 1000B Quarto 1000 Unidade Funcional 0 - CLÍNICA MÉDICA

Prescrições

Nenhuma prescrição encontrada.

Data ? * 01/03/2015 **Nova Prescrição** ←

Consultar Prescrição Médica Consultar Prescrição Enfermagem

Figura 4. Elaboração de nova prescrição. Parte 2. Fonte: EBSE RH. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/agh u/prescricao-de-enfermagem/manual-usuario>.

AGHU

Prontuário Nome Local Validade Inicial Validade Final

Manter Prescrição de Enfermagem

Agão	Descrição
------	-----------

Por Sinal e Sintoma
Por Diagnóstico
Alterar Prescrição

Figura 5. Escolha da modalidade de prescrição: “sinais e sintomas” ou “diagnóstico”. Fonte: EBSE RH. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/agh u/prescricao-de-enfermagem/manual-usuario>

O acompanhamento das prescrições, quanto à realização e validade, era realizado pelo próprio módulo “Prescrição de Enfermagem”, ou seja, o sistema apresentava as prescrições que não foram realizadas e atualizadas. A visualização era realizada por setor, podendo o membro identificar o paciente que não foi contemplado pela prescrição ou não obteve atualização da prescrição de Enfermagem.

O chefe da Tecnologia da Informação também criou grupo no aplicativo do WhatsApp no qual, automaticamente, enviava, para os membros do COIISAE, o número de prescrições válidas por setor, ou seja, as que estavam dentro do prazo de 24 horas.

DISCUSSÃO

Apesar da necessidade de readequação da estratégia de treinamento, os coletivos demandaram sobre alguns pontos positivos e negativos por parte dos enfermeiros, no que tange ao uso da ferramenta.

Quanto à ferramenta, o ponto positivo foi a rápida acessibilidade à mesma, pois o aplicativo fica disponibilizado na área de trabalho de todos os computadores dos diversos setores do serviço de saúde.

Como pontos negativos, foram elencadas a disponibilidade de computadores para uso exclusivo dos enfermeiros, já que outros integrantes da equipe multiprofissional também os utilizavam para outros fins, e a necessidade de atualização da versão do programa do módulo para NANDA 2015-2017, pois o aplicativo disponibilizava a versão 2008.

Este prisma de avaliação de prescrições eletrônicas nos serviços de saúde, quanto aos aspectos positivos e negativos, é temática em recentes estudos^{10,11}, que ressaltam, além das perspectivas dos profissionais de saúde que realizam a prescrição, as perspectivas dos pacientes cuidados e as dos gestores da saúde.

Ressalta-se que, durante os treinamentos realizados com os enfermeiros, integrantes da COIISAE observaram a pouca familiaridade dos profissionais com a prescrição de Enfermagem. Muitos enfermeiros relataram haver realizado a SAE apenas durante a graduação.

Com o esforço empregado pelos membros da COIISAE e pelos enfermeiros do serviço, perceberam-se os benefícios trazidos pelo aplicativo “Prescrição de Enfermagem”, que demonstrou ser prático, ágil e promoveu economia de recursos de materiais de expediente.

Também se observou que, caso o enfermeiro não realize avaliações frequentes dos pacientes, os cuidados de Enfermagem prescritos passarão a não mais atender as reais necessidades dos mesmos.

Outro potencial risco seria uma reprodução inapropriada e inadvertida de cuidados de Enfermagem que não contemplem a individualidade dos sujeitos.

Faz-se importante destacar que este relato não contemplou a experiência do treinamento dos técnicos de Enfermagem, pois o mesmo não ocorreu.

CONCLUSÃO

O aplicativo para a prescrição de Enfermagem eletrônica envolve a participação de diversos atores para a sua implantação. Mediante este fato, torna-se fundamental a participação de profissionais de Enfermagem e da tecnologia da informação para traçar estratégias factíveis e que atendam às necessidades dos enfermeiros e do serviço.

A acessibilidade da ferramenta demonstrou-se favorável para realizar as prescrições de Enfermagem, entretanto, cumpre ressaltar a responsabilidade do enfermeiro ao manter atualizada a prescrição.

As atividades de treinamento devem constituir atividades continuadas, caso contrário, a implantação da prescrição pode ser comprometida.

Espera-se, com este trabalho, compartilhar experiências sobre a implantação e usabilidade de aplicativo para a prescrição de Enfermagem em nível hospitalar, bem como refletir sobre algumas potencialidades de seu uso. Também se recomenda que a taxonomia da NANDA do aplicativo seja atualizada, conforme as atualizações da mesma, e que sejam produzidos outros relatos nessa trajetória, a fim de identificar outros obstáculos na implantação do aplicativo.

REFERÊNCIAS

1. Tannure M, Pinheiro AM. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2nd ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010.
2. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN N-358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências [Internet]. Brasília: COFEN; 2009 [cited 2017 Mar 01]. Available from: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html
3. Soares MI, Resck ZMR, Terra FS, Camelo SHH. Systematization of nursing care: challenges and features to nurses in the care management. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2015 Jan/Mar;19(1):47-53. Doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20150007>
4. Cavalcante RB, Ferreira MN, Silva LTC, Silva PC. Experiences of computing in nursing in Brazil: a study bibliographic. *J Health Inform [Internet].* 2011 July/Sept [citado 2017 Mar 01];3(3):130-4. Available from: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/149/9>
5. Faeda MS, Perroca MG. Care management: agreement between nursing prescriptions and patients' care needs. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016 Aug; 24: e2723. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0645.2723>
6. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006. Porto Alegre: Artmed; 2006.

7. Ministério da Educação (BR), EBSEH – Hospitais Universitários Federais. AGHU - Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Módulo Prescrição de Enfermagem [Internet]. Brasília: EBSEH; 2017 [cited 2017 Mar 01]. Available from: <http://www.ebserh.gov.br/web/aghu/prescricao-de-enfermagem/apresentacao>
8. Ministério da Educação (BR), EBSEH – Hospitais Universitários Federais. Hospital Universitário do Vale do São Francisco: Nossa história [Internet]. Petrolina: HU-Univasf; 2017 [cited 2017 Mar 01]. Available from: <http://www.ebserh.gov.br/web/hu-univasf/nossa-historia>
9. Ministério da Educação (BR), EBSEH – Hospitais Universitários Federais. Boletim de Serviço [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Mar 01];04:1-8. Available from: <http://www.ebserh.gov.br/documents/220938/765740/Boletim+de+Servi%C3%A7o+n%C2%B0+04,+de+02+de+fevereiro+de+2016.pdf/c539e2fd-8618-4387-86a6-b240e69b72d4>
10. Demuro PR, Ash J, Middleton B, Fletcher J, Madison CJ. How stakeholder assessment of e-prescribing can help determine incentives to facilitate management of care: a delphi study. *J Manag Care Spec Pharm*. 2017 Nov; 23(11):1130-9. Doi: 10.18553/jmcp.2017.23.11.1130
11. Demuro PR, Ash J, Middleton B, Fletcher J, Madison CJ. A quality, benefit, cost and financial framework for health information technology, e-prescribing: a delphi study. *Stud Health Technol Inform* [Internet]. 2017[cited 2017 Mar 01];241:69-75. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28809185>

Capítulo 23

GRAUS DE DEPENDÊNCIA, CUIDADOS DE ENFERMAGEM DE IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

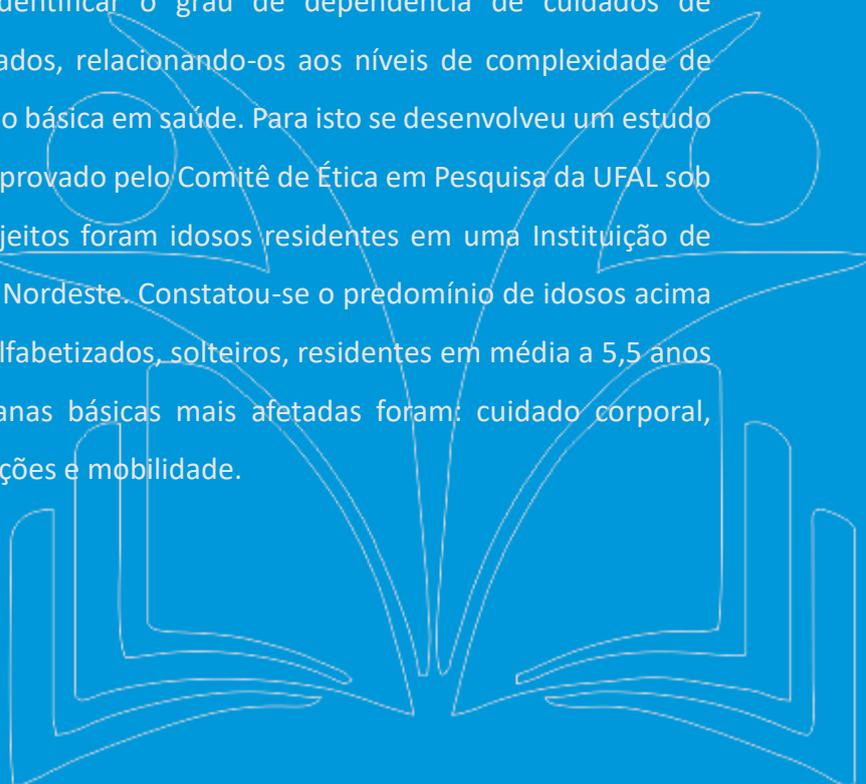
[DOI: 10.37423/200400666](https://doi.org/10.37423/200400666)

Luanna dos Santos Rocha (Mestre em Enfermagem. Docente do Instituto Federal de Pernambuco - IFPE).

Elizabeth Moura Soares de Souza (Doutora em Ciências. Docente da Universidade Federal de Alagoas - UFAL).

Célia Alves Rozendo (Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal de Alagoas - UFAL)

RESUMO: Esta pesquisa objetivou identificar o grau de dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados, relacionando-os aos níveis de complexidade de atenção à saúde, com ênfase na atenção básica em saúde. Para isto se desenvolveu um estudo de natureza descritiva observacional, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFAL sob o protocolo n.004529/2011-12. Os sujeitos foram idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência de uma cidade do Nordeste. Constatou-se o predomínio de idosos acima dos 70 anos, do sexo masculino, não-alfabetizados, solteiros, residentes em média a 5,5 anos na instituição. As necessidades humanas básicas mais afetadas foram: cuidado corporal, educação à saúde, locomoção, eliminações e mobilidade.



A avaliação do grau de dependência dos cuidados de enfermagem mais comumente observada foi a dependência parcial para o cuidado, intimamente relacionados ao nível da Atenção Básica à Saúde, nas ações de promoção da saúde e a prevenção de agravos. Assim acredita-se ser essencial a identificação das necessidades humanas básicas e o grau de dependência de cuidados de enfermagem dos idosos institucionalizados a fim de se garantir a oferta de cuidados efetivos e de qualidade a essa população, promovendo uma articulação entre as equipes de saúde das destas instituições e da Atenção Básica de Saúde.

Descritores: Envelhecimento; Cuidados de enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional brasileiro se apresenta como um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea. Segundo estimativas projeções para o ano de 2040, a população brasileira possuirá mais de 54,2 milhões de idosos, um aumento de aproximadamente 164% quando comparada a população idosa brasileira de 2010 (que computava aproximadamente 20,5 milhões de idosos) (RIPSA, 2012; MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

Na medida em que ocorre de forma rápida, sem que haja tempo adequado para a reorganização social e de saúde visando atender as novas demandas de cuidado (BRASIL, 2010), o atual cenário de envelhecimento populacional brasileiro requer serviços e políticas públicas especializadas que proponham intervenções integradas com ênfase na promoção do envelhecimento saudável (MIRANDA, MENDES, SILVA, 2016).

O cuidado ofertado à pessoa idosa deve estar inserido numa rede de atenção à saúde bem estruturada, dotada de recursos físicos e materiais apropriados, apoio social e pessoal qualificado. Esta rede deverá ter como referência e porta de entrada a Atenção Básica em Saúde (ao nível primário), com garantia de acesso aos serviços de atenção secundária e terciária em saúde. Com base no princípio de territorialização, os serviços de Atenção Básica devem responsabilizar-se pela assistência à saúde de todos os idosos da área de abrangência, incluindo os que se encontram em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (BRASIL, 2006).

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em sua Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283 de 26 de setembro de 2005, as ILPI são “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (ANVISA, 2005, p.3). O modelo de atenção à saúde que orienta o funcionamento das ILPI busca valorizar a independência, preservar a autoestima e respeitar a individualidade da pessoa idosa (COIMBRA, SILVA, JOAQUIM, PEREIRA, 2018).

A presença do enfermeiro dentro das equipes tanto de Atenção Básica (especialmente nas equipes de Saúde da Família), quanto das ILPI, é primordial, principalmente quando tratamos da assistência à saúde da pessoa idosa. Uma das formas que o enfermeiro contribui na assistência deste grupo é através do uso de sistemas de classificação de sujeitos, processos capazes de determinar, validar e

monitorar as necessidades de cuidado. Um dos sistemas adotado pela enfermagem é o criado e validado por Perroca, que a partir de um instrumento de levantamento de dados avalia treze indicadores críticos relacionados às necessidades humanas básicas, graduados de 1 a 5, apontando a intensidade crescente de complexidade de cuidado, classificando os cuidados em: mínimos, intermediário, semi-intensivos e intensivos (PERROCA, 1996; PERROCA, 2000).

Tal classificação suscita graus de dependência dos cuidados de enfermagem, definindo-se três categorias: independência, dependência parcial e dependência total. Esta classificação permite relacionarmos os níveis de complexidade de atenção à saúde às necessidades de cuidados de enfermagem apresentadas pelos sujeitos, visto que independência ou dependência parcial demandam cuidados inseridos prioritariamente ao nível da Atenção Básica à Saúde.

Deste modo questionou-se para o desenvolvimento deste estudo quais os graus de dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados e sua relação com os níveis de complexidade de atenção à saúde? Ao responder este questionamento se objetivou identificar o grau de dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados, relacionando-os aos níveis de complexidade de atenção à saúde, com ênfase na Atenção Básica à Saúde.

METODOLOGIA

Estudo de natureza quantitativa, descritiva e observacional. O cenário do estudo foi uma ILPI de caráter filantrópico, não governamental, sem fins lucrativos, localizada em uma cidade do Nordeste. A instituição, fundada em 1947, destina-se ao acolhimento por tempo indeterminado, de pessoas idosas (idade igual ou superior a 60 anos) (BRASIL, 2003), de ambos os sexos, independentes e/ou com diversos graus de dependência, que não possuam referência familiar ou que não tenham condições de conviver com sua família, e que expressem livremente a sua vontade em serem admitidas (em situação de incapacidade na expressão livre dessa vontade, o pedido de admissão é formulado por um parente e/ou pessoa com vínculo afetivo que assuma a responsabilidade pela institucionalização) (LFA, 2016).

A população do estudo foi composta por 67 idosos/as residentes em uma ILPI, que atendiam aos critérios de inclusão: ter 60 ou mais anos de idade e estar com as condições cognitivas e de expressão da linguagem oral preservadas ou não. Após a autorização da instituição, as pesquisadoras esclareceram e convidaram os sujeitos a participarem da pesquisa. Aceitando participar, foram acordados data, horário e local para a realização da entrevista, esclarecendo como esta seria realizada.

Nas situações em que os sujeitos não possuíam condições cognitivas preservadas, a autorização para a realização da pesquisa foi concedida pelo seu responsável direto, na ILPI.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2011. O instrumento utilizado foi um roteiro estruturado, contendo: dados de caracterização da ILPI (natureza, número de idosos, tempo de funcionamento, equipe profissional), dados de caracterização do sujeito (código, idade, sexo, raça, estado civil, tempo de institucionalização, escolaridade, profissão, aposentadoria) e a classificação de usuários proposta por Perroca (2000) contendo os indicadores (estado mental e nível de consciência, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação, motilidade, locomoção, cuidado corporal, eliminações, terapêutica, educação à saúde, comportamento, comunicação, integridade cutâneo-mucosa, avaliação do tipo de cuidado).

Cada um dos indicadores utilizados para a classificação da necessidade de cuidados de enfermagem é pontuado de acordo com uma escala de zero (cuidados mínimos) a cinco (cuidados intensivos). Assim, os cuidados demandados pelos idosos foram classificados seguindo a pontuação: 13 a 26 pontos – cuidados mínimos; 27 a 39 pontos - cuidados intermediários; 40 a 52 pontos - cuidados semi-intensivos; e 53 a 65 pontos - cuidados intensivos (PERROCA, 2000).

Ainda segundo o Sistema de Classificação de Perroca (2000) é possível se estabelecer uma relação entre o nível de dependência de enfermagem e os escores de cuidado dos indicadores avaliados, onde: independência - predomínio do escore um na avaliação dos indicadores, que reflete a capacidade de autocuidado; dependência Parcial - predomínio dos escores dois, três e quatro na avaliação dos indicadores, refletindo que os cuidados de enfermagem podem situar-se em termos de ajuda, orientação, supervisão e encaminhamento; dependência total - predomínio do escore cinco na avaliação dos indicadores, que reflete que a enfermagem tem que fazer pelo cliente tudo aquilo que este não tem condições de fazer por si .

Os dados coletados foram organizados em um banco de dados no programa Excel 2010, sendo as informações analisadas por meio de estatística descritiva (MARCONI, LAKATOS, 2012), por meio das etapas: organização e tabulação dos dados, análise estatística descritiva realizada por meio de frequência simples (%), elaboração de tabelas e gráficos, discussão dos resultados.

O estudo respeitou os preceitos éticos vigentes a época, estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas sob o protocolo nº 004529/2011-12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população da ILPI durante o estudo era de 68 residentes, dos quais apenas um não era idoso (sendo por isso excluído do estudo), prevalecendo os negros e pardo, com idade entre 71 e 80 anos (sendo a média de idade de 76,8 anos). Houve predomínio da população masculina (59,9%), diferente da maioria das ILPI do estado de Alagoas, cuja população feminina é discretamente maior (53,7%) (MELO, KUBRUSLY, PEIXOTO JUNIOR, 2011). Os dados de caracterização geral dos sujeitos podem ser visualizados de forma completa no quadro 1, que segue.

Quadro 1: Caracterização dos idosos residentes em ILPI segundo sexo e faixa etária. Alagoas, 2020. N=67.

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	27	40,3
Masculino	40	59,7
Faixa etária		
60 – 65 anos	8	11,9
66 – 70 anos	9	13,4
71 – 75 anos	17	25,4
76 – 80 anos	12	17,9
81 – 85 anos	10	14,9
86 – 90 anos	6	9,0
Mais de 90 anos	5	7,5
Raça		
Negra	24	35,8
Branca	21	31,3
Parda	22	32,8
Tempo de institucionalização		
Menor que 1 ano	9	13,4
1 – 5 anos	29	43,3
6 – 10 anos	14	20,9
11 - 15 anos	8	11,9
16 – 20 anos	0	0
Mais de 20 anos	3	4,5
Não informado	4	6,0
Estado civil		
Solteiro	39	58,2
Casado	11	16,4
Viúvo	11	16,4

Não informado	6	9,0
Escolaridade		
Não alfabetizada	32	47,8
Fundamental	19	28,4
Médio	3	4,5
Superior	3	4,5
Não informado	10	14,9

Fonte: dados coletados para o estudo.

A distribuição das necessidades dos sujeitos por nível de dependência de cuidados de enfermagem permite verificar que em seis indicadores (motilidade, terapêutica, oxigenação, sinais vitais, nutrição e hidratação e comunicação) prevalece a graduação no escore um, caracterizando a independência para o cuidado. Em outros sete indicadores (estado mental ou nível de consciência, locomoção, cuidado corporal, eliminações, educação a saúde, comportamento e integridade cutâneo-mucosa) observa-se maior quantitativo nos escores dois, três e quatro, demonstrando nível de dependência parcial. Em nenhum indicador predominou o escore cinco.

A análise da distribuição dos sujeitos por nível de dependência de enfermagem estabelecido por Perroca, segundo os indicadores de saúde avaliados, permite verificar o predomínio do nível de dependência parcial, seguido da independência e da dependência total.

Quadro 2: Distribuição dos indicadores segundo nível de dependência de cuidados de enfermagem. Alagoas, 2020.

	Independência	Dependência parcial	Dependência total
Estado mental ou nível de consciência	35,8	64,2	0
Oxigenação	98,5	1,5	0
Sinais vitais	98,5	1,5	0
Nutrição e hidratação	50,8	49,2	0
Motilidade	53,7	41,8	4,5
Locomoção	37,3	55,2	7,5
Cuidado corporal	25,4	67,1	7,5
Eliminações	35,8	64,2	0
Terapêutica	100	0	0
Educação a saúde	29,9	61,2	8,9
Comportamento	46,3	49,2	4,5
Comunicação	52,2	44,8	3,0
Integridade cutâneo-mucosa	47,8	50,7	1,5

Fonte: dados coletados para o estudo.

Quanto à classificação dos tipos de cuidado de enfermagem notou-se o predomínio de cuidados mínimos (56,7%), seguidos por intermediários (37,3%) e semi-intensivos (6%), não existindo sujeitos em cuidados intensivos. A grande presença de idosos classificados em cuidados mínimos e intermediários, nos faz inferir que dentro da ILPI há uma grande demanda de ações de baixa complexidade (tecnologias leves) referentes aos cuidados de enfermagem, estando inseridas no seio das ações da Atenção Básica em Saúde, voltadas a promoção, proteção e prevenção da saúde e autonomia desses indivíduos.

Os indicadores também comprovam a inexistência de pacientes em cuidados intensivos de enfermagem, fato esperado, pois sempre que ocorre agravamento do estado de saúde, os idosos são transferidos para unidades de internação que dão suporte de média e alta complexidade. Percebe-se então que os cuidados de enfermagem requeridos pelos idosos na ILPI em estudo estão intimamente relacionados ao nível da Atenção Básica e ligam-se, especialmente, a ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, definidas como prioritárias na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Assim, inserir as ILPI na rede de atenção à saúde do idoso é uma atitude que amplia a atuação e diversifica os cenários de prática profissional, promovendo a aplicação do princípio de integralidade na assistência. Os enfermeiros devem estar atentos às alterações que acompanham o processo do envelhecimento, sabendo interpretá-las e distingui-las, avaliando a capacidade funcional e as necessidades apresentadas pelos idosos.

Cabe destacar que o resultado obtido com a avaliação dos indicadores cuidado corporal e educação à saúde permitem comprovar a importância do papel educativo do enfermeiro e equipe de enfermagem, a fim de se promover a saúde dos sujeitos. Demonstra também que o investimento em práticas educativas é extremamente válido, principalmente considerando os importantes benefícios proporcionados à instituição e aos idosos em decorrência do aprendizado e melhora do autocuidado. Seria essa, pois, uma oportunidade de fazer a Atenção Básica adentrar nas ILPI de forma mais ativa, através de suas equipes multiprofissionais de saúde.

CONCLUSÃO

A pesquisa revelou que os graus de dependência de cuidados de enfermagem mais observados em idosos institucionalizados são dependência parcial e independência, e que os cuidados prevalentes são

os mínimos e intermediários. Isto reflete que a assistência ofertada a esta população se situa em termos de ajuda, orientação, supervisão, cuidados básicos e encaminhamento. Relacionam-se intimamente, então as propostas preconizadas ao nível da Atenção Básica, que enfatizam a promoção e proteção da saúde e a prevenção de agravos.

A inexistência de idosos em cuidados intensivos de enfermagem é esperada, pois sempre que ocorre agravamento de estado de saúde e demanda de cuidados mais especializados os mesmos são transferidos para unidades de internação, a nível de Atenção Secundária e Terciária.

Os resultados trazem ainda implicações de ordem política e gerencial, especialmente por refletirem à necessidade de articulação entre as equipes de saúde das ILPI e dos serviços da Rede de Atenção Básica, a fim de que seja garantida a oferta de cuidados efetivos e de qualidade a população idosa que vivencia o processo de institucionalização.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Diário Oficial da União [Internet]. Brasília; 2005. Disponível

em: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df . Acesso em: 11 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume12.pdf Acesso em: 11 abr 2020.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.

Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 11 abr 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006. Disponível

em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html Acesso em: 11 abr 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível

em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm Acesso em: 11 abr 2020.

COIMBRA, VSA; SILVA, RMCRA; JOAQUIM, FL; PEREIRA, ER. Contribuições gerontológicas para assistência de idosos em instituição de longa permanência. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(suppl 2):912-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0357>. Acesso em: 11 abr 2020.

LFA. Lar Francisco de Assis. Instituição de Longa Permanência. [site]. 2016-2020. Disponível em: <https://larfassis.wixsite.com/larfranciscocodeassis>. Acesso em: 11 ab 2020.

PERROCA, MG. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento [dissertação na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em enfermagem; 1996. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/430.pdf>.

PERROCA, MG. Instrumento de Classificação de Pacientes de Perroca: validação clínica [tese na internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Programa de Pós-graduação em enfermagem; 2000. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses>.

PERROCA, MG. Desenvolvimento e validação de conteúdo da nova versão de um instrumento para classificação de

pacientes. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2011, 19(1):[09 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf Acesso em: 11 abr 2020.

MARCONI, MA; LAKATOS, EM. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MELO, IAF; KUBRUSLY, ES; PEIXOTO JÚNIOR, AA. Perfil das instituições de longa permanência para idosos no Estado de Alagoas no período de 2007 a 2008*. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2011, 20(1):75-83. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n1/v20n1a09.pdf> Acesso em: 11 abr 2020.

MIRANDA, GMD; MENDES, ACG; SILVA, ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. Rev. bras. geriatr. gerontol., Rio de Janeiro, 2016, 19(3):507-519. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232016000300507&lng=en&nr m=iso. Acesso em 10 abr 2020.

RIPSA. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos para a Saúde no Brasil (IDB) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2014 Disponível

em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/a01.def> Acesso em: 10 abr 2020.

Capítulo 24

GRUPO DE ENFERMAGEM INTENSIVA DA REDE UNIVERSITÁRIA (RUTE): UM MARCO PROFISSIONAL DIMINUINDO BARREIRAS AUMENTANDO CONHECIMENTOS

[DOI: 10.37423/200400667](https://doi.org/10.37423/200400667)

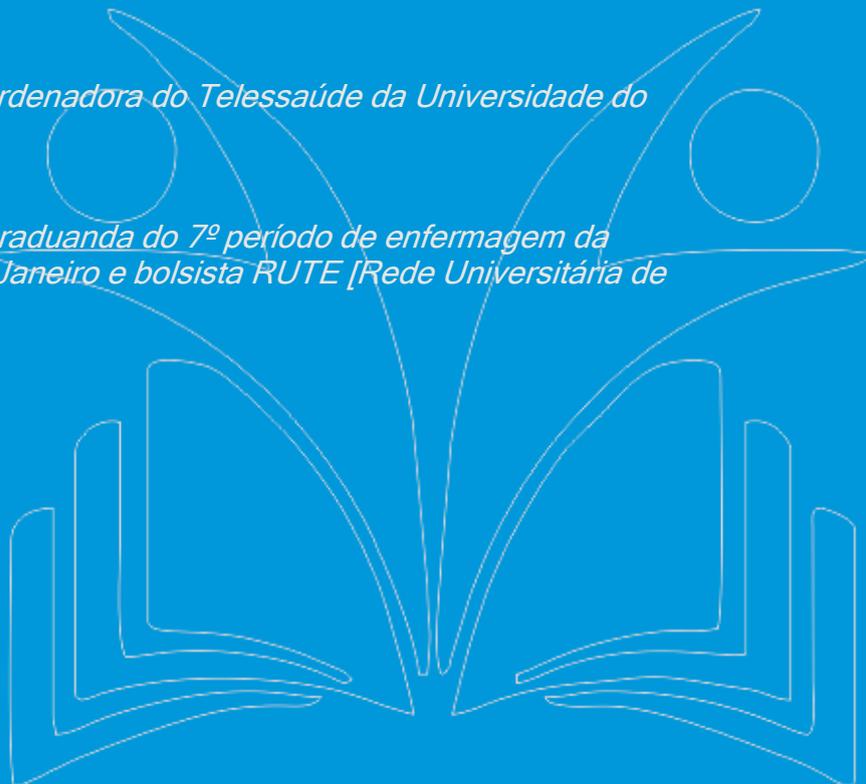
Assad, Luciana (Enfermeira, Coordenadora do Serviço de Treinamento e Avaliação de Enfermagem do Hospital Universitário Pedro Ernesto da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Behring, Lilian Prates (Enfermeira, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Ana Nery, enfermeira plantonista do CTI cardíaco do Hospital Universitário Pedro Ernesto).

Luiz, Ariane Faleiro (Graduanda do 7º período de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Monteiro, Alexandra (Médica e coordenadora do Telessaúde da Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Nascimento, Monique de Souza (Graduanda do 7º período de enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e bolsista RUTE [Rede Universitária de Telemedicina]).



A Internet aliada ao processo de aprendizagem e atualização dos profissionais representa um recurso valioso para o profissional que busca novas informações e permite que barreiras físicas sejam superadas, possibilitando o desenvolvimento de troca de conhecimentos com alto nível de interatividade². Este estudo tem como objetivo apresentar a criação e implementação do Grupo especial de Interesse em Enfermagem Intensiva e Alta complexidade, vinculado da RUTE, da Rede Nacional de pesquisa (RNP). A utilização da Internet cresce vertiginosamente em países desenvolvidos, onde a estrutura universitária considera e faz uso deste sistema, existindo maior utilização e conseqüente benefício para esta área. Já nos países subdesenvolvidos e/ou em desenvolvimento, a utilização dos recursos varia de acordo com a tecnologia disponível de país a país e com as iniciativas locais da própria enfermagem, as quais refletem o desenvolvimento de pesquisas na área de Informática em Enfermagem¹. No Brasil, em Novembro de 1997, a USP foi pioneira em implantar uma disciplina de telemedicina, e partir de 2002, passou a utilizar equipamento de videoconferência³. A Universidade do Estado do Rio de Janeiro(UERJ) iniciou em 2003 suas atividades, em 2006, já com representatividade na Comissão Permanente de Telessaúde, do Ministério da Saúde, foi integrada a RUTE . A Rede Universitária é uma iniciativa do Ministério da Ciência e Tecnologia, apoiada pela Financiadora de Estudos e Projetos e pela Associação Brasileira de Hospitais Universitários. Visa apoiar o aprimoramento de projetos em telemedicina já existentes e incentivar o surgimento de futuros trabalho interinstitucionais abre um espaço muito interessante para todas as áreas, com enfoque na enfermagem.

Surgindo os grupos de Interesse (SIGs) entre eles o Grupo de enfermagem Intensiva e alta complexidade. A relevância deste trabalho está na demonstração do processo de criação e a implantação do SIG-RUTE enfermagem intensiva e de Alta complexidade e como este grupo tem sido um marco de crescimento para a profissão no que diz respeito construção e fortalecimento de conhecimentos, não só entre os profissionais de enfermagem e outras áreas da saúde. Enfocando a necessidade de diminuir as distâncias espaciais e culturais e manutenção de uma aproximação entre os diversos saberes e experiências vivenciadas e a formação do profissional enfermeiro nacionalmente. Surge uma ferramenta criada para a difusão do conhecimento em todo o território nacional- O SIG – Enfermagem Intensiva e de Alta Complexidade. O processo de implantação da RUTE teve inicio em setembro de 2008 com o inicio do projeto e a definição de formação do grupo de enfermagem.

Após tal decisão surge a necessidade de criação de uma organização central para direcionamento das atividades propostas. Em dezembro de 2009 ocorre à aprovação do grupo pela RNP e iniciam-se, então,

os convites para a formação das coordenações locais com objetivo do maior número de participantes em todas as regiões brasileiras. A RUTE-Sig enfermagem Intensiva hoje possui representação em todas as regiões do Brasil e contempla os principais estados. Funciona através da realização de teleconferências onde ocorre, entre as regiões do país que são participantes, uma interação de conteúdos através de vídeo conferências realizadas pelos profissionais envolvidos. Hoje contamos com a participação de trinta e uma instituições que abrangem diversos estados do país, sendo a instituição coordenadora o Hospital Universitário Pedro Ernesto da UERJ. Na realização das teleconferências, os temas abordados e os palestrantes são propostos e definidos através de um consenso entre as instituições participantes, que expõem seu interesse na abordagem de determinado tema de acordo com a necessidade local, beneficiando de maneira igualitária os participantes. Dessa forma, são agendadas as palestras e são divulgadas para um público de acadêmicos e profissionais de enfermagem. As Teleconferências (Vídeo e Web conferências) acontecem na última quarta-feira de cada mês, sempre das 12h00min às 13h30min, horário de Brasília.

São utilizados então anfiteatros e salas, conforme a disponibilidade de cada local, que comporte os participantes. Durante a palestra por vídeo conferência, os participantes das diversas regiões inserem suas colocações, experiências e perguntas acerca do assunto abordado, havendo assim, uma grande interação. Após a palestra são feitas perguntas feitas vias Chat e as dúvidas em relação ao conteúdo abordado são, então, esclarecidas. Considerando que lidamos com profissionais de culturas, realidades e dificuldades diferentes, percebemos, então, um grande retorno dos participantes que expõem suas idéias e dúvidas fazendo com que haja um acréscimo de conhecimento para cada região. Dessa forma amplia-se o conhecimento da enfermagem possibilitando a diminuição da disparidade e a unificação da capacidade profissional. Apesar de termos muita vantagem, observa também algumas dificuldades como, por exemplo, a grande distância entre os estados participantes, pois o contato através do telefone ou pessoalmente quando há necessidade, acaba por elevar os custos, diminuir a informação e até impedir a comunicação. É interessante que haja a criação de outros grupos semelhantes a este, uma vez que há diversos ramos de conhecimento dentro da enfermagem, que podem tomar esta iniciativa como exemplo a fim de ampliar e enriquecer o domínio do saber dentro de cada área resultando em uma melhor assistência por parte dos profissionais. Além disso, existe um convite para que haja cada vez mais adesão de instituições a RUTE no que diz respeito à enfermagem intensiva e alta complexidade, para que possamos nos estruturar mais para que as fronteiras geográficas e de conhecimentos se tornem cada vez menores, em prol de um crescimento profissional.

REFERÊNCIAS

1-Santos SGF, Marques IR. Uso dos recursos de Internet na Enfermagem: uma revisão. Rev Bras Enferm 2006 Mar-Abr [citado em: 20 mai 2009] 59(2):212-216. Disponível em:URL: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/>

2- Sanches LMP, Lopes MHBM. Educação à distância sobre cardioversão e desfibrilação para enfermeiros. Rev. Bras. Enferm 2008 Sept-Oct [citado em 24 mai 2009] 61(5). Disponível em: URL:<http://www.scielo.br/scielo.php> 3- Fassa D; Telessíntese - Uma telemedicina do tamanho do bolso do Brasil: Histórias de sucesso em medicina. Jornal da USP on line 2008. [citado em: 24 maio 2009]. Disponível em:URL: <http://www.usp.br/jorusp/arquivo/2008/jusp829/pag04.htm>

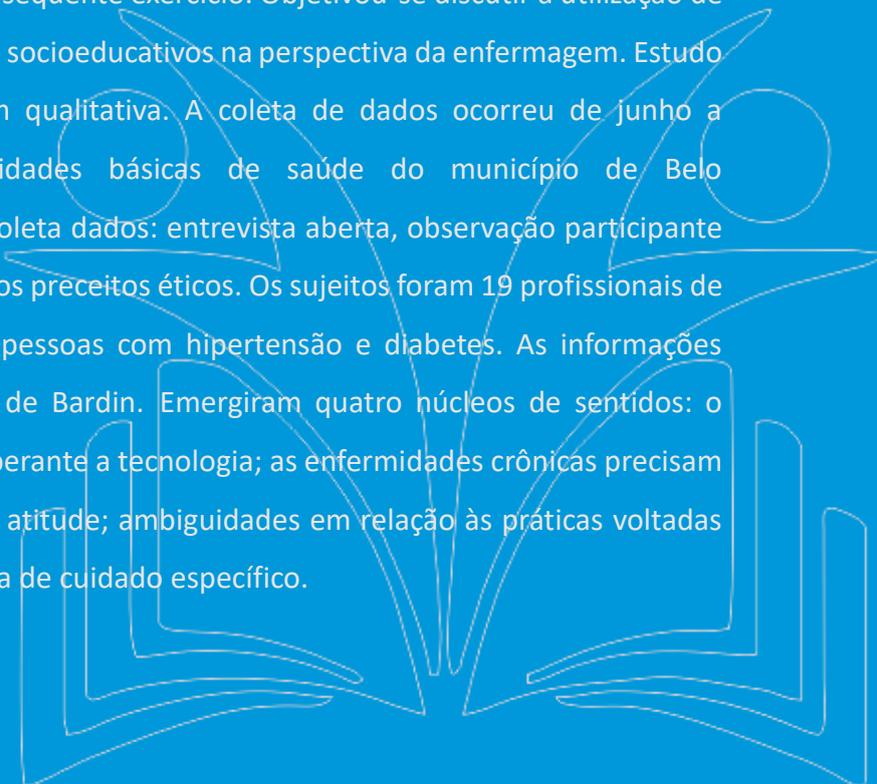
Capítulo 25

GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS NA PRÁTICA DA ENFERMAGEM E A UTILIZAÇÃO DE TECNOLOGIAS PARA O CUIDADO

[DOI: 10.37423/200400668](https://doi.org/10.37423/200400668)

*Maria Teresinha de Oliveira Fernandes (Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Membro efetivo do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais - Belo Horizonte / MG, Brasil).
mtofernandes@gmail.com*

Resumo: Cuidar é um processo educativo. É preciso repensar a forma de educar, pois, para que o cuidado humano seja implementado, principalmente para aqueles que estão vivenciando um processo de morbidade, é necessário a conscientização como valor e imperativo moral, sensibilização e conseqüente exercício. Objetivou-se discutir a utilização de tecnologias para o cuidado nos grupos socioeducativos na perspectiva da enfermagem. Estudo descritivo e reflexivo, de abordagem qualitativa. A coleta de dados ocorreu de junho a novembro de 2006 em oito unidades básicas de saúde do município de Belo Horizonte/MG/Brasil. Utilizou-se na coleta dados: entrevista aberta, observação participante e caderno de campo. Respeitaram-se os preceitos éticos. Os sujeitos foram 19 profissionais de saúde coordenadores de grupos de pessoas com hipertensão e diabetes. As informações foram analisadas segundo a técnica de Bardin. Emergiram quatro núcleos de sentidos: o cuidado nos grupos e a enfermagem perante a tecnologia; as enfermidades crônicas precisam de atenção especial; o cuidado como atitude; ambigüidades em relação às práticas voltadas tanto para o cuidado como para a falta de cuidado específico.



A tecnologia nos grupos na perspectiva da enfermagem apontou conhecimentos e vários elementos como acolhimento, autonomia, diálogo, escuta, vínculo, integração, interesse, que possibilitam a interação entre os atores envolvidos no processo e sua relação com seus modos de vida e de cuidar. Cabe aos coordenadores de grupo refletir sobre crenças, valores e necessidades tanto de quem cuida quanto de quem recebe cuidados. A compreensão dessa dinâmica do cuidado e dos seus significados para clientes e para a enfermagem implica em se lembrar de forma motivadora e inovadora a melhor maneira de se cuidar nos diversos contextos.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Tecnologia Biomédica, Estrutura de Grupo, Diabetes Mellitus, Hipertensão arterial.

INTRODUÇÃO

O trabalho com grupos na prática da enfermagem da Atenção Primária em Saúde (APS) tem sido mais enfatizado desde o pacto pela Saúde em 2006, até o momento mais recente com a Política Nacional de Atenção Básica publicada em 2017. Com essa premissa é relevante que não se perca dos debates a introdução de tecnologias para o cuidado na perspectiva de grupo.

Assim, esta proposta focaliza em conceitos importantes para sua compreensão, quais sejam: grupo socioeducativo, cuidado e tecnologia. A partir desses conceitos, concretizam-se aproximações que possibilitam questionamentos e inclusões apontando para a dinâmica de abordagem das pessoas com doenças crônicas na participação dos grupos socioeducativos ofertados na APS.

O trabalho com grupos socioeducativos que têm por finalidade promover a participação das pessoas no sentido de que elas possam assumir gradativamente seu papel de atores na melhoria de suas condições de vida.¹

Quanto ao cuidado, na antiguidade tinha sentido de amor e amizade.² Nos serviços de saúde, o cuidado é um processo educativo o que implica em aprendizagens muitas vezes nas adversidades que acometem o indivíduo, família ou comunidade. Nos dias de hoje, tem-se as tecnologias a favor de novas abordagens e novos aprendizados. Portanto, é preciso repensar a forma de educar, pois, para que o cuidado humano seja implementado, principalmente para aqueles que estão vivenciando um processo de morbidade, é necessário a conscientização como valor e imperativo moral, sensibilização e conseqüente exercício.³ É fundamental que os trabalhadores da saúde percebam o cuidado na sua dimensão mais ampla, cujo princípio é a forma de viver plenamente e não apenas como uma execução de tarefas para o conforto de alguém.³

Para além da concepção reducionista de equipamentos, instrumentos ou maquinários, a tecnologia acerca do cuidado em saúde que vem sendo utilizada nos grupos se aproximam da concepção de tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves são aquelas que remetem a relações entre sujeitos, estabelecidas no trabalho vivo em ato, ou seja, no momento em que o trabalho está sendo produzido. As tecnologias leve-duras referem-se à aplicação de conhecimentos e saberes constituídos e ao modo singular como cada profissional aplica este conhecimento para produzir o cuidado. Já as tecnologias duras compreendem aquelas inscritas nos instrumentos, estruturadas para elaborar certos produtos em saúde.⁴

O cuidado às pessoas com problemas crônicos nos diversos estágios de suas morbidades tem acontecido principalmente na modalidade grupal, fazendo sentido trazer para a reflexão a utilização de tecnologias leves. Os usuários da APS são convocados a participarem de grupos ofertados pelos profissionais de saúde para que se estabeleça seu acompanhamento e seu cuidado e dentre esses, a enfermagem.

Atualmente, uma das prioridades de atendimento na APS é em doenças crônicas, a primeira causa de morte e hospitalizações no Brasil cuja prevalência do diabetes mellitus (DM) é de 7,6%, com taxa de mortalidade 4,67%, em 2010, representando 60% das internações hospitalares.^{5,6} Quanto à hipertensão arterial (HA) estima-se que são cerca de 600 milhões de pessoas, com crescimento global de 60% dos casos até 2025, além de cerca de 7,1 milhões de mortes anuais.⁶ Cenário este que reforça na prática, muitas vezes, um processo de trabalho com foco na doença e na queixa, fragilizando a criação de laços interpessoais.⁷

Contudo, a modalidade de grupo na prática da enfermagem, que ora se instalou na APS, considera as tecnologias leves no cuidado das pessoas com DM e HA. Dessa forma, como tem sido a utilização de tecnologias para o cuidado na prática de grupos socioeducativos na perspectiva da enfermagem?

Com o intuito de contribuir para o despertar do pensamento crítico em relação às tecnologias na prática de grupo da enfermagem para o cuidado nas doenças crônicas, propõe-se discutir a utilização de tecnologias para o cuidado nos grupos socioeducativos na perspectiva da enfermagem.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Com a finalidade de melhor atender aos objetivos propostos, realizou-se um estudo descritivo e reflexivo, de abordagem qualitativa, uma vez que esta possibilita maior aproximação com o cotidiano e as experiências vividas pelos próprios sujeitos⁸

Os dados foram coletados em oito unidades básicas de saúde de um Distrito Sanitário de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil de junho a novembro de 2006.

A amostra foi composta por 13 profissionais da enfermagem de nível médio e superior coordenadores de grupos para pessoas com hipertensão e diabetes.

Como critérios de inclusão dos sujeitos utilizaram-se: equipes completas da Estratégia de Saúde da Família (ESF) compostas por médico, enfermeiro, enfermagem do nível médio; equipes cujas

atividades de grupos estivessem voltadas para pessoas com DM e HAS; profissionais do nível superior e médio que coordenam grupos, que aceitassem colaborar com o estudo. Como critérios de exclusão adotaram-se equipes incompletas; equipes que não desenvolvem atividades de grupo para pessoas com DM e HAS; equipes dos profissionais que não se interessarem em colaborar naquele momento.

Para a coleta dos dados utilizou-se a entrevista aberta com os coordenadores dos grupos, observação participante, caderno de campo sendo encerrada pelo critério de saturação de dados, o qual, na pesquisa qualitativa, refere-se ao momento em que o pesquisador não consegue mais obter novas informações significativas sobre o fenômeno estudado.⁸

A análise dos dados foi realizada segundo a análise de conteúdo proposta por Bardin.⁹ Os depoimentos foram gravados, transcritos na íntegra, armazenados em CD pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano. A análise se deu por meio de exaustivas leituras, codificação e categorização, resultando nas seguintes unidades de significado: o cuidado nos grupos socioeducativos e a enfermagem perante a tecnologia, as enfermidades crônicas precisam de atenção especial, o cuidado como atitude, ambiguidades em relação às práticas voltadas tanto para o cuidado como para a falta de cuidado específico.

Todos os sujeitos da pesquisa participaram voluntariamente e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, mediante a aprovação dos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, protocolo nº ETIC 0047/06 e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, parecer nº 009/2006.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O CUIDADO NOS GRUPOS SOCIOEDUCATIVOS E A ENFERMAGEM PERANTE A TECNOLOGIA

Discutir e refletir sobre a importância do cuidado e sua relação com as pessoas acometidas por doenças crônicas, acompanhadas no grupo exige que o profissional de saúde tenha conhecimento de dinâmica grupal, de modo a criar grupos participativos e autônomos, nos quais quaisquer das tecnologias utilizadas favoreçam ao cuidado na sua dimensão mais ampla do viver plenamente sob a égide da doença crônica.

Uma vez o médico [...] usou computação gráfica [...] desenhou uma torneirinha [...] o rim, fez um coraçãozinho, colocou uma bomba explodindo e usou o data

show, fez um negócio assim maravilhoso. O pessoal dormiu a palestra toda. [...] ser mais simples, mais objetivo é muito mais rentável. (E – 11)

A crítica em relação à adoção de certas tecnologias nos grupos socioeducativos é que elas podem proporcionar mais ou menos participação e conseqüente sensibilização ou não dos participantes para o cuidado. A utilização das tecnologias relacionais (leves) pelos profissionais de saúde pode favorecer ao desenvolvimento de competência interpessoal.¹⁰ Destarte, o coordenador é desafiado a contemplar os aspectos individuais, culturais e sociais dos participantes. Mas, tomam lugar as soluções às necessidades dos usuários por meio de procedimentos, tecnologia leve-duras, de mais domínio profissional, que, por vezes, os afastam da escuta qualificada, confiança e diálogo.⁷

Nessa perspectiva, o uso da tecnologia leve para o cuidado nos grupos socioeducativos torna-se desafiador e complexo, uma vez discutido na ótica da saúde e doença com seus determinantes, ajustado às particularidades e fatores socioculturais. Na cultura profissional, as tecnologias leve-duras parecem trazer mais conforto aos profissionais que a dialogia junto aos participantes, em detrimento de alcançar as diversas formas de cuidado característicos de cada grupo ou comunidade. E assim, avaliar de forma superficial o sucesso ou insucesso do grupo e não o método com que se desenvolve o grupo socioeducativo.

Com a globalização, a forma como nós nos concebemos e a relação com as outras pessoas estão a ser profundamente alteradas. Redefiniu-se determinados aspectos íntimos das nossas vidas, como a família, os papéis de gênero, a sexualidade, a identidade pessoal, as nossas interações com os outros e a nossa relação com o trabalho, mas o ato de cuidar continua comum a todas as culturas, embora as suas formas de expressão possam ser as mais variadas neste novo contexto.¹¹

AS ENFERMIDADES CRÔNICAS PRECISAM DE ATENÇÃO ESPECIAL

A enfermidade crônica precisa de atenção especial, pois o cuidador deve estar preparado para acompanhar seu cliente nas diferentes fases de manifestação da doença¹². Ao indagar sobre as tecnologias para abordar como as cronicidades são tratadas nos grupos socioeducativos, um dos informantes explica como trabalha com as informações em seu grupo:

No início dos grupos a gente tentou colocar [...] o que é a doença. [...] e a partir daí o que seria bom pra conviver com essa doença [...]. As atividades físicas, alimentação, evitar o stress, então quer dizer, isso foi muito trabalhado o tempo todo com todos os grupos. (E-13)

Cuidar envolve comportamentos e ações que envolvem conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, empreendidas no sentido de favorecer as potencialidades das pessoas para manter ou melhorar a condição humana por meio da promoção, manutenção e/ou recuperação da dignidade e totalidade.³ Tal dignidade e totalidade contemplam o sentido de integridade e plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer, tornando-se uma constante aprendizagem ao longo da vida.

[...]a gente já discutiu todos os temas possíveis e impossíveis em relação aos conteúdos deles, [...] sobre o diabetes, sobre a hipertensão: fatores de risco, cuidados, tratamento, exercício físico. (E - 7)

Ao se esgotarem as possibilidades de discussões temáticas bem definidas com base na doença, fatores de risco, dentre outros é o momento de aprofundar na interação grupal, na atenção especial ao desenvolvimento do grupo e no empoderamento dos participantes para outros aprendizados que repercutem no modo de conviver com a doença e no modo de vida. É o momento de se considerar a comunicação interpessoal como o aspecto mais importante e fundamental das relações interpessoais.¹³ E também considerá-la como instrumento básico para o cuidado em saúde e para ajudar o grupo a elaborar o próximo passo para além daquilo que a doença trouxe, a necessidade no aqui e agora, a identificação daquilo que os perturba realmente e formas de enfrentamento.

O cuidado deve estar presente tanto em situações de doença, incapacidade, durante o processo de morrer, quanto na sua ausência, como forma de viver e de se relacionar,³ viabilizado pelas tecnologias leves. A experiência vivida por cada pessoa em situações idênticas, pode variar muito, refletindo a singularidade de cada um. Tanto o objeto quanto o sujeito do cuidar/cuidado não diferem entre os profissionais da área de saúde, mas, sim, na forma como expressam esse cuidar/cuidado. Mesmo que constituam um atributo para todos os seres humanos, na área de saúde e em especial na enfermagem, o cuidar/cuidado é genuíno e peculiar,³ e pode ser mediado nos grupos pela comunicação, acolhimento e vínculo.

O cuidado envolve o inter-relacionamento entre as pessoas e o cuidado de enfermagem abrange o processo de inter-relações entre o cuidador (profissional da enfermagem) e o cuidado (indivíduo), por meio de ações e atitudes baseadas no conhecimento científico, tecnologia leve-dura, e acompanhadas de comportamentos humanos que possibilitem a inter-relação. A qualidade do cuidado prestado aos pacientes nos estabelecimentos de saúde, por meio dos grupos socioeducativos bem como

necessidade de legitimá-lo como foco principal do trabalho da equipe de enfermagem, faz do cuidado dispensado ao indivíduo, sadio ou doente ser integral.¹³

O cuidado da enfermagem assume um status especial, tanto na modalidade individual como grupal é também transcultural, o que potencializa as tecnologias leves como primordiais para o cuidado básico, intermediário ou avançado. As mais diversas expectativas surgem com relação à qualidade e efetividade do cuidado em relação às tecnologias leves e sua utilização nos grupos socioeducativos. Mas, nesse contexto, o cuidado de enfermagem tem se destacado numa modalidade mais dialógica.

Para que se estabeleça o cuidado, a função educativa do grupo pode favorecer ao cuidado com os aspectos da doença, a prevenção de agravos e sobretudo, proporcionar a troca de experiência entre pares. Portanto, os participantes que já vislumbram as crenças limitadoras e já buscam uma vida mais feliz podem motivar aqueles que já estão preparados para este novo movimento ou nova etapa de vida.

O CUIDADO COMO ATITUDE

Cuidar é mais que um ato: é uma atitude².

[...] a gente começou com os grupos no início do PSF [Programa Saúde da Família], e a experiência era muito difícil porque o pessoal não aceitava muito a medicina preventiva, eles são ainda muito adeptos da curativa, então, vêm ao Centro de Saúde quando tem uma dor, quando precisam de uma receita, mas, quando convocados para os grupos, eles tinham uma resistência muito grande. (E – 4)

Para se compreender o cuidado como atitude torna-se fundamental buscar uma sustentação teórica que subsidie a análise dos aspectos constitutivos da realidade, sua dimensão sociocultural, assim como as formas de cuidar, por conseguinte, como conduzir nos grupos a diversidade. O cuidado como um valor atribuído de significado no contexto de saúde-doença nos grupos socioeducativos pode ser compreendido e por meio da teoria transcultural abordá-lo de três formas: preservação (cuidado inócuo à saúde), acomodação (negociável) e a repadronização (reestruturar).¹⁴ E assim, proporcionar foco aos coordenadores de grupo, isentando-os de juízo de valor em relação às atitudes observadas que possibilitam intervenções com critério e até mesmo avaliar a pertinência do grupo para o cuidado efetivo perante a necessidade e utilizar-se de outras estratégias.

É nesse enfrentamento do cotidiano mediado pelo uso do tempo, espaço, objeto e inter-relações que se deve processar o cuidar, ajudando e encorajando as pessoas que precisam readquirir ou adquirir a

habilidade para efetuar suas trocas e suas escolhas.¹⁵ As intervenções relacionadas ao processo de cuidado, seja no grupo ou individualmente, perpassam por uma intenção, um desejo, um relacionamento e ações apropriadas para coletividades. É importante a utilização de um processo de cuidar, criativo, resolutivo ou sistematizado da assistência de enfermagem.¹⁶

Os grupos estavam sendo muito repetitivos. Então a gente precisa de mudanças, a gente não pode abordar sempre fisiopatologia, [...] se a pessoa está fazendo uso adequado ou não das medicações. A gente sente que o paciente, ele deseja, assim, mais do que isso. Ou seja, que haja a participação do nutricionista, [...] farmacêutico [...] fisioterapeuta e a gente tem dificuldades com essas especialidades. (E – 5)

Estudos sintetizam vários enfoques de cuidado em uma profunda e extensa reflexão, agrupando-os em cinco temas: cuidar/cuidado como característica humana, como um imperativo moral, como afeto, como interação interpessoal e como uma intervenção.^{2,3} Ao se estabelecer esta reflexão, vislumbra-se uma prática educativa fundamentada num processo interativo de diálogo, na troca de ideias, centrado na pessoa a partir dos saberes que compõem os universos culturais do profissional e do usuário, o que tem possibilitado a transformação de ambos.¹⁷ O cuidado se constitui em “necessidade” e ao mesmo tempo “recurso” do homem.¹⁷

AMBIGUIDADES EM RELAÇÃO ÀS PRÁTICAS VOLTADAS TANTO PARA O CUIDADO QUANTO PARA A FALTA DE CUIDADO

O ser humano durante a sua existência apresenta ambiguidades em relação às suas práticas voltadas tanto para o cuidado como para a falta de cuidado representado nas guerras e nas lutas pelo poder, levando o ser humano a esquecer dos seus semelhantes em prol dos seus próprios interesses.¹⁸

E eles falam muito pra gente. Como já criou aquele vínculo, aquela afinidade [...], eles têm liberdade de falar com a gente que “eu só tenho isso para comer, o quê que eu posso fazer?”. (E-1)

A abordagem mais comum para os cuidados de saúde nos países em desenvolvimento tem sido tratá-lo como um direito do cidadão e tentar prover serviços gratuitos para todos. No entanto, há evidência que essa abordagem não funciona.¹⁹ Aceitar esta visão de mundo seria negar a doença como o objeto de intervenção e colocar neste lugar a vida da pessoa nunca condição de vulnerabilidades. Os determinantes sociais e de saúde para qualidade de vida da pessoa que foi acometida por uma doença crônica, por exemplo, ficariam dissociados do cuidado, do tratamento e dos vínculos que se estabelecem entre as comunidades e os serviços públicos de saúde.

Os grupos socioeducativos em tais contextos de vulnerabilidades poderiam ser o locus para reconhecimento das redes sociais solidárias e dos demais recursos de um território, onde as pessoas vivem, podem se desenvolver, fortalecer seus vínculos, melhorar condição de vida, e conseqüentemente, nesta construção ter seu cuidado apoiado nos serviços de saúde para melhor controle da patologia e prevenção de agravos.

[...] a gente tá numa fase bem amadurecida desses grupos, onde a gente já consolidou bem [...] essa participação deles. Eles já são vinculados [...] ao grupo [...]. (E-7)

Superada a doença como o foco da intervenção, estabelecida a aprendizagem sobre aquele cuidado, nos grupos as possibilidades de ação devem, necessariamente, serem ampliadas. Além do tratamento, a pessoa passa a ser objeto de cuidado: um ser com suas necessidades biopsicossociais e não apenas uma pessoa com alguns sinais e sintomas de uma doença a ser tratada individualmente nos serviços gratuitos de saúde sem levar em conta a vida familiar e na comunidade. Isso ocorrerá se não se perder de vista o indivíduo, que é construído social e historicamente.¹⁸ Neste sentido, há possibilidade de reflexão política e compreensão das ambigüidades das “práticas de cuidado” levando ao descuidado. Isto é, provocar temáticas que podem ser trabalhadas nos grupos por meio das tecnologias relacionais e dialógicas, em se tratando do contexto sociopolítico e econômico que influencia a condição de vida e que não necessariamente amplia para o cuidado em saúde necessário ou o direito à saúde integral.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Esta investigação limitou-se a um grupo de profissionais da enfermagem de uma região de saúde que tinha maior oferta de grupo à população. Outra limitação desta pesquisa, inerente ao método, foi o fato de que a coleta de dados se iniciou apenas com um pesquisador e houve necessidade incluir outro pesquisador ao longo dos meses devido às observações de campo e já há um distanciamento de tempo de coleta. Como se trata de uma estratégia relevante para a Atenção Primária a utilização de outros métodos podem permitir atualizações e maior generalização.

CONTRIBUIÇÕES PARA A ÁREA DA ENFERMAGEM

Diante do contexto vivenciado pelos profissionais da enfermagem a reflexão e a análise acerca das tecnologias e do processo grupal podem reverberar para o trabalho em equipe, pois, trata-se de processos de aprendizagem, de reconhecimento de culturas que podem estabelecer diálogos e

aprimorar modos de agir e conduzir processos e assim proporcionar uma assistência de enfermagem melhor adaptada à cultura tanto dos profissionais quanto dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora não tenha sido proposto como objetivo a discussão do manejo do grupo ela teve lugar considerável na discussão o que superou o foco da utilização da tecnologia para o processo de aprendizagem. A abordagem metodológica utilizada contribuiu para uma aproximação com a realidade sociocultural e os resultados obtidos possibilitaram conhecer e compreender o que se tem experimentado na vivência de grupo socioeducativo pelo lado profissional.

A tecnologia nos grupos socioeducativos na perspectiva da enfermagem apontou conhecimentos, reflexões sobre a prática e elementos como: acolhimento, autonomia, diálogo, escuta, vínculo, integração, interesse, que reportam para tecnologias leves.

Entendeu-se, portanto, que a tecnologia do cuidado no trabalho com grupo socioeducativo é aquela que traz consigo algo que seja interessante e atrativo para maior efetividade desse cuidado na perspectiva de grupo. Ao mesmo tempo, deve acolher crenças e valores de ambas as partes: dos participantes e dos coordenadores. Dessa forma, o diálogo estabelecido proporciona o conhecimento bilateral compartilhado entre culturas e modos de cuidar contextualizados, compreendidos e efetivo nas possibilidades existentes e não idealizadas. A atual busca dos objetivos do trabalho com grupos e uso de tecnologias para o cuidado vêm permeada pela importância de conhecimentos técnicos, habilidades e autocrítica cujos aspectos relacional e reflexivo são fundamentais para essa abordagem. Assim, cultura, saberes e práticas, conhecimento científico e popular, têm peso equivalente aos modos de cuidar no cotidiano de vida. É preciso criar espaços e transcender saberes e práticas para intervir nas formas de cuidado em uma coletividade. São indissociáveis cuidado científico e popular se pensarmos em termos de sistemas de cuidado, onde o “cuidado do meio” seria o resultado da intervenção em grupo, identificando o que há de potente nas partes, para que seja o plano para se alcançar o cuidado.

A conformação da identidade de cuidado grupal precisa emergir e ser legitimada e a tecnologia leve pode muito contribuir para a compreensão desta dinâmica e dos seus significados para os usuários e para a enfermagem. Assim, cabe aos coordenadores de grupo refletir sobre crenças, valores e necessidades tanto de quem cuida quanto de quem recebe cuidados. É também necessário identificar

as tecnologias mais potentes para sempre se lembrar de forma motivadora e inovadora a melhor maneira de se cuidar dependendo da situação o que aponta para necessidade de novos estudos.

REFERÊNCIAS

1. Lewin K. Problemas de dinâmica de grupo. São Paulo: Cultrix; 1988. 2. Boff L. Saber Cuidar: ética do humano. Petrópolis: Vozes; 2004.
3. Waldow VR. Atualização do cuidar. Aquichan Chía: Colombia. 2008; 8(1): 85-96.
4. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2007.
5. Scain SF, Franzen E, Santos LB, Heldt E. Accuracy of nursing interventions for patients with type 2 diabetes mellitus in outpatient consultation. Rev Gaúcha Enferm. 2013 June; 34(2):14-20.
6. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2011 [citado em 11 abr. 2020]. Disponível em: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
7. Abreu TFK, Amendola F, Trovo MM. Relational technologies as instruments of care in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm [Internet]. 2017;70(5):981-7. [citado em 11 abr. 2020] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0337>
- 8 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
10. Martins JJ, Albuquerque GL. A utilização de tecnologias relacionais como estratégia para humanização do processo de trabalho em saúde. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2007 [citado em 10 abr. 2020];6(3):351-6. Available from: <http://dx.doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v6i3.4068>
11. Baptista BO, Beuter M, Girardon-Perlini NMO, Brondani CM, Budó MLD, Santos NO. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. Rev Gaúcha Enferm. 2012; 33(1): 147-56.
12. Fráguas G, Salviano EM, Fernandes MTO, Soares SM, Bittencourt HNS. Transplante de medula óssea e a assistência de enfermagem fundamentada no Modelo Calgary. Cienc Cuid Saude. 2011; 10(1): 51-7.
13. Silva MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Edições Loyola; 2011. p.21-8
14. George JB. Theory of culture care diversity and universality: Madeleine M. Leininger. In: Nursing Theories: the Base for Professional Nursing Practice. 6th ed. United States of America: Pearson Education Limited; 2014.
15. Barros S, Oliveira MAF, Silva ALA. Práticas inovadoras para o cuidado em saúde. Rev Esc Enferm USP [periódico on line]. 2007; [citado em 09 abr. 2020] 41(n esp): 815-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41nspe/v41nspea12.pdf>.

16. Lopes FL, Szewczyk MSC, Lunardi VL, Santos, SSC. SAE como um novo fazer na atividade cuidativa da enfermeira com base na complexidade de Edgar Morin. *Cogitare Enferm.* 2007; 12(1): 109-13.17.
17. Patrício ZM. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural [dissertação]. Florianópolis: Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina; 1990.
18. Feuerwerker LM. Technical healthcare models, management and the organization of work in the healthcare field: nothing is indifferent in the struggle for the consolidation Brazil's Single Healthcare System. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2005; 9(18): 489-506.
19. Bisoto J G, Silva PLB, Dain S, organizadores. Série técnica desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde: Regulação do setor saúde nas Américas: as relações entre o público e o privado numa abordagem sistêmica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2006.

Capítulo 26

RELATO DE EXPERIÊNCIA: TESTES RÁPIDOS DE HIV E SÍFILIS NA ATENÇÃO BÁSICA

[DOI: 10.37423/200400669](https://doi.org/10.37423/200400669)

Ingrid Loyane Bezerra Balata (Enfermeira Especialista em Enfermagem na Saúde da Criança (UFMA).

ingridbalata@hotmail.com

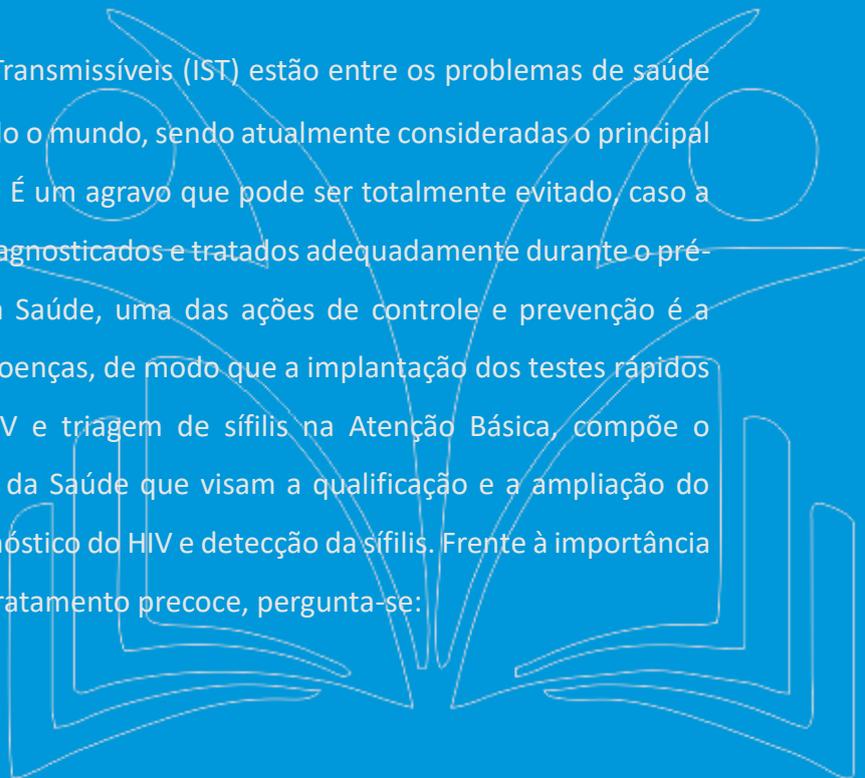
Rafael de Abreu Lima (Enfermeiro. Doutorando em Ciências da Saúde (UFMA).

rafael.abreulima@hotmail.com

Isabela Bastos Jácome de Souza (Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde. (UFMA).

isabelinhajacome@hotmail.com

Resumo: As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual. É um agravo que pode ser totalmente evitado, caso a gestante e seu parceiro sexual sejam diagnosticados e tratados adequadamente durante o pré-natal. De acordo com o Ministério da Saúde, uma das ações de controle e prevenção é a realização de testes rápidos para tais doenças, de modo que a implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, compõe o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde que visam a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis. Frente à importância do acompanhamento, diagnósticos e tratamento precoce, pergunta-se:



Quais são as detecções de HIV e sífilis em uma unidade de saúde? Esse processo é importante para a prevenção e recuperação precoce? O estudo surgiu a partir da capacitação e posterior experiência de coleta de acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão juntamente da supervisão da preceptora docente. A partir do mesmo será possível a visualização da comunidade acadêmica da importância da consulta de enfermagem frente às infecções sexualmente transmissíveis no tocante à orientação, prevenção e recuperação. O estudo tem como objetivo descrever a experiência de identificação de possíveis casos de HIV e sífilis em usuários de uma unidade de saúde. O estudo é um relato de experiência, com a abordagem qualitativa, realizada por acadêmicas de enfermagem do 7º período da Universidade Federal do Maranhão, durante estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pela Professora e Enfermeira Isabela Jácome no mês de abril de 2016. Durante esse período observou-se o cotidiano da enfermeira que vivencia a Saúde da Família, assim como o acompanhamento da consulta de enfermagem voltada para a abordagem e realização de testes rápidos. Após o tempo de reação o resultado do teste e entregue ao usuário com o seu devido aconselhamento e encaminhamento, no entanto, não houve nenhum resultado positivo dentre os testes realizados, sendo orientado apenas questões levantadas pelos usuários e as acadêmicas sobre a realização dos testes. O atual relato de experiência retratou a importância da rede básica de saúde na detecção de casos de HIV e sífilis, assim como sua correta notificação e orientações para prevenção tratamento e controle de tais doenças, sendo a enfermagem protagonista nesse processo.

Descritores: Testes rápidos, Unidade de saúde, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre os problemas de saúde pública mais comuns no Brasil e em todo o mundo, sendo atualmente consideradas o principal fator facilitador da transmissão sexual. Algumas IST's quando não diagnosticadas e tratadas a tempo, podem evoluir para complicações graves e até mesmo para o óbito². É um agravo que pode ser totalmente evitado, caso a gestante e seu parceiro sexual sejam diagnosticados e tratados adequadamente durante o pré-natal³.

A Sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), causada pelo agente etiológico espiroqueta *Treponema pallidum*, uma bactéria gram-negativa de alta patogenicidade, sistêmica com evolução crônica, com período de incubação geralmente de 10 a 90 dias². A transmissão pode ocorrer através da via sexual e via vertical, ou seja, da mãe para seu conceito³. A Sífilis congênita ocorre pela disseminação da bactéria através da corrente sanguínea da gestante quando a barreira transplacentária é atravessada, atingindo o feto³. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, somente em 2012, 930.000 gestantes foram diagnosticadas com Sífilis e 350.000 evoluíram com consequências diretas da sífilis congênita em vários países⁷. No Brasil, em 2016 foram notificados 15.247 casos de sífilis em gestantes e 9.201 casos de Sífilis congênita. No estado do Maranhão, foram registradas 293 gestantes acometidas pela Sífilis, sendo que, deste número 196 ocorreram somente no segundo semestre do ano de 2016².

A Aids/HIV em adolescentes são problemas graves e ainda pouco visíveis no campo da saúde. A população brasileira na faixa etária de 10 a 19 anos é expressiva, cerca de 17,9% do total; quando somada à população jovem, de até 24 anos, corresponde a 26,7% do total de brasileiros. Esse contingente populacional representa, sem dúvida, um dos grandes desafios da sociedade para que um futuro melhor lhe seja garantido⁵.

De acordo com o Ministério da Saúde, uma das ações de controle e prevenção é a realização de testes rápidos para tais doenças, de modo que a implantação dos testes rápidos para diagnóstico da infecção pelo HIV e triagem de sífilis na Atenção Básica, compõe o conjunto de estratégias do Ministério da Saúde que visam a qualificação e a ampliação do acesso da população brasileira ao diagnóstico do HIV e detecção da sífilis^{2,4}. A sífilis congênita persiste como importante problema de saúde pública, apesar da disponibilidade dos insumos necessários para a sua prevenção. Atualmente, constituem-se importantes desafios: o aumento na cobertura de testagem para sífilis no pré-natal; o tratamento da sífilis (gestantes e seus parceiros sexuais) no pré-natal; e a ampliação do número de maternidades que

efetivamente realizem todas as medidas de profilaxia da transmissão vertical da sífilis³. Os serviços de Atenção Básica devem ser estruturados para possibilitar acolhimento, diagnóstico precoce, assistência e, quando necessário, encaminhamento dos portadores de DST, HIV/aids, hepatites e HTLV às unidades de referência².

Neste sentido, o Ministério da Saúde vem, mais uma vez cumprir os princípios e diretrizes do SUS: equidade e integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde, conforme preconizados na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Para tanto apoiará os Estados, DF e os Municípios no processo de implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis nos serviços de saúde da Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha por meio da instituição de normas, recursos financeiros, materiais pedagógicos, envio de testes rápidos, entre outros¹.

Frente à exposição da importância do acompanhamento, diagnósticos e tratamento precoce, pergunta-se: Quais são as detecções de HIV e sífilis em uma unidade de saúde? Esse processo é importante para a prevenção e recuperação precoce? O estudo surgiu a partir da capacitação e posterior experiência de coleta de acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Maranhão juntamente da supervisão da preceptora docente. A partir do mesmo será possível a visualização da comunidade acadêmica da importância da consulta de enfermagem frente às infecções sexualmente transmissíveis no tocante à orientação, prevenção e recuperação.

OBJETIVOS

Descrever a experiência de identificação de possíveis casos de HIV e sífilis em usuários de uma unidade de saúde.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

O estudo é um relato de experiência, com a abordagem qualitativa, realizada por acadêmicas de enfermagem do 7º período da Universidade Federal do Maranhão, durante estágio supervisionado em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pela Professora e Enfermeira Isabela Jácome no mês de abril de 2016.

Inicialmente realizou-se uma revisão de literatura prática, para determinar o conhecimento sobre os tópicos de interesse das Infecções sexualmente Transmissíveis (IST's), especificamente HIV e Sífilis, assim como a estruturação da consulta de enfermagem voltada para a sua prevenção. Sendo o

presente estudo fundamentado em referências nas bases de dados eletrônicos e dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, que foram aliados a experiência em campo de prática.

Durante esse período observou-se o cotidiano da enfermeira que vivencia a Saúde da Família, assim como o acompanhamento da consulta de enfermagem voltada para a abordagem e realização de testes rápidos.

RESULTADOS

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) tem como um dos propósitos a implementação de ações dirigidas à Atenção Básica². Essa política possibilita a visibilidade dos fatores que colocam a saúde da população em risco, considerando os contextos populacionais, visando à redução de vulnerabilidades. Nesse sentido, o teste rápido se enquadra nessa perspectiva, visto que proporciona, além da oferta diagnóstica, o aconselhamento, que consiste na troca de informação, suporte emocional e gestão de risco, sendo uma tecnologia que visa atender às necessidades relacionadas à prevenção de HIV/AIDS e à promoção da saúde⁶.

Para a realização dos testes é necessário organizar os materiais a serem utilizados: kits (Lancetas para a punção da polpa digital, dispositivos para coletar as amostras de sangue: tubos capilares, alças plásticas ou pipetas Pasteur, dispositivo ou cassete para a reação e reagentes necessários para a execução do teste), além de antisséptico, algodão hidrófilo ou gaze, recipiente para descarte de materiais perfuro-cortantes, recipiente para descarte de lixo comum e cronômetro⁴.

Além disso, é importante frisar que no momento da realização de um TR, o profissional de saúde deverá utilizar equipamentos de proteção individual (EPI), pois em todos os locais onde há manipulação de materiais biológicos existe o risco de contaminação com agentes infecciosos⁴.

Durante as aulas práticas na unidade básica de saúde foi realizado a capacitação dos acadêmicos para a realização, supervisionada, dos testes rápidos de HIV e Sífilis. Após as orientações, os testes foram realizados seguindo todas as normas para sua execução: aconselhamento com o usuário e consentimento para a realização dos testes; uso de equipamentos de biossegurança e identificação com as iniciais do usuário nos testes; antissepsia e perfuração com uma lanceta descartável; coletada a amostra em quantidade suficiente e depositado no orifício indicado no teste; em seguida dispersado o reagente na quantidade indicada pelo fabricante; marcando o tempo determinado pelo fabricante e observando a indicação junto a linha de controle para o resultado negativo, positivo ou teste inválido.

Após o tempo de reação o resultado do teste e entregue ao usuário com o seu devido aconselhamento e encaminhamento, no entanto, não houve nenhum resultado positivo dentre os testes realizados, sendo orientado apenas questões levantadas pelos usuários e as acadêmicas sobre a realização dos testes.

CONCLUSÃO

O presente estudo não demonstrou usuários com teste positivo para HIV ou Sífilis durante a experiência de aulas práticas em uma unidade de Saúde, mas demonstra-se de suma importância pelos conhecimentos adquiridos de prevenção na consulta de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. O atual relato de experiência retratou a importância da rede básica de saúde na detecção de casos de HIV e sífilis, assim como sua correta notificação e orientações para prevenção tratamento e controle de tais doenças. As unidades básicas de saúde por estarem dentro dos bairros da cidade e mais próximo a população é o local ideal para ser ter acesso rápido, fácil e universal à um atendimento simples, porém de importante relevância para a saúde pública. Além disso, os testes rápidos cumprem com a função de levar até a população resultados imediatos, para que não haja uma sobrecarga de redes especializadas para tais diagnósticos e com isso, evitando superlotação.

Contribuição/implicações para enfermagem: O Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), por meio do parecer normativo nº001 de 2013, aprovou a competência do profissional Enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos. A decisão tem o objetivo de ampliar o acesso ao diagnóstico do HIV, sífilis e Hepatites virais, além de seguir as diretrizes repassadas pelo Ministério da Saúde no sentido de implementar estratégias de acesso ao diagnóstico de determinadas doenças, especialmente em gestantes e populações mais vulneráveis, pois, na maioria dos casos o enfermeiro é o primeiro profissional de saúde a atender e o orientar essa parcela da população na atenção básica por estar mais próximo da comunidade.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. BRASIL. Secretaria do Estado de Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS. Guia de Bolso para o manejo de sífilis em gestante e sífilis congênita. São Paulo, 2016.

3. BRASIL.Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Bol Epidemiol – Linha do tempo. Brasília: Ministério da Saúde; 2017.
4. HIV: Estratégias para utilização de testes rápidos no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2010. 98 p.
5. MAGALHÃES, D.M.S et al. Sífilis materna e congênita: ainda um desafio. Cadernos de Saúde Pública, p. 1109-1120, 2013.
6. SUTO, C. S.S.; PORCINO, C. A.; ALMEIDA JUNIOR, J.; SILVA, D. O.; OLIVEIRA, D.S.; TELES, M. V. A. O. SOCIAL REPRESENTATIONS OF BASIC CARE WORKERS ABOUT THE RAPID TEST. Reme Revista Mineira de Enfermagem, [s.l.], v. 23, p. 1-7, 2019. GN1 Genesis Network. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190021>.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Guidelines for the treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Geneva, 2016

Capítulo 27

INTERVENÇÃO PARA A SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO: UMA REFLEXÃO NA PERSPECTIVA DA TEORIA DE TRANSCULTURAL

[DOI: 10.37423/200400672](https://doi.org/10.37423/200400672)

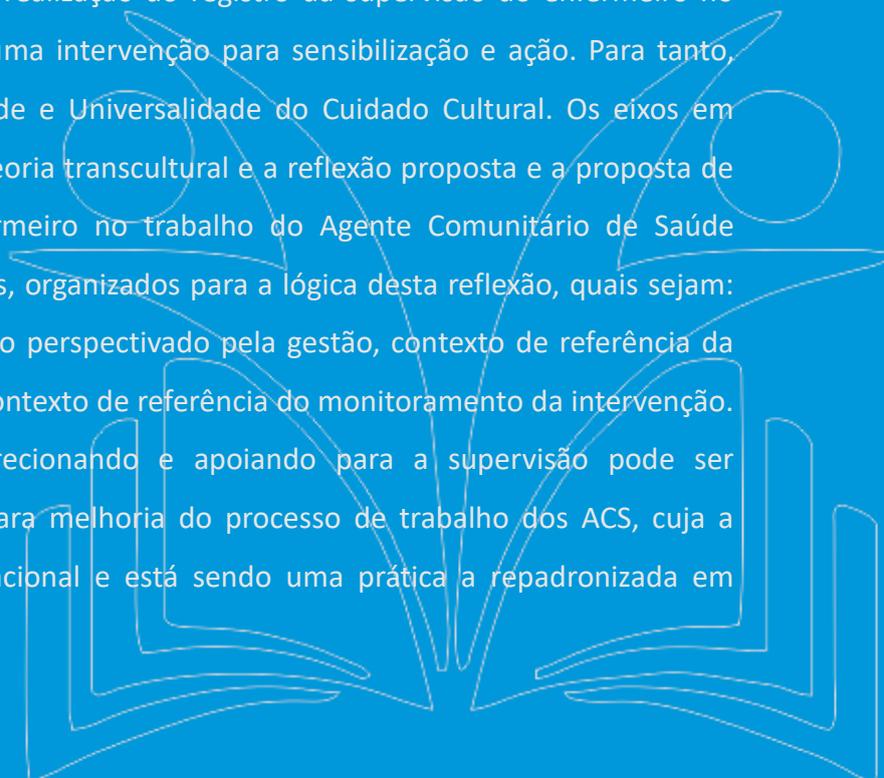
Viviane Loiola Lacerda (Enfermeira. Graduada em Enfermagem pela UNIFENAS. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte).

loiola.viviane87@gmail.com

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes (Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFMG. Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais).

mtofernandes@gmail.com

RESUMO: Propõe-se refletir sobre a realização do registro da supervisão do enfermeiro no trabalho do ACS na perspectiva de uma intervenção para sensibilização e ação. Para tanto, respaldou-se na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Os eixos em evidencia foram: a aproximação da teoria transcultural e a reflexão proposta e a proposta de intervenção na supervisão do enfermeiro no trabalho do Agente Comunitário de Saúde traduzidos em quadros de referências, organizados para a lógica desta reflexão, quais sejam: contexto de referência da intervenção perspectivado pela gestão, contexto de referência da operacionalização da intervenção e contexto de referência do monitoramento da intervenção. Instrumentalizar os enfermeiros direcionando e apoiando para a supervisão pode ser considerada uma estratégia eficaz para melhoria do processo de trabalho dos ACS, cuja a dimensão do trabalho é mais operacional e está sendo uma prática a repadronizada em processo.



Assim, vai se consolidando uma nova modalidade não apenas no processo de trabalho do ACS e na supervisão do enfermeiro e seus registros, mas sobretudo nos modos de fazer gestão para melhoria da APS.

Palavras-chave: Enfermagem, Supervisão, Agente Comunitário de Saúde, Sistema de Informação de Saúde em Rede.

INTRODUÇÃO

Como se sabe, o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi implementado em 1987 no estado do Ceará, teve como finalidade ajudar na promoção de saúde e prevenção de agravos e objetivou contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna. Em 1991, o Ministério da Saúde ampliou o Programa de Agente Comunitários de Saúde (PACS) para outros estados.

O PACS antecedeu a Estratégia Saúde da Família (ESF) e evidenciou a necessidade de incorporar o programa a essa nova estratégia visando a organização da Atenção Básica (AB). Na adesão ao programa, o município pactuava realizar a supervisão e o enfermeiro foi o profissional que assumiu, gradativamente, a liderança tornando-se referência para o PACS⁽¹⁾ e posteriormente, para a ESF.

O PACS foi implementado em Belo Horizonte no ano 2000 e em 2002, fez sua adesão à ESF. Consta, atualmente, no município uma população estimada de 2.515.070 habitantes⁽²⁾, distribuída em nove regionais administrativas: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Esta organização é fundamental na territorialização da saúde, pois, possibilita a organização dos serviços de saúde, cuja população por regional oscila entre 210.744 a 309.447 habitantes⁽³⁾, o que é um contingente considerável.

Atualmente, Belo Horizonte, aderiu ao Programa Saúde na Hora. Compõe este modelo de atendimento 588 Equipes de Saúde Família (eSF) que estão alocadas nos 164 Centros de Saúde (CS). Destes, dezesseis CS estão na Regional de Saúde Noroeste que congrega em seu território uma população de aproximadamente 220.425 usuários cadastrados pelo SISREDEWEB, sessenta e cinco equipes de ESF e duzentos e setenta e cinco ACS⁽³⁾, o que implica numa equipe qualificada para os desafios do cuidado na AB. Neste sentido, destacam-se o trabalho do ACS e a supervisão do enfermeiro.

Para impulsionar a qualificação do ACS, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-PBH) em 2007, ofertou um curso de Técnico de Agente Comunitário de Saúde – Módulo Introdutório em parceria com a ESPMG, formação em larga escala, cujos enfermeiros das eSF se tornaram os docentes. Mas, o trabalho do ACS hodiernamente, ainda é realizado de forma segmentada e desestruturada. E assim, várias iniciativas educacionais foram propostas ao longo dos anos com tênues repercussões no cotidiano de trabalho, na sistematização e na supervisão, pois as capacitações ofertadas seguiam um modelo individualizado, utilizando técnicas de metodologias ativas, mas não considerando o conhecimento prévio da categoria do seu modus operandi e tampouco a complexidade do trabalho

em equipe na AB e a necessidade de supervisão. Em resumo, observa-se um processo de trabalho incipiente em capacidade de supervisão e visivelmente fragmentado nos níveis de gestão que favorece sua organização de modo particular em cada CS, agravado pela ausência de protocolos, diretrizes claras e monitoramento institucional padronizado até então.

Apesar da permanente pauta sobre este assunto no contexto assistencial, gestor e institucional há vários anos, o desafio se faz potencialmente emergente: a supervisão do processo de trabalho do ACS pelo enfermeiro, assim como seu registro. À guisa do conceito de supervisão descrito no Manual de enfermagem – Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte, estabelecer-se-á a reflexão proposta:

“A supervisão é uma atividade para a promoção da qualidade na assistência. Inclui também investigação, avaliação, assessoria, informação e intercâmbio dinâmico de conhecimentos e experiências voltados para a melhoria e orientação dos serviços da atenção primária, levando-se em consideração a realidade local. Deve ser compreendida como uma atividade de organização e estruturação do trabalho que considera as necessidades da equipe, proporcionando melhor desempenho das ações. A supervisão deve ser vista como um método para ajudar no processo de trabalho, permitindo que as atividades aconteçam de forma dinâmica e de acordo com a missão institucional.” (BELO HORIZONTE, 2016, pág 20)⁽⁴⁾.

No mesmo manual que se encontra a supervisão da enfermagem, privativa do enfermeiro, encontra-se a do ACS, tendo como atribuição do enfermeiro, respaldada na portaria do Ministério da Saúde nº 2488 de 21 de outubro de 2011, em que “o trabalho do ACS deve ser acompanhado, coordenado e orientado pelo enfermeiro. Essa atividade deve ser realizada em horários protegidos na agenda e visa o planejamento e o monitoramento das ações de competência dos ACS”⁽⁴⁾

Em 2019, a SMSA publica o Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte que recomenda:

“A supervisão, o acompanhamento e a coordenação do trabalho do ACS é uma atividade que deverá ser realizada pelo enfermeiro, regulamentada pela portaria do Ministério da Saúde, nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.” (BELO HORIZONTE, 2019, pág. 52)⁽⁵⁾.

Neste mesmo ano, a instituição disponibiliza instrumentos institucionais para supervisão entre eles: formulário de planejamento de ACS, instrumento de registro de atividades do ACS e comunicado de visita domiciliar. Destaca também:

“O registro da atividade de supervisão do trabalho do ACS deve ser realizado pelo enfermeiro no SISREDEWEB, módulo atividade coletiva, colocando o nome dos ACS que participaram, horário de início, horário de término e dia em que foi realizada a atividade.” (BELO HORIZONTE, 2019, pág. 53) ⁽⁵⁾ .

Contudo, foi necessária uma Nota Técnica elaborada pela SMSA para a supervisão do ACS que orienta sua execução de forma grupal com periodicidade semanal, assegura que os supervisores e ACS devem ter horário protegido na unidade de saúde, responsabiliza o médico da ESF pela supervisão na ausência do enfermeiro, informa e orienta que a supervisão do ACS deve ser registrada no SISREDEWEB⁽⁶⁾.

Contudo, o trabalho do enfermeiro, incluindo as atividades administrativas, gerenciais e de apoio ao funcionamento do serviço de saúde, a organização da demanda espontânea e a infraestrutura, aponta para a necessidade imediata de uma gestão de processos, compartilhada, necessitando integrar as eSF com um número maior de enfermeiros para que eles possam realizar com efetividade nestes serviços que congrega o trabalho nessas duas dimensões quais sejam, cuidado e gestão⁽⁷⁾ .

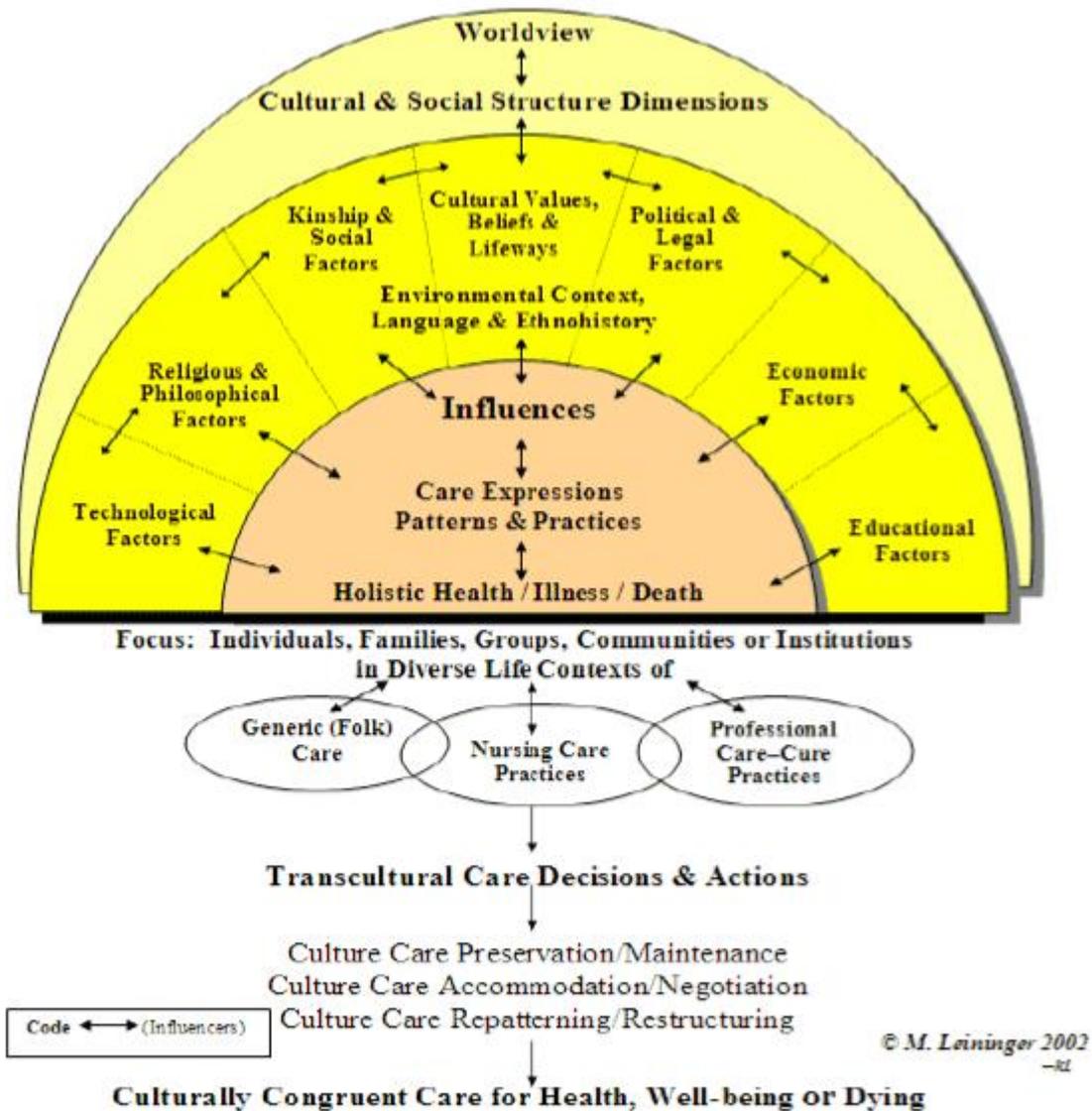
Perante o exposto, a proposta deste artigo é refletir sobre a realização do registro da supervisão do enfermeiro no trabalho do ACS na perspectiva de uma intervenção para sensibilização e ação. Para tanto, respaldou-se na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

APROXIMAÇÃO DA TEORIA TRANSCULTURAL E A REFLEXÃO PROPOSTA

O desenvolvimento de teorias e o estudo de suas aplicações na prática profissional corroboram para o status de ciência e alarga o seu campo de conhecimento específico⁽⁷⁾. Na prática de enfermagem assim como da atuação do enfermeiro elas se constituem como instrumentos para nortear pesquisas, ensino, gerência e assistência, corroborando para um modo sistemático de ver fatos, eventos e fornecer aporte para o processo de investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem⁽⁸⁾.

A Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural foi representada pelo modelo teórico-conceitual denominado *Sunrise* (FIGURA 1) que favorece a compreensão do contexto diante dos valores culturais e modos de vida, sendo relevante para o entendimento da supervisão do enfermeiro no trabalho do ACS, além de permitir a construção do pensamento crítico e complexo sobre as dimensões da estrutura cultural e social em cada contexto específico⁽⁹⁾.

FIGURA 1 - “Sunrise”: Modelo teórico conceitual da Diversidade e Universalidade Transcultural do Cuidado⁽¹⁰⁾.



Embora a princípio pareça complexa, a reflexão sobre os aspectos desenvolvidos por nesta teoria se constituem como referencial importante na abordagem da experiência de indivíduos e instituições e dos fatores culturais que influenciam o sucesso ou insucesso da organização, no caso, da supervisão do enfermeiro.

O modelo teórico Sunrise favorece às formas de descobrir as variáveis que influenciam os sistemas de cuidado em saúde, assim como as necessidades de saúde. Está esquematicamente organizado em 4 níveis: 1 - leva ao estudo da natureza, do significado e dos atributos do cuidado; 2 - oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde; 3 -

focaliza o sistema popular, o sistema profissional e, nele, a enfermagem; 4 - é o nível das decisões e ações de cuidado em enfermagem, que envolve a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/restauração cultural do cuidado(10). Essas três formas de atuação tornam as decisões e ações congruentes e benéficas para aqueles que recebem acompanhamento da equipe.

Assim se respalda a tomada de decisão congruente com o processo cíclico trazendo a luz e reconhecimento dos fatores importantes na avaliação do processo como um todo da intervenção, operacionalização e monitoramento.

A supervisão do trabalho do ACS na Atenção Primária torna-se uma atribuição essencial para que a população a ser acompanhada pelo ACS tenha uma vigilância em saúde para o seu melhor cuidado. Não obstante, é essencial que o enfermeiro conheça o sistema de informação alimentado pelo ACS e saber manejar suas funcionalidades.

Acredita-se, então, que apesar de ser um fenômeno universal, pois pode ser observado em diferentes instituições e culturas, o processo de realizar a supervisão e, sobretudo o seu registro, e neste caso, concluir o ciclo do processo de trabalho do ACS, evidenciando as necessidades de saúde do indivíduo, famílias, grupos e comunidades/instituições e as repercussões do trabalho de vigilância e cuidado da equipe com sua população adscrita possui características próprias em diferentes cenários e contextos. Dessa forma, a supervisão do enfermeiro precisa ser adequada, a partir da teoria do Sol Nascente, a cada indivíduo ou grupo. É preciso respeitar as características e utilizar ações que sejam coerentes com os valores e as necessidades identificadas em cada situação, conforme se identificou para propor esta intervenção. É importante ainda considerar a participação ativa, procurando classificar e inter-relacionar os fatos, fenômenos e dados obtidos de acordo com os fatores que compõem a estrutura social e a visão de mundo dos participantes.

A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NA SUPERVISÃO DO ENFERMEIRO NO TRABALHO DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

Os quadros apresentados a seguir foram instrumentos fundamentados na Teoria de Leininger. Estes elucidam a dimensão cultural dos níveis de gestão e local - os profissionais da operacionalização - apontando as expressões e seus modos de estar no setor saúde. Neste sentido, os quadros construídos favoreceram ao ajuste das necessidades de problematização do atual modelo de supervisão, da reflexão pretendida e adaptações realizadas a partir dos feitos e efeitos de ações para se analisar os

componentes da intervenção na supervisão do enfermeiro e no processo de trabalho do ACS e consequentemente, ajustar as proposituras em perspectivas.

A elaboração dos quadros de referência seguiu a lógica de organização para problematização e categorização de acordo com as ações e decisões para o cuidado da Teoria Sunrise, nomeados como os componentes que podem ser preservados, os que podem ser negociados e aqueles que devem ser repadronizados, tomando-se como guia as diretrizes institucionais e a PNAB/2017.

Quadro 1: Contexto de referência da intervenção perspectivado pela gestão

Componente 1	Componente 2	Categorização dos componentes			Perspectivas da intervenção
		Preservação (manutenção)	Acomodação (negociável)	Repadronização (inegociável)	
Feitos (ações)	Efeitos (produto, resultado, impacto)				Análise e decisões
Modelo de supervisão ACS centrado a partir de uma instância de gestão	Exclusão da supervisão do enfermeiro no trabalho do ACS no nível local.			x	O atual processo de trabalho não atende aos indicadores institucionais, nem ao processo de trabalho e não estão em conformidade com os fatores políticos institucionais. Não há supervisão efetiva do enfermeiro e não alimenta o Sistema de Informação adequadamente. Intervir neste processo de trabalho.
Temas pré-definidos para a intervenção	Reorganizar o processo de trabalho de ACS. Implementar a supervisão do enfermeiro no trabalho do ACS			x	A falta de diretrizes institucionais sistematizadas favorecia o processo de trabalho diversificado de difícil controle de produção e alimentação do Sistema de Informação. Além disso, havia desobrigação de responsabilidades sanitárias no território. Estabelecer uma metodologia de trabalho que dê visibilidade ao trabalho e atenda às diretrizes institucionais, políticas e de financiamento.
Apresentar novo fluxo de trabalho do ACS, proposto pela gestão baseado em evidências	Espera-se compreensão da nova dinâmica de trabalho do ACS e Supervisão do enfermeiro.			x	Instrumentalizar ACS e enfermeiros para um novo modo de fazer respaldado pela PNAB 2017, diretrizes institucionais.
Apresentar planilha de monitoramento dos principais indicadores relacionados ao cadastro, visitas domiciliares e supervisão do ACS realizada pelo enfermeiro para facilitar o monitoramento	Conduzir o trabalho com monitoramento, alimentar o Sistema de Informação, implementar a supervisão do enfermeiro, sendo este o elo de comunicação a outras instâncias de gestão		x		A partir da ausência de monitoramento local entende-se a necessidade de se sistematizar o trabalho do ACS, assim como estabelecer a supervisão local. Mudança no processo de trabalho do ACS e enfermeiro
Apresentar as mudanças no fluxo de comunicação com a supervisão local e gestão regional.	Aproximar enfermeiros e ACS em seus processos de trabalho			x	Valorizar registros, produtos, resultados, impactos da vigilância e cuidado.

Modelo criado a partir do Sol Nascente proposto por Leininger

Tendo como foco o empoderamento dos enfermeiros para a supervisão do ACS e sensibilizar sobre esta necessidade e apropriação, construiu-se a proposta inicial da intervenção com temas e metas pré-definidos e formas de problematizar favorecidas pela metodologia participativa de escolha.

A previsão é de acompanhamento por seis meses. Para disparar a problematização foi necessário analisar os registros de supervisões de ACS nos anos de 2017, 2018, 2019 e 2020.

Quadro 2: Contexto de referência da operacionalização da intervenção

Componente 1	Componente 2	Categorização dos componentes			Perspectivas da intervenção
		Preservação (manutenção)	Acomodação (negociável)	Repadronização (inegociável)	Análise e decisões
A escuta qualificada realizada <i>in loco</i>	Identificar os reais elementos que comprometem o processo de supervisão	x			É preciso acolher questões que limitam a supervisão na AB com a influências de fatores culturais e crenças. Problematicar e identificar os estrangulamentos assim como incentivar estratégias de enfrentamento e apoiar metodologicamente o processo.
Formação acadêmica deficitária dos enfermeiros para a supervisão do ACS.	Intervir de acordo com as evidências de necessidade de reorientação do processo de trabalho.	x			Discurso da formação justifica o atual modo de fazer. A proposta é a formação em serviço que cumpre a função de qualificar para a supervisão, inclusive baseada em evidência pelos indicadores de produção do ACS e do enfermeiro. Implementar ações Educação Permanente em supervisão e processo de trabalho do ACS.
Organização temática e metodologia de intervenção a longo prazo.	Atender ao perfil de competência dos enfermeiros. Desenvolver habilidades. Provocar mudança de atitude necessários aos enfermeiros de da AB		x		Ampliar a escuta, reorganizar, incluir do ponto de vista da gestão, conteúdos que tem maior possibilidade de aproximar das necessidades individuais e coletivas de aprendizagem dos enfermeiros, identificadas ao longo do processo de intervenção. Pactuar entrega de produtos (mediato), acompanhamento de resultados (Intermediário), impacto (longo prazo).
Identificação de conteúdos para alinhamento a partir do público alvo.	Sensibilização, valorização e motivação	x			Atender às necessidades de aprendizagem, valorizando a autorreflexão e autopercepção. Incluir o participante como co-construtor de seu aprendizado.
Detectaram-se sete enfermeiros da AB não participaram.	Colocação de dúvidas em relação ao Sistema de Informação e processo de trabalho foi uma constante no primeiro encontro das duas turmas.	x			Todas as dúvidas apresentadas na discussão foram levadas em conta por estarem diretamente ligadas ao desempenho. Repescagem de faltosos e nova data para encontro com a mesma temática de forma a não comprometer o alinhamento proposto, visto que as dúvidas apresentadas foram de simples às mais complexas: administrativas, operacionais, não conhecimento do sistema de formação e suas funcionalidades e por fim da PNAB e documentos institucionais.

Modelo criado a partir do Sol Nascente proposto por Leininger

A escuta qualificada in loco, acerca da temática da intervenção: a supervisão do enfermeiro no trabalho do ACS, validou a necessidade de valorização dos profissionais enfermeiros no processo da supervisão do ACS. É reconhecida a importância do trabalho do ACS porém, há pouca valorização da atuação do enfermeiro no processo de supervisão, observados na falta de investimentos para melhorar sua qualificação no trabalho e na supervisão do ACS, a sobrecarga, a ausência de educação continuada para que possa desempenhar esta atividade tão relevante⁽¹⁰⁾.

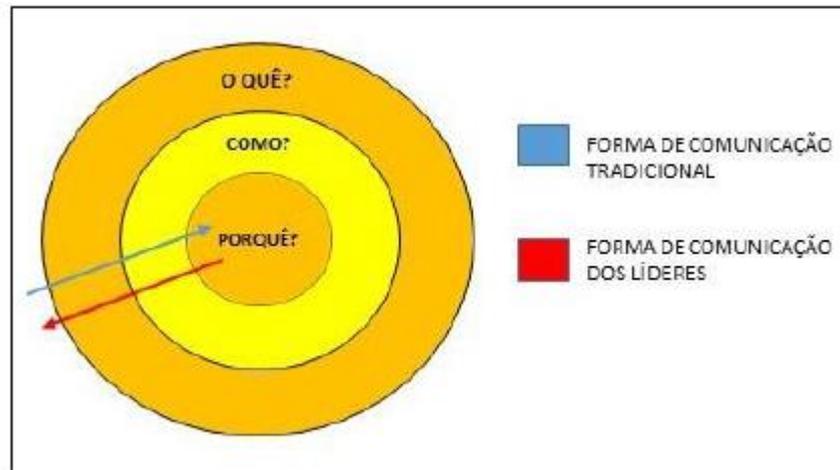
Conforme a cultura, modelos tradicionais de ensino e os poucos recursos tecnológicos disponíveis todos os participantes receberam uma pasta contendo pauta da discussão, instrumentos de supervisão padronizados, nota técnica nº13/2019/SMSA e material com passo a passo para realizar inserção da supervisão do ACS no sistema SISREDEWEB. Em concordância com Leininger⁽¹¹⁾ cultura significa compreender e compartilhar valores, crenças, regras de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados de geração em geração. A cultura reflete valores, ideias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações.

Neste sentido, reflete-se que a cultura reforça as expressões e práticas determinam visões de mundo que muitas vezes precisam de rupturas para dirimir o ideal e trazer o possível. Para se estabelecer um processo intervenção dinâmico numa estrutura social com dimensões culturais pouco alcançadas pela tradição dos processos em nós e estabelecemos com o outro é preciso considerar os fatores explicitados no Sol Nascente, tais como: tecnológicos, filosóficos, sociais, valores culturais, crenças, modos de vida, políticas, econômicos, dentre outros.

Partindo do pressuposto de que o treinamento é considerado a principal forma de capacitação pelos enfermeiros da eSF⁽¹²⁾, organizou-se dois grupos cujos participantes compuseram duas turmas com no máximo 33 pessoas com vistas à viabilidade da intervenção.

A título de “absorção do conteúdo” considerada novidade, utilizou-se o ciclo de ouro da Teoria de Simon⁽¹³⁾ que afirma que “as pessoas não compram o que você faz, elas compram o”. Ele faz uma correlação com o cérebro humano, observado por uma secção transversal visto de cima. É dividido em três partes, sendo elas: neo-cortex: encarregado pelo pensamento analítico, raciocínio lógico e pela linguagem. Relativo à primeira pergunta, é acionado o sistema límbico: responsável pelos sentimentos, confiança, lealdade e comportamento humano, capaz de transformar as emoções em memórias. Associando as duas perguntas internas do círculo dourado, as pessoas utilizam forma de comunicação tradicional, de fora para dentro, os líderes de sucesso influenciam pessoas primeiramente demonstrando a razão, sentido e propósito com abordagem de dentro para fora.

FIGURA 2: “Círculo Dourado de Simon Sinek”



O círculo de ouro foi incorporado à intervenção como metodologia de abordagem dos participantes, que teve caráter de sensibilização para nova prática que se propôs. Em sendo assim, ela se mostra alinhada com o propósito metodológico e de análise que nos guia.

Contudo, estabeleceu-se de forma estratégica a parceria com o nível central da instituição para o desenvolvimento desta iniciativa e respaldo, uma vez que ao trazer os dados da supervisão do ACS relativos ao ano de 2019, uma situação de conflito poderia se estabelecer quando se observou-se um estrangulamento em relação ao processo da supervisão do ACS pelo número absoluto de registros de produção de supervisões realizadas.

Para compreensão deste estrangulamento problematizou-se conjuntamente ao nível central a situação elucidada pelo desempenho dos ACS abaixo das metas pactuadas retratadas pelos indicadores relativos ao ano 2018 do BCMRI (Bonificação por Cumprimento de Metas, Resultados e Indicadores). O destaque se deu à visita domiciliar e cadastro, carro chefe da ação dos ACS, o que reforça a necessidade rever processo de trabalho e a importância implementar a supervisão para melhoria dos indicadores, pretendida pela instituição.

A simples pactuação, entretanto, não garante que as mudanças na maneira de se produzir o cotidiano dos serviços de saúde ocorram⁽¹⁴⁾. Ademais, a descentralização de processos de gestão para o nível local – gestores e trabalhadores de saúde - tornem-se protagonistas na pactuação de novos compromissos e responsabilidades⁽¹⁵⁾. Assim, sistematização da supervisão do ACS protagonizada pelo nível local, com essa intervenção poderá se tornar relevante para transformar realidades locais.

Dentre as atividades administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro, a supervisão foi elencada como a mais prevalente, caracterizada pela realização de reuniões, apoio as visitas domiciliares, organização de escalas, levantamento das dificuldades encontradas pelo ACS e seleção de famílias vulneráveis para acompanhamento domiciliar mais assíduo⁽¹¹⁾. Além do mais, a ênfase do registro da supervisão e mensuração desse indicador pela SMSA são necessários pra planejamento do gestor local, uma vez que o sistema de informação é uma ferramenta para o planejamento, para a tomada de decisão e para a gestão da saúde de um modo geral.

Os sistemas conformam a visão de mundo ressaltando os fatores culturais⁽¹⁶⁾ o que contribui para ampliar a reflexão a partir do momento em que se propõe uma intervenção em sistemas de saúde ou parte dele. Conhecer o contexto, as práticas e expressões de cuidado podem indicar caminhos ainda não percorridos para a tomada de decisão e se alcançar mudanças nas formas de fazer a partir do que se deve manter, negociar e aquilo que não se pode abrir mão, o principal foco da intervenção.

Quadro 3 : Contexto de referência do monitoramento da intervenção

Componente 1	Componente 2	Categorização dos componentes			Perspectivas da intervenção
		Preservação (manutenção)	Acomodação (negociável)	Repadronização (inegociável)	
Feitos (ações)	Efeitos (produto, resultado, impacto)				Análise e decisões
Instrumentos padronizados pela instituição	Organização do Processo de trabalho			x	Deficiência e até mesmo de registros das atividades desenvolvidas no cotidiano de trabalho
Planejamento de visita do ACS para vinte dois dias úteis			x		É preciso sistematizar o trabalho e a VD é uma das atividades mais importantes do ACS Garantir a efetivação da atividade, prestar conta das atividades diárias.
Comunicado de visita domiciliar (VD) que deverá ser deixado no domicílio para moradores ausentes	Informar o dia e horário que o ACS realizou tentativa da VD.	x			É preciso sistematizar o trabalho e a VD é uma das atividades mais importantes do ACS. Implementar o instrumento impresso.
Fornecimento dos formulários padrão para os CS.	Garantia de que ao retornar aos CS, com o formulário preenchido se estabeleça a rotina de supervisão do ACS		x		Necessidade de se consolidar a novo processo de trabalho Estabelecer o registro da supervisão
Acompanhar a solicitação de formulários por CS	Evitar desperdícios ou excessos. Oferecer registros para as atividades do ACS e se efetivar a supervisão	Comunicado	x		A importância de se solicitar mensalmente os respectivos formulários padronizados que foram apresentados na abordagem da Supervisão do ACS com os enfermeiros da ESF e tem como objetivo evitar desabastecimento e estrangulamento do processo.
Os enfermeiros argumentam que é necessário informar aos gerentes das unidades básicas de saúde sobre todos o processo da intervenção	Acolher, escuta ativa	x			Reunião com gerentes e apoiadores institucionais para informar sobre necessidade do apoio pelos gestores nesse processo era pertinente. Disso dependia: garantia da sala preferencialmente com computador para a supervisão, lançar informação no no SISREDEWEB, planejar agendas com horário protegido para os ACS e enfermeiros na supervisão.
Os enfermeiros que apresentam os melhores	Enfermeiros são premiados e reconhecidos	x			Reconhecimento do empenho retratado pelos indicadores valorizam e incentivam a continuidade do processo e alertam

resultados em relação ao quantitativo de supervisões no primeiro trimestre de 2020, após 1 encontro.					outros pares para possibilidades em atingir melhores indicadores.
Agenda para atendimento individual da referência técnica para enfermeiros ESF.	Enfermeiros que ainda permanecessem com dúvidas na supervisão do ACS			x	Mais que 2/3 dos CS avançaram no novo processo de trabalho e manejo do SIREDEWEB. Ainda se faz necessário compreender para ofertar apoio específico aos CS de baixo desempenho.

Modelo criado a partir do Sol Nascente proposto por Leininger

É importante um instrumento para registro e acompanhamento das visitas domiciliares para o ACS⁽¹⁷⁾, o que reforça a nossa oferta para a sistematização, já que possibilita a padronização da assistência e auxilia na análise constante da condição de saúde do usuário, comportando-se como ferramenta de planejamento, programação, monitoramento e avaliação da VD, facilitando o exercício da supervisão⁽¹⁷⁾.

A introdução de instrumentos de organização da visita domiciliar para o ACS proporciona visibilidade e favorece ao monitoramento dos níveis de gestão torna-se necessário pois consideramos uma atividade poderosa na executada do ACS⁽¹⁷⁾. A visita domiciliar é definida com a principal ação de trabalho do ACS, quando possibilita a esse profissional estabelecer vínculos com as famílias e facilita a identificação de problemas cotidiano comunitário⁽¹⁷⁾.

A elaboração da planilha de monitoramento com vários indicadores que devem ser avaliados durante a supervisão do ACS pode ser um potente instrumento analisador para planejamento, e para apontar as necessidades de aprendizagem para os encontros. A prática avaliativa é um excelente analisador, devendo ser realizada provocando os coletivos a se capacitar, formar, levantar, construir, inventar e pactuar situações, metas e indicadores-analisadores que orientam a renovação do trabalho⁽¹⁸⁾.

A disponibilidade da gestão e a forma de apresentação dos dados com a entrega das planilhas mensalmente aos enfermeiros descentraliza os dados, e fortalece a ESF. O novo modelo de assistência à saúde propõe a necessidade de reverter a atual situação de centralização de dados, pois há demora na análise destes dados e, mais ainda, na execução de ações para melhorias em nível local⁽¹⁹⁾.

O empoderamento dos enfermeiros a partir das informações apresentadas e valorização das atividades do profissional promoveu a integração das ações do processo de trabalho do ACS e enfermeiro, podendo-se destacar a apropriação das atividades dos enfermeiros na eSF.

CONCLUSÃO

Análises e discussões realizadas com os níveis de gestão oportunizaram reflexões mais aprofundadas de como intervir na situação que se constituía como situação-problema a intervir, agregando as diretrizes institucionais e respaldando a iniciativa.

A metodologia de intervenção se mostrou potente ainda que no início do processo. O preparo da intervenção realizado em duas etapas, sendo uma a escuta e outra o levantamento de dados de produção dos participantes fez toda diferença na discussão e problematização do modelo de supervisão utilizado, sendo facilitando por meio da metodologia do ciclo de ouro.

Apresentando os dados, o grupo refletiu sobre sua prática e entendeu a necessidade de mudança, além de identificar necessidades de aprendizagem para realizar a supervisão e ainda, orientar o ACS in loco. A revisita ao Sistema de Informação, dados de produção, após a primeira etapa já mostra alteração dos dados com melhores desempenho da metas das supervisões realizadas pelos enfermeiros, no trabalho do ACS em relação aos dados de anos anteriores com uma média de crescimento estável. Instrumentalizar os enfermeiros direcionando e apoiando para a supervisão pode ser considerada uma estratégia eficaz para melhoria do processo de trabalho dos ACS, cuja a dimensão do trabalho é mais operacional e está sendo uma prática a repadronizada em processo.

Assim, vai se consolidando uma nova modalidade não apenas no processo de trabalho do ACS e na supervisão do enfermeiro e seus registros, mas sobretudo nos modos de fazer gestão para melhoria da APS.

REFERÊNCIA

1. Marques MMA. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2011; [citado 2020 Abr 09] ; 16(1): 349-360. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100037&lng=pt. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000100037>.

2. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira; 2010. Rio de Janeiro: IBGE; [citado 2020 abri 12]. Disponível

em:http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinte_seindicsoais2010/SIS_2010.pdf.

3. Brasil. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: 2017. Brasília. [citado 2020 abri 12]. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>
4. Belo Horizonte. Manual de Enfermagem – Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, 2016. [citado 2020 Abr 09].

Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/manual_enfermagem_AP.pdf
5. Belo Horizonte. Manual do Agente Comunitário de Saúde da Atenção Primária à Saúde de Belo Horizonte - Diretrizes Técnicas para o Trabalho. Belo Horizonte, 2019. [citado 2020 Abr 09]. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/manual-ac3-3-9-2019.pdf>
6. Brasil. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Nota Técnica n. 013 de 16 de dezembro de 2019. Supervisão do Agente Comunitário. Diário Oficial do Município. Poder Executivo. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/Nota%20Tecnica%20Supervis%C3%A3o%20013%20-%202019.pdf>
7. Seima MD, Michel T, Méier MJ, Wall ML, Lenardt MH. Scientific nursing production and Madeleine Leininger's theory: integrated review 1985 - 2011. Esc. Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2011 [cited 2020 Abr 10]; 15(4):851-57. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a27v15n4.pdf>
8. George JB. Theory of culture care diversity and universality: Madeleine M. Leininger. In: Nursing Theories: the Base for Professional Nursing Practice. 6th ed. United States of America: Pearson Education Limited; 2014. - Ramos JLC, Menezes MR. Elderly care with alzheimer disease: a focus on the theory of cultural care. Rev Rene [Internet]. 2012 [cited 2020 Abr 10]; 13(4):805-15. Avaliável from: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1075/pdf>
9. Fortes AFA, Soane AMN, Braga CGB. Teoria do cuidado cultural ou diversidade e universalidade do cuidado cultural - Madeleine Leininger. In: Silva JV, (Org.). Teorias de enfermagem. São Paulo: Látria; 2011. p.155 -180.
10. Costa MAO. A supervisão do enfermeiro no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família. UFMG. Belo Horizonte, 2011.
11. Leininger MM. Transcultural nursing: concepts, theories and practices. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 1978. College Custom Series.
12. Alencar RCV. A vivência da ação educativa do enfermeiro no Programa Saúde da Família (PSF). Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006
13. Silva HR. Novo modelo da gestão de pessoas e seu papel na formação de líderes. Dissertação (Trabalho apresentado ao curso MBA em Gerenciamento de Projetos). Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <https://www15.fgv.br/network/tcchandler.axd?tccid=6745>
14. Carneiro TSG , Carneiro PS, Chaves LDP, Ferreira JBB, Pinto IC. O Pacto pela Saúde na prática cotidiana da Atenção Primária à Saúde. Saúde Debate, Rio de Janeiro, V. 38, N. 102, P. 429-439, jul-set 2014

15. Brêtas J, Silva, SF. Avaliando o Pacto pela Saúde: uma oportunidade estratégica para promover avanços no SUS? *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 46, p. 27-31, maio 2010
16. Ribeiro GRMS, Graça, BC, Nascimento VF, Hattori TY, Gleriano JS, Terças-Trettel, ACP. Atividades gerenciais do enfermeiro no monitoramento das visitas domiciliares do agente comunitário de saúde. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 22, n. 3, p. 179-185, set./dez. 2018
17. Leininger MM. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J Transcult Nurs*. 2002;13(3):189-92. [Acesso em 2020 abr 10]. Disponível em: <http://tcn.sagepub.com/cgi/reprint/13/3/189>
18. SOUZA KV, FILHO SBS. Educação Profissional em Saúde: metodologia e experiências de formação-intervenção-avaliação. Porto Alegre: Moriá, 2020. 373 p.
19. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva DO, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. Gestão da saúde: o uso dos sistemas de informação e o compartilhamento de conhecimento para a tomada de decisão. *Texto Contexto Enferm*, 2016; 25(3):e3440015. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072016000300305&lng=en&tln g=en

Capítulo 28

PRÁTICA OBSTÉTRICA APLICADA NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO TRABALHO DE PARTO NORMAL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

[DOI: 10.37423/200400673](https://doi.org/10.37423/200400673)

Lúcia Aline Moura Reis (1Enfermeira, especialista em Enfermagem em Terapia Intensiva e Urgência e Emergência (ESMAC). Mestranda no Programa de Pós-graduação em Biologia Parasitária na Amazônia (UEPA/IEC), vinculada a Universidade do Estado do Pará (UEPA).

luciaalinereis@gmail.com

Maira Cibelle da Silva Peixoto (Enfermeira, especialista em Saúde Coletiva (UEPA), mestranda do Programa de Pós-graduação em Biologia Parasitária na Amazônia (UEPA/IEC), vinculada a Universidade do Estado do Pará).

mairapeixoto2@hotmail.com

Kariny Veiga dos Santos (Enfermeira, mestranda no Programa de Pós-graduação em Biologia Parasitária na Amazônia (UEPA/IEC), vinculada à Universidade do Estado do Pará (UEPA).

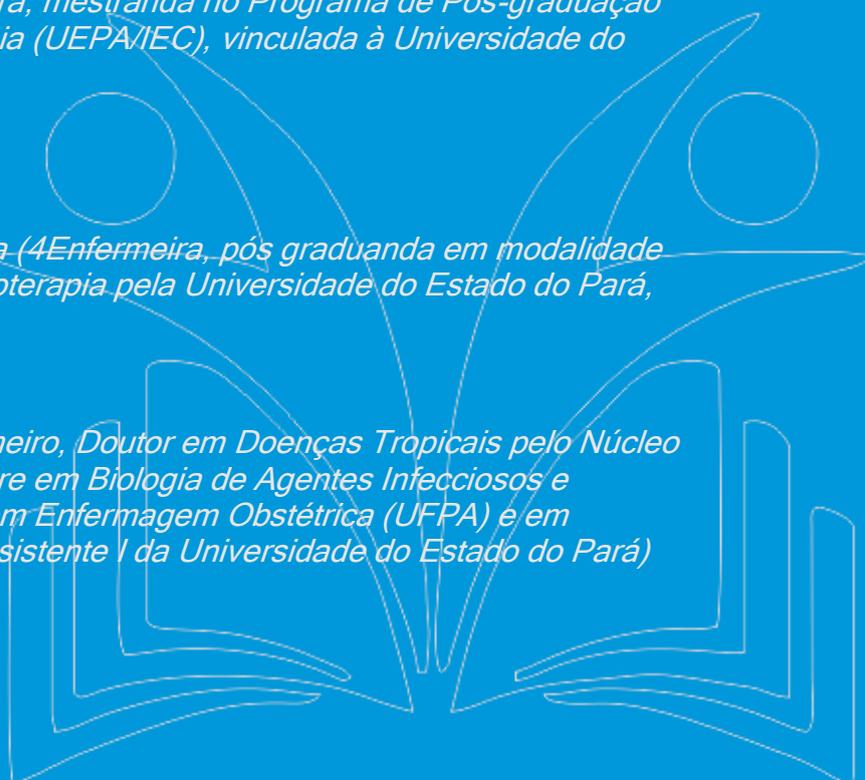
E-mail: karinyveiga1@gmail.com

Anna Carla Delcy Araújo da Silveira (4Enfermeira, pós graduanda em modalidade residência em Hematologia e Hemoterapia pela Universidade do Estado do Pará, vinculada à Fundação Hemopa.

annadelcy@gmail.com

Rubenilson Caldas Valois (5Enfermeiro, Doutor em Doenças Tropicais pelo Núcleo de Medicina Tropical (UFPA), Mestre em Biologia de Agentes Infecciosos e Parasitários (UFPA), Especialista em Enfermagem Obstétrica (UFPA) e em Hematologia (UEPA), Professor Assistente I da Universidade do Estado do Pará)

rubenilsonvalois@gmail.com



Resumo: O objetivo desse estudo foi realizar uma revisão integrativa de artigos produzidos no Brasil com a temática da assistência oferecida às mulheres em trabalho de parto normal e as principais práticas humanizadas desenvolvidas pela equipe de enfermagem. Trata-se de uma revisão integrativa de cunho descritivo, realizada nos bancos de dados Literatura Latino- Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MEDLINE BIREME) e *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO). Encontrou-se uma amostra final de 25 (vinte e cinco) artigos científicos distribuídos entre pesquisas qualitativas e quantitativas, que evidenciam que o cuidado de enfermagem abrange tanto aspectos biológicos quanto biopsicossociais. Dessa forma, a presente pesquisa contribui na divulgação das principais práticas obstétricas aplicadas nas diversas regiões do Brasil, beneficiando os profissionais enfermeiros.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Parto Humanizado; Parto Normal; Trabalho de Parto.

INTRODUÇÃO

Atualmente, a prestação da assistência obstétrica de enfermagem de forma qualificada diz respeito a diversos cuidados realizados durante a gravidez, o trabalho de parto, o parto e o puerpério, tendo como foco não apenas a gestante, mas também o recém-nascido e o acompanhante^[1-2].

O cuidado humanizado a esses usuários deverá ocorrer independentemente do local de realização do parto, seja ele no domicílio, em centros de saúde ou em hospitais. Contudo, para que isso ocorra, o enfermeiro necessita além de conhecimento técnico-científico, dispor de infraestrutura composta por políticas de saúde, normas, medicamentos, materiais e insumos adequados^[2].

Desde a década de 1940 do século XX a assistência prestada à gestante, os locais de realização do parto e os profissionais de assistência, se modificaram, havendo a intensificação da hospitalização do parto, permitindo sua medicalização e o maior controle do período gravídico e puerperal. Dessa forma, o parto deixou de ser um acontecimento natural, íntimo e familiar, passando a ser experienciado em instituições de saúde e com diversos profissionais^[2].

Os profissionais atuantes em maternidades hospitalares possuem grande poder de decisão a respeito do trabalho de parto, das necessidades do bebê e do cuidado à família, passando a controlar quando e como o parto ocorrerá, remodelando a assistência ao parto. Contudo, o parto é um processo cultural que reflete valores históricos e sociais prevalentes na sociedade, assim a assistência de enfermagem às gestantes em trabalho de parto visa sobretudo a segurança e autonomia feminina, atuando de forma humanizada e com respeito a privacidade da mulher^[2-3].

Desse modo, considerando-se o contexto das boas práticas de enfermagem e que a gestação caracteriza-se por ser um período único e especial na vida da mulher, onde cada uma vivencia-o de forma singular, a presente pesquisa possui como objetivo realizar uma revisão integrativa de artigos produzidos no Brasil que abordem a temática da assistência oferecida às mulheres em trabalho de parto normal e as principais práticas humanizadas evidenciadas na assistência as parturientes prestados pela equipe de enfermagem.

REVISÃO DA LITERATURA

Desde o início da civilização humana a saúde passou por diversas transformações, diferentes cenários e atuações, como exemplo, destaca-se o período em que acreditava-se que a doença sobrevinha do castigo divino e o cuidado dessas pessoas era realizado por sacerdotes da igreja e feiticeiras através do emprego de práticas tradicionais repassadas entre gerações^[4].

Contudo, no período da Idade Média (século V ao século XV) a saúde deixou de ser empírica e passou a ser reconhecida como ciência, em virtude da criação das primeiras escolas médicas e no âmbito da enfermagem, Florence Nightingale iniciou sua atuação durante a Guerra da Criméia (1853 a 1856) trazendo uma nova perspectiva a saúde, com a implementação de ações higiênicas e de saneamento no cuidado aos doentes^[4].

No Brasil, a enfermagem iniciou sua organização no final do século XIX, com a construção das primeiras Santas Casas de Misericórdia, tendo como um de seus marcos históricos o Padre José de Anchieta que exerceu papel fundamental no estudo e tratamento das doenças típicas do país e Frei Fabiano de Cristo, que atuava como enfermeiro no Convento de Santo Antônio do Rio de Janeiro^[5].

A assistência obstétrica surgiu com o objetivo de promover às gestantes um atendimento de forma qualificada durante o período gestacional e do parto. Dessa forma, um conjunto de mulheres em diversos países buscou se especializar cientificamente nesse atendimento.

No Brasil, o atendimento às gestantes iniciou-se com a criação da primeira sala de parto em 1822 na Casa dos Expostos e da escola de parteiras da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1832, logo, o cuidado às gestantes era realizado exclusivamente por mulheres, em sua grande maioria de idade mais avançada por possuírem experiência na condução de partos, além de serem realizados no ambiente familiar acompanhados também pelas mulheres da família^[2,5].

Devido as atividades realizadas, as parteiras passaram a ser integradas ao sistema de saúde na metade do século XIX, cabendo as mesmas o acompanhamento e a realização do parto normal^[6].

A partir do XX a assistência a gestante modificou-se em diversos aspectos, as parteiras deixaram de atuar como as únicas a possuírem conhecimento sobre o processo de parto e deu-se início ao processo de hospitalização do parto, sua medicalização e emprego de práticas cirúrgicas como método de reduzir o tempo de parto e minimizar a dor, favorecendo, assim, a submissão da mulher às práticas do modelo biomédico de assistência e a rigorosas normas institucionais, como a restrição a presença de acompanhantes, direito esse que apenas foi concedido às gestantes a partir de 2005 com a criação da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, conhecida como “Lei do Acompanhante”^[2-7].

É no contexto da hospitalização do parto que a enfermagem obstétrica brasileira iniciou sua atuação frente ao cuidado com as gestantes, a família e o neonato, buscando a realização de um cuidado mais

humanizado, integral e holístico, o estabelecimento de relações interpessoais entre a gestante e a equipe de saúde e, principalmente, o respeito às escolhas, a privacidade e ao conforto da mulher^[2].

Atualmente, a enfermagem obstétrica tem por escopo modificar o entendimento do parto como um processo patológico, no qual são empregadas técnicas invasivas de cuidado, como a cirurgia cesariana. Busca principalmente o protagonismo da mulher no seu cuidado, fornecendo subsídios para que a mesma possa escolher os procedimentos a serem realizados, como a posição de parir, os métodos de alívio da dor, dentre outros^[2-8].

Contudo, a execução das atividades assistências acrescidas de atividades administrativas, preventivas e educacionais fez com que os cuidados de enfermagem se tornassem mecanicistas e tecnicistas afastando-os do processo de humanização, à vista disso, no ano de 2003 o Ministério da Saúde (MS) implementou a Política Nacional de Humanização (PNH) com objetivo de qualificar a assistência prestada em ambientes hospitalares com vista no cuidado humanizado e integral e em 2011 o instituiu o Programa Rede Cegonha caracterizado como uma rede de cuidados que visa proporcionar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e ao cuidado humanizado durante o período gravídico-puerperal, bem como garantir um nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis à criança dos zero aos vinte e quatro meses de vida^[9,10-11].

Tendo o Programa Rede Cegonha como embasamento o MS no ano de 2017 instituiu as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal que busca oferecer aos profissionais da saúde informações acerca de intervenções cientificamente comprovadas que forneçam a mãe e ao filho um cuidado com qualidade. Dentre as recomendações há o incentivo a realização do parto em Centros de Parto Normal (CPN) com o acompanhamento de profissionais qualificados, fornecimento de informações baseadas em evidências, inclusão da mulher na tomada de decisões, além do apoio constante e individualizado, podendo o mesmo ser realizado por pessoas que não sejam membros da equipe de saúde, estimulando a presença de familiares e Doulas no momento do parto^[10].

Dentre as intervenções elencadas no documento estão a ingestão de líquidos, realização da assepsia vaginal com água potável, imersão na água para o alívio da dor, aplicação de técnicas de massagem durante o trabalho de parto tanto pelos profissionais de saúde, Doulas ou acompanhantes, além do incentivo da musicoterapia^[10].

A partir da implementação de tais programas e com a criação dos os Centros de Parto Normal (CPN), através da Portaria nº 11, de 7 de janeiro de 2015, a atuação dos profissionais da enfermagem obstétrica vem sendo gradativamente estimulada, dado que, conforme a Legislação nº 7.498, de 25 de

junho de 1986 que versa sobre o exercício profissional da enfermagem, os únicos profissionais não médicos habilitados para a realização do parto normal são os profissionais enfermeiros, obstetras e enfermeiros obstetras^[2,12-13] .

Deste modo, atualmente as ações desenvolvidas pela enfermagem obstétrica como o oferecimento da dieta oral, utilização de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, o estímulo a liberdade de posicionamento e movimentação, presença do acompanhante e o uso do partograma, são práticas estimuladas por serem cientificamente comprovadas e a realização de enema, tricotomia e manobra de Kristeller são intervenções cientificamente prejudiciais para o binômio mãe e feto[10-14].

MÉTODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de cunho descritivo.

A revisão integrativa é realizada com intuito de reunir os resultados das principais pesquisas realizadas a respeito da temática a ser realizada a revisão. Assim, a construção da revisão integrativa é realizada a partir do desenvolvimento de seis etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão; 3) identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados; 4) categorização dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos resultados e 6) apresentação da síntese do conhecimento^[15] .

Dessa forma, realizou-se a pesquisa por artigos que abordassem a temática das práticas obstétricas na assistência de enfermagem ao trabalho de parto normal, nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/MEDLINE BIREME) e Scientific Electronic Library Online (SCIELO).

Para se proceder à busca das referências bibliográficas nessas bases de dados, utilizaram-se como descritores a “Cuidados de Enfermagem”, “Parto Humanizado”, “Parto Normal” e “Trabalho de Parto” definidos a partir dos Descritores em Ciências da Saúde (Decs). A partir dessa busca, realizou-se a leitura dos títulos e resumos dos materiais identificados nas bases de dados.

Posteriormente, selecionaram-se os artigos de interesse para este estudo, considerando como critérios de inclusão: ser um trabalho nacional, publicado na língua portuguesa, no período de 2011 a 2017, estarem disponíveis eletronicamente na íntegra. Como critérios de exclusão: publicações de monografias, teses, dissertações e revisões da literatura, artigos cujo assunto não contemplassem os objetivos da pesquisa e também estudos publicados fora do período determinado.

A busca pelos artigos foi realizada aplicando-se a seguinte combinação dos descritores: “Cuidados de Enfermagem + Parto Humanizado”, “Cuidados de Enfermagem + Parto Normal”, “Cuidados de Enfermagem + Trabalho de Parto”, nas três bases de dados referidas encontrou-se 3.611 (três mil seiscentos e onze) artigos, aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 175 (cento e setenta e cinco) artigos.

Após a identificação dos estudos, por meio da estratégia de busca, realizou-se a seleção dos artigos através da leitura dos títulos e respectivos resumos, objetivando-se avaliar se o estudo contemplava os objetivos da pesquisa, foi realizada a exclusão de artigos repetidos. Após a finalização desta etapa encontrou-se uma amostra final resultou em 25 (vinte e cinco).

Os artigos selecionados foram identificados para análise através do sistema alfanumérico, ou seja, A1, A2, A3 e etc., sendo “A” significando Artigo e a numeração um método de organização.

RESULTADOS

Os dados obtidos nos 25 (vinte e cinco) artigos selecionados foram organizados e apresentados conforme as tabelas e gráfico a seguir.

A tabela 1 demonstra a distribuição dos artigos científicos de acordo com a abordagem metodológica de estudo aplicada, evidenciando a realização de estudos qualitativos.

Tabela 1. Abordagem metodológica dos artigos – Brasil - 2017.

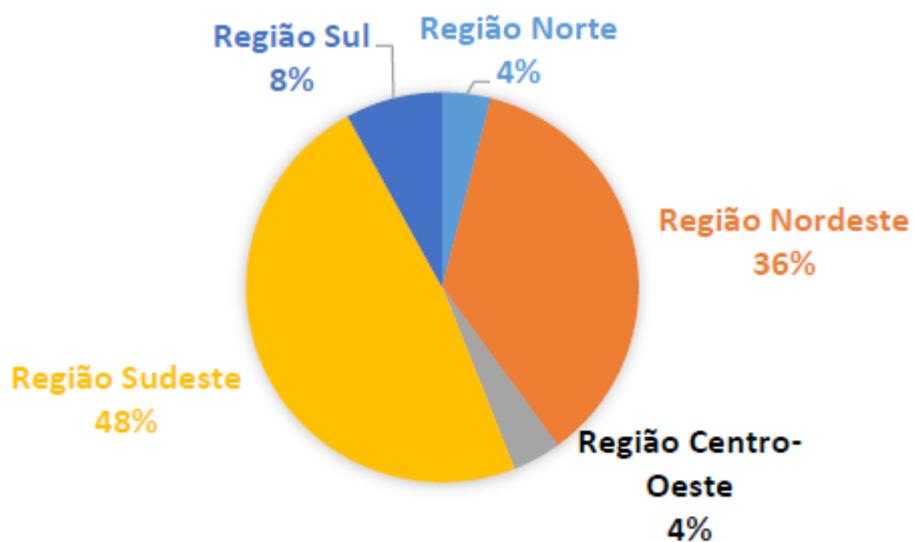
Abordagem Metodológica	Número de Artigos	Porcentagem
Pesquisa Qualitativa	13	52%
Pesquisa Quantitativa	12	48%

Fonte: Pesquisadores, 2018.

O gráfico 1 por sua vez aborda a distribuição dos artigos segundo as regiões do Brasil em que os estudos foram desenvolvidos, evidenciando a predominância de estudos realizados na região Sudeste, com 48% dos estudos e as regiões menor predominância na realização de estudos encontra-se as regiões Norte e Centro-Oeste, ambas com 4% dos artigos.

Gráfico 1. Distribuição dos artigos conforme região do Brasil de realização do estudo.

DISTRIBUIÇÃO DOS ARTIGOS POR REGIÕES DO BRASIL



Fonte: Pesquisadores, 2018.

Tabela 2. Apresentação dos principais resultados – Brasil - 2017.

(continua)

Ident.	Autores Ano	Título	Resultados
A1	Zveiter, M.; Souza, I. E. O. (2015)	Solicitude constituindo o cuidado de enfermeiras obstétricas à mulher-que-dá-à-luz-na-casa-de-parto	Identificou-se a solicitude como característica fundamental do cuidado de enfermagem, demonstrando que a assistência ao parto demanda paciência e tolerância, libertando-se de métodos tradicionais de cuidado e com enfoque na mulher, no vínculo desenvolvido com a mesma.
A2	Silva, A.L.S.; Nascimento, E.R.; Coelho, E.A.C. (2015)	Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal	Identificou-se que os cuidados realizados pelas enfermeiras do CPN foram o acolhimento, promoção da presença do acompanhante, promoção de um ambiente adequado ao cuidado, transmissão de calma e segurança às mulheres, além da promoção a autonomia das mulheres.
A3	Guida, N.F.B.; Lima, G.P.V.; Pereira, A.L.F. (2013)	O ambiente de relaxamento para humanização do cuidado ao parto hospitalar	Identificou-se que o ambiente de relaxamento é utilizado pelas enfermeiras para as parturientes com gestações de baixo risco e vivenciam fatores estressantes intrínsecos e extrínsecos durante o trabalho de parto que interferem no parto, como o estado emocional, a dor, a ansiedade, o medo e fadiga.
A4	Pereira, A.L.F.; Bento, A.D. (2011)	Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto	Revelou a importância do cuidado de enfermagem com competência técnica, humana e ética; com respeito às necessidades, expectativas e escolhas das parturientes, aplicando práticas de cuidado humanizado, dentre elas atividades educativas e de orientação que permitam que a mulher exerça sua autonomia.
A5	Milfont, P.M.S.; Silva, V.M.; Chaves, D.B.R. <i>et al</i> (2011)	Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres	Concluiu-se que grande parte das diretrizes propostas pelo Ministério da Saúde não eram aplicadas de forma eficaz, realizando-se apenas o esclarecimento de dúvidas e ansiedades, promoção de ambiente adequado para o parto e medidas de vínculo entre mãe e filho.
A6	Oliveira, A.S.S.; Rodrigues, D.P.; Guedes, M.V.C. (2011)	Percepção de puérperas acerca do cuidado de enfermagem durante o trabalho de parto e parto.	Demonstrou-se que o cuidado realizado pelas enfermeiras foi percebido pelas puérperas através de orientações, apoio emocional e realização de procedimentos da rotina obstétrica, contudo práticas como a manobra de Valsava continuam sendo empregadas, demonstrando a necessidade de uma reflexão a respeito das práticas de cuidado humanizado.
A7	Melo, M.N.; Amorim, T.V.; Salimena, A.M.O. <i>et al</i> (2016)	Cuidado hospitalar de mulheres que vivenciaram a gestação de alto risco: contribuições para a enfermagem.	Demonstrou-se a importância do cuidado de enfermagem no ambiente hospitalar, uma vez que o mesmo transcendeu técnicas medicalizadas, com a aplicação de práticas como acolhimento, segurança e amparo a gestante com o objetivo de uma assistência integral proposta pelas políticas de saúde da mulher.
A8	Oliveira, J.D.G.; Campo, T.N.C.; Souza, F.M.L.C. <i>et al</i> (2016)	Percepção de enfermeiros obstetras na assistência a parturiente.	O estudo demonstrou que os enfermeiros obstetras exercem importante papel na assistência às parturientes, ajudando essas mulheres a participarem e comandarem seu parto, além do respeito aos aspectos emocionais, sociais e familiares.
A9	Motta, S.A.M.F.; Feitosa, D.S., Bezerra, S.T.F. <i>et al</i> (2016)	Implementação da humanização da assistência ao parto natural.	Identificou-se que práticas como o incentivo a deambulação, técnicas de respiração, banho no chuveiro, apoio empático e fornecimento de informações eram realizadas, contudo práticas como a restrição hídrica e alimentar, a transferência da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto e o uso de episiotomia ainda eram aplicadas.
A10	Wei, C.Y.; Gualda, D.M.R.; Silva, L.C.F.P. <i>et al</i> (2012)	A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a humanização da assistência ao parto em um hospital de ensino.	Observou-se que a prática do contato pele a pele do bebê com a mãe ao nascimento foi percebida positivamente pela maioria das participantes, contudo referiram que a permanência continua sob os cuidados acarreta em desgaste físico, principalmente durante a noite.

Fonte: Pesquisadores, 2018.

Tabela 2. Apresentação dos principais resultados – Brasil - 2017.

(continuação)			
Ident.	Autores Ano	Título	Resultados
A11	Caus, E.C.M.; Santos, E.K.A.; Nassif, A.A. <i>et al</i> (2012)	O processo de parir assistido pela enfermeira obstétrica no contexto hospitalar: significados para as parturientes.	Observou-se que a teoria humanística de Paterson e Zderad é um modelo que permite a enfermeira olhar com sensibilidade para a parturiente, colocando-se em seu lugar, assistindo a parturiente com respeito à sua feminilidade, liberdade de expressão e aprendizagem, dando segurança e ânimo na hora em que mais teme.
A12	Figueiredo, G.S.; Santos, T.T.R.; Reis, C.S.C.; <i>et al</i> (2011)	Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar.	Demonstrou os baixos índices percentuais na realização de episiotomia, entretanto ao avaliar a relação desta prática com a paridade da mulher revelou-se uma predominância em primíparas, caracterizando um resquício do modelo biomédico, mas que mesmo assim encontra-se dentro dos índices recomendados.
A13	Dias, I.E.; Souza, S.R.R.K., Wall, M.L. <i>et al</i> (2011)	Alimentação e hidratação no trabalho de parto: um cuidado de enfermagem	Verificou-se que o cuidado de enfermagem a parturiente em suas necessidades de hidratação e alimentação é um importante fator de humanização, contudo há a necessidade de aprimoramento para uma prática mais efetiva frente às necessidades apresentadas, bem como o resgate ao protagonismo da mulher.
A14	Medeiros, R.M.K.; Teixeira, R.C.; Nicolini, A.B. <i>et al</i> (2016)	Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino.	Demonstrou-se que apesar de ainda adotar-se o modelo tecnocrata a inserção do enfermeiro determina o predomínio de um cuidado considerado humanizado. A aplicação das práticas que não interferem na fisiologia do parto como o uso de métodos não farmacológicos para o alívio da dor, das posições verticais, da presença do acompanhante de escolha da mulher e das práticas humanizadas de recepção ao RN, qualifica o cuidado prestado.
A15	Silva, L.M.; Oliveira, S.M.J.V.; Silva, F.M.B. <i>et al</i> (2011)	Uso da bola suíça no trabalho de parto.	Demonstrou-se que a eficácia da bola suíça apesar não está elucidada na área obstétrica, possui empregabilidade em várias instituições, sobretudo em Centros de Parto Normal, devido a facilidade com que os profissionais empregam a bola suíça embasados quase totalmente em suas observações empíricas. Desse modo, é possível concluir-se que parece haver benefícios no uso da bola suíça.
A16	Freire, H.S.S.; Campos, F.C.; Castro, R.C.M.B. <i>et al</i> (2017)	Parto normal assistido por enfermeira: experiência e satisfação de puérperas.	Constatou-se que a experiência das mulheres com o parto assistido por enfermeira foi bastante satisfatória. Embora a dor tenha sido relatada, percebe-se que a atuação da Enfermagem envolve fornecer apoio físico e emocional, sendo fundamental para auxiliar no relaxamento e no enfrentamento deste momento.
A17	Santos, R.C.S.; Riesco, M.L.G. (2016)	Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto.	Concluiu-se que houve uma melhora na prevenção e reparo do trauma perineal no parto normal, incluindo menor realização de puxos dirigidos, episiotomia e relatos de puérperas com dor perineal pós-parto, além do maior registro do uso do fio de sutura Vicryl® na mucosa e na pele.
A18	Jamas, M.T.; Hoga, L.A.K.; Reberte, L.M. (2013)	Narrativas de mulheres sobre a assistências recebida em um centro de parto normal.	Identificou-se que as participantes do estudo divergiram em suas respostas quando questionadas sobre assuntos como autocuidado, realização de procedimento e presença do acompanhante, demonstrando a necessidade de uma avaliação individualizada na assistência ao parto; contudo apesar das divergências as mulheres se mostraram satisfeitas com a assistência recebida no centro de parto normal.
A19	Correia, S.R.; Silva, J.M.O.; Santos, A.A.P. <i>et al</i> (2017)	Cuidados de enfermagem prestados à parturiente adolescente sob a luz da teoria de Wanda Horta.	Concluiu-se que o acolhimento é fundamental para o cuidado, uma vez que a enfermeira poderá ouvir a história da adolescente, seus medos e receios. Deste modo, é fundamental a aproximação da equipe de enfermagem com a realidade e as necessidades desta parturiente, a formação do vínculo entre parturiente, equipe e família.

Tabela 2. Apresentação dos principais resultados – Brasil - 2017.

			(conclusão)
A20	Bezerra, H.S.; Melo, T.F.V.; Oliveira, D.A.	Satisfação das mulheres quanto à assistência recebida da enfermagem no pré-parto.	Observou-se que a maioria das entrevistadas avaliou a assistência de enfermagem na oferta de conforto, no alívio da dor, no apoio emocional, nas informações recebidas e na prevenção de complicações como uma assistência melhor do que se esperava.
A21	Silva, U.; Fernandes, B.M.; Paes, M.S.L. <i>et al</i> (2016)	O cuidado de enfermagem vivenciado por mulheres durante o parto na perspectiva da humanização.	Demonstram que o parto é um momento de muita emoção, que sobrepõe à dor e que a comunicação verbal e não verbal entre a equipe e a mulher e o uso de técnicas não medicamentosas para o alívio da dor foram práticas pautadas na individualidade e no respeito valorizando a parturiente. Contudo, observou-se relatos de uso da força física pelo profissional, o impedimento de se expressar no momento de dor e a falta de orientação sobre os procedimentos realizados.
A22	Fernandes, D.N.C.; Quitete, J.B.; Monteiro, J.A.M.B. <i>et al</i> (2016)	Perfil de atenção ao parto em um hospital público: contribuições da enfermagem.	Revela o alto índice de partos cirúrgicos em detrimento dos partos vaginais, além da realização de intervenções obstétricas, como o jejum, a ocitocina, a litotomia e a episiotomia, constatando-se que a assistência é afastada da família, desvalorizando a autonomia, feminilidade e intuição da mulher no momento de parir.
A23	Mafetoni, R.R.; Shimo, A.K.K.	Efeitos da acupressão sobre a dor no trabalho de parto: ensaio clínico randomizado.	Os resultados indicaram que a acupressão no ponto BP6 (ponto Sanyinjiao) é uma medida útil e não invasivo para o alívio da dor na fase ativa do trabalho de parto, sem ocasionar efeitos adversos para parturiente ou para o neonato, podendo facilmente ser implementada na prática clínica.
A24	Medeiros, A.L.; Santos, S.R.; Cabral, R.W.L. <i>et al</i> (2016)	Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco.	Observou-se que a maioria dos diagnósticos foram elaborados para a categoria das necessidades psicobiológicas, dentre elas: sono e repouso prejudicado, ansiedade e medo. Em relação às intervenções de enfermagem, demonstrou que as mesmas se encontram desarticuladas dos diagnósticos identificados tanto para as parturientes quanto para as gestantes que apresentaram gestação de alto risco.
A25	Barbieri, M.; Henrique, A.J.; Chors, F.M. <i>et al</i> (2013)	Banho quente de aspersão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto.	Conclui-se que a utilização de intervenções não farmacológicas para alívio da dor durante a fase ativa do trabalho de parto, como o banho de aspersão de forma isolada e o uso deste com a bola suíça de forma combinada reduziu o score de dor referido pelas parturientes, promovendo o relaxamento e a diminuição da ansiedade.

Fonte: Pesquisadores, 2018.

DISCUSSÃO

A pesquisa científica ramifica-se em dois diferentes tipos metodológicos, as pesquisas quantitativas, baseadas nos modelos positivistas e cartesianos, e as pesquisas qualitativas baseadas em modelos alternativos^[16].

Os métodos de pesquisa quantitativos analisam o objeto de estudo de forma objetiva, a partir da instituição de uma relação de causa-efeito, ou seja, buscam através de cálculos matemáticos e análises estatísticas gerar dados passíveis de serem aplicados de modo universal^[16].

Já a pesquisa qualitativa, em contrapartida, entende o objeto de estudo não apenas como algo imutável e sim que o mesmo é consequência do ambiente ao seu redor, ou seja, pesquisadores qualitativos buscam entender o objeto de estudo conforme suas múltiplas relações, tendo as mesmas grande influência para os estudos de método qualitativo de análise^[17].

Assim, ao ser ter por objeto de estudo o ser humano e suas complexas relações, os métodos de estudo qualitativos buscam utilizar ferramentas de coleta de dados que permitam maior liberdade ao ser humano de expressar suas vivências e conhecimentos, como entrevistas e observação, gerando assim a produção de textos que são analisados a partir da implementação de métodos hermenêuticos de análise^[16-17].

A presente pesquisa constatou que mais da metade dos estudos selecionados para análise (52%) consistem em estudos com abordagem metodológica qualitativa e apenas 48% utilizaram análise quantitativa, o que se justifica em razão de tais estudos possuírem como objetivos principais a apreensão dos cuidados obstétricos a partir da perspectiva de enfermeiros obstetras, parturientes ou puérperas, objetivos esses que para serem alcançados exigem a produção de dados em forma de textos para que possam ser analisados.

Segundo o último censo disponibilizado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) do ano de 2016, 15% das linhas de pesquisa concentravam-se na área de Ciências da Saúde e 12% nas Biológicas. Segundo o mesmo censo, as áreas da Educação, Medicina e da Agronomia são as que mais agregam linhas de pesquisas desenvolvidas no Brasil^[18].

Conjuntamente, o censo de 2016 também apresenta a distribuição dos grupos de pesquisa por regiões do Brasil, com a região Sudeste em primeiro lugar, reunindo 42,5%, seguido pela região Sul com 22,9%, região Nordeste com 20,5%, região Centro-Oeste com 7,7% e por último a região Norte com 6,3%^[18]. Tais informações corroboram com os achados da presente pesquisa, haja vista que 48% dos artigos selecionados nesse estudo possuíam cidades localizadas na região sudeste como local de coleta de dados. Contudo, o presente estudo demonstrou que a região Nordeste é a segunda maior região de realização dos estudos, seguido da região Sul (Gráfico 1).

Conforme demonstra o censo de 2016 do CNPq, o Brasil desenvolveu-se em diversos âmbitos relacionados à pesquisa científica, desde o incentivo a pesquisa nas regiões do Brasil até o crescimento nas linhas de pesquisa. Alguns autores^[19] afirmam que tal crescimento ocorre em decorrência da coparticipação entre pesquisadores de diversas cidades do Brasil, na realização de estudos multicêntricos, ou até mesmo na disseminação de novos conhecimentos e na otimização e impacto das pesquisas^[20].

Em relação ao objetivo desta revisão, ou seja, identificar a assistência oferecida às mulheres em trabalho de parto normal e as principais práticas humanizadas evidenciadas na assistência as parturientes prestados pela equipe de enfermagem, observou-se que os trabalhos científicos demonstram que a equipe de enfermagem busca atuar de acordo com as diretrizes propostas pelo

Ministério da Saúde e de forma humanizada, contudo alguns estudos^[21, 22, 23] demonstraram a necessidade de atualização e aperfeiçoamento dos profissionais enfermeiros, a respeito de práticas atualmente contra indicadas no cuidado a gestante.

O acolhimento foi uma das práticas destacadas em alguns trabalhos^[24, 25, 26] como fundamental para o sucesso do trabalho de parto e parto, haja vista que a partir da realização de um acolhimento qualificado o profissional possui a oportunidade de conhecer a parturiente tanto biologicamente quanto seus aspectos biopsicossociais, compreendendo suas angustias, medos e desejos, além do ambiente em que a mesma se encontra, fator esse que interfere no trabalho de parto^[27, 28].

O acolhimento é caracterizado como uma tecnologia de cuidado que tem por objetivo a escuta qualificada do paciente com vista na resolutividade de suas demandas ou encaminhamento para serviços mais especializados. Para realização do mesmo, o profissional deve levar em consideração não apenas os aspectos biológicos do cliente, como também seus valores culturais, crenças, estilo de vida, dentre outros. Contudo, tal prática exige diversas adequações profissionais e estruturais, uma vez que a área física, o exercício de carga horária de trabalho, alta demanda e déficit no dimensionamento de profissionais interfere negativamente no desenvolvimento de um acolhimento qualificado^[28].

Outro ponto destacado nesse estudo é o incentivo a presença do acompanhante durante o trabalho de parto e parto^[24, 29, 30]. Desde o ano de 2005 a presença do acompanhante é um direito da gestante regido por Lei^[31], porém ainda encontram-se unidades de saúde que não oferecem esse direito a mulher^[32]. Dessa forma o enfermeiro é fundamental para que esse direito seja respeitado.

O acompanhante quando devidamente esclarecido e informado, auxilia os profissionais no cuidado a gestante, através da aplicação de técnicas de conforto, além de demais benefícios como maior satisfação da parturiente, diminuição do tempo de trabalho de parto e parto, aumento na realização de partos vaginais, dentre outros^[32].

A promoção da autonomia à gestante foi outra prática de enfermagem destacada na presente pesquisa^[24, 33], prática essa que pode ser estimulada desde o momento do pré-natal com a disponibilização de informações a respeito do período gravídico, o momento do parto e o período puerperal^[34].

A realização do plano de parto é uma das estratégias de fornecimento de autonomia a mulher. O mesmo é caracterizado como uma relação de condutas que podem ou não serem empregadas a gestante no momento do parto. Pode ser redigido de diversas maneiras, ou seja, em um texto corrido ou em uma lista de procedimentos e condutas. O mesmo contém informações a respeito dos desejos

da parturiente desde o momento que a mulher adentra a instituição de saúde até o momento de sua alta, estando incluso no plano os cuidados a serem realizados com o recém-nascido^[35,36].

Sua construção pode ser iniciada desde o momento do pré-natal, momento em que a mulher adquire conhecimentos a respeito do trabalho de parto e parto, assim como das condutas a serem realizadas que são preconizadas pelo Ministério da Saúde, dessa forma, ao desenvolver o plano de parto em conjunto com as gestantes, os profissionais têm a possibilidade de minimização dos medos e angustias da gestante, uma vez que a mesma terá conhecimento de como ocorre o parto natural^[35,36].

Contudo, diversas instituições brasileiras e profissionais da área obstétrica, ainda não conhecem o plano de parto ou não sabem utilizá-los, havendo ainda instituições que não concedem sua aplicação, inibindo a promoção da autonomia da parturiente^[35].

No ano de 2017 o MS divulgou o documento denominado “Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal”^[10], segundo o manual, as práticas de cuidado a serem aplicadas as gestantes durante o trabalho de parto e parto se iniciam com uma comunicação eficiente e o fornecimento de informações, além do apoio físico e emocional. Outro aspecto destacado é o estímulo a ingesta alimentar e hídrica, evidenciando que exceto aquelas em uso de fármacos opióides, podem ingerir uma dieta leve, soluções isotônicas e água sem qualquer restrição. Entretanto, a presente pesquisa demonstrou que o jejum ainda é praticado em diversas instituições de saúde, evidenciando a necessidade de atualização dos profissionais nas atuais recomendações de cuidado^[37].

Segundo estudos^[38-43] práticas como o contato pele a pele, o uso da bola suíça, do banho de aspersão e da acupressão como método não farmacológico de alívio da dor, bem como o apoio físico e emocional foram bem aceitos pelas gestantes no momento de trabalho de parto, sendo os mesmos relatados como métodos que tornaram a realização do parto normal uma experiência satisfatória.

Em relação a realização da episiotomia, os estudos^[44, 45] demonstraram que nas diversas regiões do Brasil sua aplicação vem sendo reduzida, devido a aplicação de outras técnicas cientificamente comprovadas, como a deambulação, agachamento, uso da bola suíça, da barra de Ling, que melhoram a elasticidade e a dilatação perineal minimizando a ocorrência de lacerações perineais, além do desenvolvimento de estudos que comprovam a ineficácia da episiotomia^[46, 47].

Os diagnósticos de enfermagem se caracterizam por orientar a definição das intervenções necessárias na assistência de enfermagem, permitindo a estruturação do cuidado de enfermagem baseado na ciência. Os diagnósticos e intervenções de enfermagem devem ser definidos conforme protocolos pré-estabelecidos e individualmente, buscando atender as principais necessidades da gestante em trabalho de parto^[48].

Contudo, em estudo realizado com o objetivo de avaliar os diagnósticos e intervenções de enfermagem aplicadas as gestantes em trabalho de parto^[49], demonstrou-se que apesar de os mesmos buscarem atender necessidades psicobiológicas das parturientes, as intervenções prescritas pelos enfermeiros não solucionam os diagnósticos de enfermagem definidos, evidenciando a necessidade de maior qualificação dos profissionais na aplicação de desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

CONCLUSÕES

A partir da realização da presente pesquisa, pôde-se evidenciar que os cuidados à gestante e a parturiente vem gradativamente apresentando modificações benéficas a mulher e aos profissionais, haja vista que o parto deixou de ser visto como uma patologia e sim como um acontecimento biológico na vida das mulheres.

Desse modo, os aspectos do parto e as práticas obstétricas necessitaram ser modificadas, tornando-se menos mecanicistas, ou seja, os profissionais de saúde e principalmente os enfermeiros, deixaram de aplicar determinadas técnicas como a manobra de Kristeller e passaram a atuar no que atualmente é conhecido como hands off, ou seja, com menos intervenções no trabalho de parto e parto, propiciando que a parturiente atue como protagonista de seu parto.

Contudo, os estudos aqui apresentados, demonstram que ainda há instituições de saúde que fazem uso e técnicas não mais encorajadas pelo Ministério da Saúde, como a realização do parto na posição litotômica, a realização de enema e episiotomia, assim, faz-se necessário que haja maiores investimentos na qualificação e atualização dos profissionais atuantes no cuidado as gestantes, objetivando a melhoria da qualidade do atendimento oferecido, além de indicar a necessidade da realização de estudos multicêntricos com o objetivo de melhor avaliar as práticas de cuidados aplicadas as parturientes no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Cagnin ERG, Mamede MV, Mamede FV. Qualified Care To Labor: A Descriptive Study. Rev Enferm UFPE [periódico na Internet]. 2014; 8(10): 3266-74. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10056/10476>
2. Gomes ARM, Pontes DS, Pereira CCA, Brasil AOM, Moraes LCA. Obstetric nursing care humanization of normal delivery. Revista Recien. [periódico na Internet]. 2014; 4(11):23-27. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/73/137>
3. Ribeiro JF, Lima MR, Cunha SV, Luz VLES, Coelho DMM, Feitosa VC, Sales JCS. Perception Of Postpartum Women On The Assistance By Health-Care In A Natural Childbirth Center. Rev Enferm UFSM [periódico na Internet]. 2015; 5(3): 521-531. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/index.php/reufsm/article/view/14471/pdf>

4. Cavalcanti MCS, Mariano RF, Chaves RGR, Cavalcanti VFS, Barbosa WF. A Evolução da Enfermagem: Um Recorte Histórico, Político e Cultural. Congresso Brasileiro dos Conselhos de Enfermagem (CBCENF) [Anais – 17º CBCENF]. 2014; 17. Disponível em:<http://apps.cofen.gov.br/cbcef/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I53331.E12.T10220.D8AP.pdf>
5. Associação Brasileira De Enfermagem – Seção Pernambuco. As Práticas de Saúde ao Longo da História e o Desenvolvimento das Práticas de Enfermagem. 2013. Disponível em: http://www.abenpe.com.br/home/hist_enfermagem.pdf
6. Pimenta DG, Azevedo CM, Andrade B, Silva TLO, Gomes LCSMX. The work performed by the childbirth midwives: an integrative review. *Enfermería Global* [periódico da Internet]. 2013; 30: 494-505. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n30/pt_enfermeria2.pdf
7. Brasil. Presidência da República. Lei Nº 11.108, de 07 de abril de 2005. Altera a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. *Diário Oficial da União, Brasília, 07 abr. 2017.*
8. Scarton J, Prates LA, Barreto CN, Pompeu KC, Castiglioni CM, Ressel LB. Nursing Care In The Birth Labor And Birth: Experiences Of Postpartum Primiparous. *Rev enferm UFPE on line* [periódico da internet]. 2014; 8(6): 1820-1823. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/6065/pdf_5387
9. Brasil. Portaria Nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS – a Rede Cegonha. *Diário Oficial da União, Brasília, 25 jun. 2017.*
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde, Brasília. 2017.
11. Dias EG, Monção PR, Cerqueira NC, Souza, MAS. Assistance of Nursing in Normal Birth in a public hospital in Espinosa, Minas Gerais, under the optics of puerpera. *R. Interd* [periódico da Internet]. 2016; 9(2):38-48. Disponível em:http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/910/pdf_3
12. Brasil. Lei Nº 7.498, De 25 De Junho De 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986.* Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm
13. Brasil. Portaria nº 11, de 7 de Janeiro de 2015. Redefine as diretrizes para implantação e habilitação de Centro de Parto Normal (CPN), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para o atendimento à mulher e ao recém-nascido no momento do parto e do nascimento, em conformidade com o Componente PARTO E NASCIMENTO da Rede Cegonha, e dispõe sobre os respectivos incentivos financeiros de investimento, custeio e custeio mensal. *Diário Oficial da União, Brasília, 7 jan. 2015.* Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt0011_07_01_2015.html
14. Sousa AMM, Souza KV, Rezende EM, Martins EF, Campos D, Lansky S. Practices in childbirth care in maternity with inclusion of obstetric nurses in Belo Horizonte, Minas Gerais. *Esc Anna Nery* [periódico de Internet]. 2016; 20(2): 324 – 331. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/en_1414-8145-ean-20-02-0324.pdf
15. Alves PF, Cunha CS, Cunha PLP. Manual Revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências. Grupo Anima Educação EAD [disponível na Internet]. 2014. Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_revisao.pdf
16. Guerra ELA. Manual Pesquisa Qualitativa. Grupo Anima Educação EAD [disponível na internet]. 2014. Disponível em: http://disciplinas.nucleoad.com.br/pdf/anima_tcc/gerais/manuais/manual_quali.pdf

17. Gunther H. Pesquisa Qualitativa Versus Pesquisa Quantitativa: esta é a questão? *Pisc.: Teor. E Pesq.* [periódico de Internet]. 2006; 22(2): 201-210. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/ptp/v22n2/a10v22n2.pdf>
18. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Censo Atual. [disponível na internet]. 2017. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/web/dgp/censo-atual/>
19. Sidone OJG, Haddad EA, Mena-Chalco JP. Science in Brazilian regions: development of scholarly production and reseach collaboration network. *TransInformação* [periódico da internet]. 2016; 28(1): 15-31. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tinf/v28n1/0103-3786-tinf-28-01-00015.pdf>
20. Salles EB, Barreira IA. The development of nursing scientific community in Brazil. *Texto Contexto Enferm.* [periódico da Internet]. 2010; 19(1): 137146. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a16>
21. Milfont P, Silva V, Chaves D, Beltrão B. Exploratory study on the implementation of guidelines for a safe delivery and satisfaction of women. *Online Brazilian Journal of Nursing* [Internet]. 2011;10(3). Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3493/1032>
22. de Oliveira A, Rodrigues D, Guedes M. Perceptions Of Women In Labor About Nursing Care During Labor And Delivery. *Rev enferm UERJ* [Internet]. 2011;2(19):249-54. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a13.pdf>
23. Motta S, Feitosa D, Bezerra S, Dodt R, Moura D. Implementation Of Humanized Care To Natural Childbirth. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016;2(10):593-9. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>
24. Silva A, Nascimento E, Coelho E. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem* [Internet]. 2015;3(19):424-431. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0424.pdf>
25. Melo M, Amorim T, Salimena A, Melo M, Souza Í. Hospital Care Of Women That Experienced A High Risk Pregnancy: Contributions To Nursing. *Rev enferm UFPE on line* [Internet]. 2016; 11(10):3911-3917. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11472/13315>
26. Correia S, Santos A, Silva J, Comassetto I, Lima G, Ferreira D. Cuidados de Enfermagem prestados à parturiente adolescente sob a luz da Teoria de Wanda Horta *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online* [Internet]. 2017; 9(3):857. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5574/pdf>
27. Vieira M, Santos A, Silva J, Sanches M. Assistência de enfermagem obstétrica baseada em boas práticas: do acolhimento ao parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2016;18:1166. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/36714/21669>
28. Aranha J, Silva M, Silva J. Acolhimento E Humanização: Perspectiva Do Atendimento Na Atenção Básica. *Informe-se em promoção da saúde* [Internet]. 2011; 2(7):23-24. Disponível em: <http://www.uff.br/promocaodasaude/acolhim.pdf>
29. Medeiros R, Teixeira R, Nicolini A, Alvares A, Corrêa Á, Martins D. Cuidados humanizados: a inserção de enfermeiras obstétricas em um hospital de ensino. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2016; 69(6):1091-1098. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/0034-7167-reben-69-06-1091.pdf>

30. Jamas M, Hoga L, Reberte L. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. Cadernos de Saúde Pública [Internet]. 2013; 29(12):2436-2446. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n12/v29n12a09.pdf>

31. Brasil. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 8 abr. 2005. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm

32. Brüggemann O, Ebele R, Ebsen E, Batista B. No parto vaginal e na cesariana acompanhante não entra: discursos de enfermeiras e diretores técnicos. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2015; 36: 152-158. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/0102-6933-rngen-36-spe-0152.pdf>

33. Pereira A, Bento, AD. Autonomia no parto normal na perspectiva das mulheres atendidas na casa de parto. Rev Rene [Internet]. 2011; 3(12): 471-477. Disponível

em:http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/biblioteca/artigos-cientificos/a017_-_autonomia_no_parto_normal_na_perspectiva_das_mulheres_atendidas_na_casa_de_parto_-_rene_2011.pdf

34. Reis T, Padoin S, Toebe T, Paula C, Quadros J. Autonomia feminina no processo de parto e nascimento: revisão integrativa da literatura. Revista Gaúcha de Enfermagem [Internet]. 2017; 38(1). Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rngen/v38n1/0102-6933-rngen-1983-144720170164677.pdf>

35. Mendes V. Recomendado pela OMS há décadas, plano de parto ainda é desconhecido no Brasil. [Internet]. Saúde Plena. 2013. Disponível

em: <https://www.uai.com.br/app/noticia/saude/2013/10/28/noticias-saude,193593/recomendado-pela-oms-ha-decadas-plano-de-parto-ainda-e-desconhecido.shtml>

36. Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-Jordana M, Martínez-Roche M. Use and influence of Delivery and Birth Plans in the humanizing delivery process. Revista Latino-Americana de Enfermagem [Internet]. 2015; 23(3): 520-526. Disponível

em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0067-2583.pdf

37. Dias I, Souza S, Wall M, Silveira J. Nutrition and hydration during labor: a nursing care. Revista de Enfermagem UFPE on line [Internet]. 2011; 5(3): 604-610. Disponível

em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6765/6012>

38. Wei C, Gualda D, Silva L, Melleiro M. A percepção de puérperas oriundas da Atenção Primária sobre a Humanização da Assistência ao parto em um hospital de ensino. O Mundo da Saúde [Internet]. 2012; 3(36): 468-474. Disponível em: https://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/95/9.pdf

39. Silva LM, Oliveira SMJV, Silva FMB, Alvarenga MB. Uso da bola suíça no trabalho de parto. Acta paul. enferm. [Internet]. 2011; 24(5): 656-662. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000500010&lng=en.

40. Freire H, Campos F, Castro R, Costa C, Mesquita V, Viana R. Parto Normal Assistido Por Enfermeira: Experiência E Satisfação De Puérperas. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017; 6(11): 2357-67. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/23398/19057>

41. Bezerra H, Melo T, Oliveira D. satisfação das mulheres quanto à assistência recebida da enfermagem no pré-parto. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2017; 5(11): 1852-7. Disponível em: [http://file:///C:/Users/lucia/Downloads/23333-45128-1-PB%20\(1\).pdf](http://file:///C:/Users/lucia/Downloads/23333-45128-1-PB%20(1).pdf)

42. Silva Ú, Fernandes B, Paes M, Souza M, Duque D. O Cuidado De Enfermagem Vivenciado Por Mulheres Durante O Parto Na Perspectiva Da Humanização. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2016; 4(10): 1273-9. Disponível

em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11113/12586>

43. Barbieri M, Henrique AJ, Chors FM, Maia NL, Gabrielloni M C. Banho quente de aspensão, exercícios perineais com bola suíça e dor no trabalho de parto. Acta paul. enferm. [Internet]. 2013; 26(5): 478-484. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500012&lng=en.

44. Figueiredo GDS, Santos TTR, Reis CSCD, Mouta RJO, Progianti JM, Vargens OMD. Ocorrência de episiotomia em partos acompanhados por enfermeiros obstetras em ambiente hospitalar. Rev. enferm. UERJ [internet]. 2011; 19(2): 181-185. Disponível

em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a02.pdf>

45. Santos RCS, Riesco MLG. Implementação de práticas assistenciais para prevenção e reparo do trauma perineal no parto. Revista Gaúcha de Enfermagem. [internet]. 2016; 37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v37nspe/0102-6933-rgenf-1983-14472016esp68304.pdf>

46. Costa N, Oliveira L, Solano L, Martins P, Borges I. Episiotomia Nos Partos Normais: Uma Revisão De Literatura. Facene/Famene [Internet]. 2011; 2(9): 45-50. Disponível em: <http://www.facene.com.br/wp-content/uploads/2010/11/2011-2-pag-45-50-Episiotomia.pdf>

47. Viana I, Quintão A, Andrade C, Ferreira F, Dumont R, Ferraz F et al. Episiotomia e suas complicações: revisão da literatura. Rev Med Minas Gerais [Internet]. 2011; 2(21):43-46. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/893/v21n2s4a13.pdf>

48. Conceição V, Araújo J, Santana M, Souza R, Silva S. Sistematização da Assistência de Enfermagem: Uma Revisão Integrativa. Rev Gestão & Saúde [Internet]. 2017; 3(8): 39 -413. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/23939/pdf>

49. Medeiros AL, Santos SR, Cabral RWL, Silva JPG, Nascimento NM. Avaliando diagnósticos e intervenções de enfermagem no trabalho de parto e na gestação de risco. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2016; 37(3): e55316. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000300409&lng=en

Capítulo 29

REGIÕES VENTROGLÚTEA E VASTO LATERAL DA COXA EM RECÉM-NASCIDOS: ANÁLISE DOS ESTRATOS PARA PRÁTICA DE INJEÇÕES¹

[DOI: 10.37423/200400674](https://doi.org/10.37423/200400674)

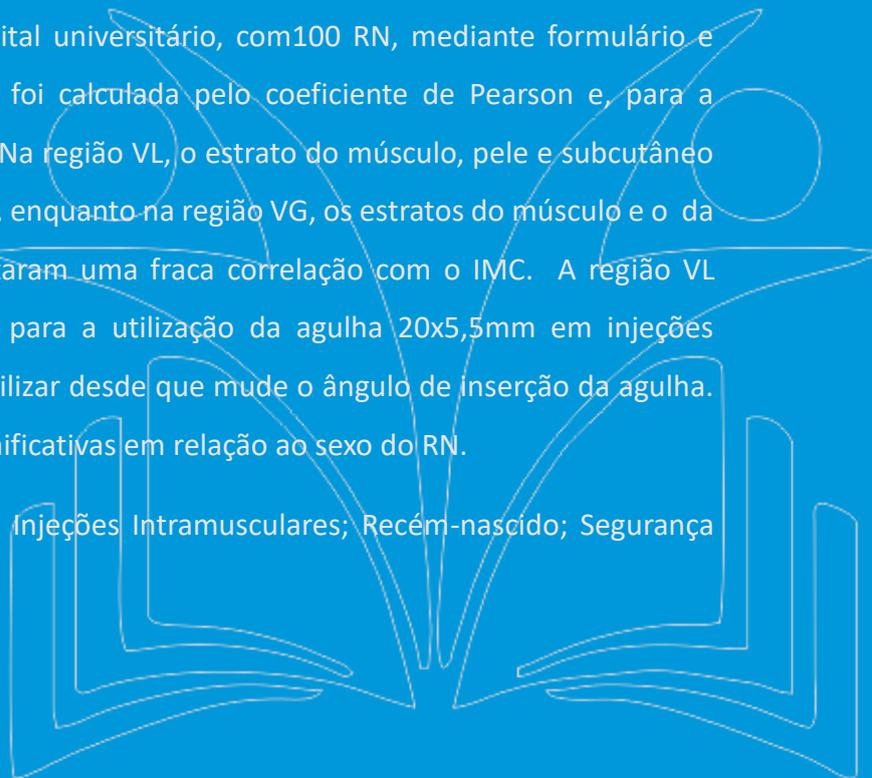
Beatriz Santana de Souza Lima

Ingrid Martins Leite Lucio

Regina Maria dos Santos

RESUMO: Objetivou-se analisar comparativamente os estratos anatômicos das regiões ventroglútea (VG) e do músculo vasto lateral da coxa (VL) de recém-nascidos (RN) a termo em relação a aplicação de injeções intramusculares com a agulha 20x5,5mm. Pesquisa exploratória e quantitativa, desenvolvida em hospital universitário, com 100 RN, mediante formulário e ultrassonografia. A análise estatística foi calculada pelo coeficiente de Pearson e, para a comparação entre os grupos, ANOVA. Na região VL, o estrato do músculo, pele e subcutâneo apresentaram um coeficiente negativo, enquanto na região VG, os estratos do músculo e o da pele, subcutâneo e músculo apresentaram uma fraca correlação com o IMC. A região VL contém estratos anatômicos seguros para a utilização da agulha 20x5,5mm em injeções intramusculares e a região VG pode utilizar desde que mude o ângulo de inserção da agulha. Não foram encontradas diferenças significativas em relação ao sexo do RN.

Descritores: Enfermagem Neonatal; Injeções Intramusculares; Recém-nascido; Segurança do paciente; Tecnologia.



INTRODUÇÃO

O entendimento sobre as necessidades peculiares da criança tornou-se um elemento significativo para o incremento de medidas protetoras do desenvolvimento do recém-nascido (RN). Na assistência de enfermagem, o planejamento e o desenvolvimento de práticas de cuidado que primem pela qualidade e segurança exigem uma fundamentação pautada em evidências científicas e a busca pelo conhecimento de modo contínuo.

A assistência ao RN é complexa e relaciona-se diretamente às particularidades e as vulnerabilidades próprias do período de vida neonatal. Um dos cuidados de rotina desempenhados pela equipe de enfermagem envolve a prática de injeções com medicamentos e imunobiológicos, como a aplicação de Vitamina K no nascimento imediato, a fim de prevenir sangramentos decorrentes das doenças hemorrágicas do RN, e a primeira dose da vacina contra Hepatite B(1).

Mesmo diante dos avanços tecnológicos no campo das tecnologias duras na assistência perinatal, ainda há poucos estudos sobre a prática de injeções intramusculares (IM) nesse grupo. A revisão de literatura sobre a temática retrata que o melhor local para aplicações IM é a região ventroglútea, também conhecida como região de Hochstetter. Contudo, ainda não existe um consenso sobre o seu uso em crianças, em especial, quando envolve RN.

Revisões integrativas ou sistemáticas sobre administração de injeção IM na região ventroglútea (VG) ainda são escassas na literatura. Além disso, na prática cotidiana de Enfermagem essa região não é a de primeira escolha nas salas de vacinas do País, embora estudos tenham sido desenvolvidos e ratifiquem a segurança e a eficácia da imunização nessa região(2,3,5).

A região VG é considerada mais segura e com algumas vantagens frente às outras áreas como vasto lateral (VL) da coxa e região dorsoglútea (DG), pois existem parâmetros ósseos que facilitam a delimitação da área para injeção e há pouquíssimos relatos de lesões de vasos ou nervos da região glútea, tanto em adultos como em crianças(3-5). Pesquisa com a utilização da ultrassonografia após administração da vitamina K na região do vasto lateral da coxa em RN constatou diferenças significativas de movimento, amplitude, medida do estrato anatômico e da circunferência da perna entre os períodos pré e após a injeção(6).

Na área da pediatria, o local tradicional para injeções IM é o VL, o maior dentre os músculos que formam o quadríceps femoral. Localiza-se na face lateral da coxa, uma área considerada livre de vasos

e nervos importante, recomendada principalmente para administração IM de fármacos em crianças abaixo de 12 meses. Contudo, autores sugerem a região VG como um local mais seguro, especialmente em crianças com mais de dois anos de idade. Além disso, evidenciam que na prática a utilização da região do VL mostra-se muito dolorosa, principalmente em crianças(7,5,8,9,10).

A prática da injeção IM é iniciada ainda nas primeiras horas de vida do RN com a administração da vitamina K (1 mg) preventiva e a primeira dose da vacina contra hepatite B, na face anterolateral da coxa. A administração dessas substâncias acarreta dor e sofrimento para o RN, uma vez que sua trama nervosa já se completou.

Sendo a injeção IM um dos procedimentos mais comuns e doloroso em crianças. É um processo que marca a criança, pois envolve repetidas injeções no primeiro ano de vida. O trauma provocado pela agulha, o seu comprimento, o diâmetro e o número de aplicações realizadas e o volume injetado têm papel preponderante no aparecimento de dor e lesão muscular.

Assim, este estudo buscou analisar comparativamente a medida dos estratos anatômicos (pele, tecido subcutâneo e músculo) das regiões de VG e VL em RN a termo para a administração de injeções IM que utilizam a agulha 20x5,5mm.

MÉTODO

Realizou-se uma pesquisa exploratória de caráter quantitativo no Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA) em Maceió, Alagoas, no período de 15 de janeiro de 2013 a 14 de janeiro de 2014.

A população foi constituída por todos os RN termo nascidos no HUPAA e que estiveram com a mãe no alojamento conjunto da maternidade no tempo da pesquisa. Foram escolhidos RN a termo, ou seja, entre 37 e 41 semanas e seis dias de idade gestacional, e que estivessem dentro do padrão de normalidade, com peso entre 2,000kg a 4,500kg, boa vitalidade, crescimento intrauterino adequado, ausência de patologias e com os membros inferiores anatomicamente normais. A amostra estudada foi de 100 RN, determinada a partir de estudo anterior(11) e utilizando uma margem de erro de 5%, de forma voluntária, intencional e acidental.

O processo de coleta seguiu as seguintes etapas: abordagem da mãe e RN no setor de Alojamento Conjunto, solicitando a participação no estudo, levantamento de dados por formulário (variáveis

dependentes - medida da pele, medida do tecido subcutâneo, medida do tecido muscular esquelético e variáveis independentes (idade, sexo, cor e IMC), encaminhamento ao setor de radiologia, preparação do RN para realização do ultrassom com ou sem a presença da mãe, realização do exame, retorno ao Alojamento e registro dos dados (medidas dos estratos). Todos os exames foram realizados pelo mesmo médico radiologista e a pesquisadora principal.

Os dados obtidos foram comparadas com o tamanho da agulha mais utilizada para realização das injeções intramusculares, de calibre 20 por 5,5 mm de diâmetro (20x5,5). Para avaliação do IMC foram utilizadas as curvas de crescimento da OMS de 2006, com maioria da amostra classificada com IMC adequado, com distribuição das medidas dos estratos de acordo com a agulha 20x5,5mm

Para a análise foram utilizados média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos. As variáveis nominais foram representadas por frequência e porcentual. Para investigação da correlação de variáveis quantitativas do coeficiente de Pearson. A comparação entre os grupos foi realizada por meio da ANOVA. As conclusões a respeito da significância foram feitas considerando um nível de 5%.

As análises foram processadas utilizando o software R, versão 3, e o KNIME, versão 2.8. Empregou-se o valor de 5% ($p < 0.05$) e intervalo de confiança de 95%.

O estudo atendeu a resolução 466/12 do Ministério da Saúde e a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alagoas, tendo sido aprovado em 18/12/2012, sob o protocolo de no 176.846.

RESULTADOS

Ao proceder a caracterização da amostra de 100 RN, verificou-se uma distribuição homogênea dos RN em relação ao sexo. Quanto à cor declarada pelas mães, foram cor parda (56%), seguida de branca (34%) e por ultimo negra (10%). A idade média dos RN foi de 3 dias de vida, tendo sido incluídos pelo menos 50% com o mínimo 2 dias, que é o tempo esperado para a permanência da mãe e do RN a unidade de alojamento conjunto.

O peso variou de 2.000 a 4.980 g, com média de 3.000g, e o comprimento variou de 40 a 55cm, com média de 48 cm. O IMC variou de 9,51 a 19,14, sendo que o valor médio e mediano foi de aproximadamente 13, sendo que 50% apresentaram IMC adequado (eutrófico), o que se justifica pela característica do grupo avaliado ser composta por nascidos a termo, com Apgar entre 8 e 10 no 1o e

50 minutos e que não tivessem sido encaminhados à UTI por qualquer motivo. RN com obesidade e sobrepeso somaram 21% e apresentaram medidas do tecido subcutâneo maiores que os eutróficos. Em relação ao tipo de parto, 68% nasceram de parto normal e 32% de parto cesáreo, sendo que 100% das mães foram orientadas e estimuladas a adotar o aleitamento natural desde o nascimento.

Na análise dos dados referentes às medidas dos estratos das regiões VG e VL observou-se que a espessura média da pele foi de 1,17 mm (VG) a 1,03 mm (VL), ou seja, praticamente não variou, o que pode ser explicado pelo fato de serem regiões ainda em desenvolvimento. A espessura da pele foi relativamente igual tanto para sexo feminino como masculino, em ambas as regiões.

Comparadas as regiões observou-se uma medida de estrato subcutâneo maior na região VG em relação à região VL, com diferença média de até 0,78 mm entre as regiões. Nas duas regiões, as medidas foram semelhantes para ambos os sexos, sendo que a média do sexo masculino foi ligeiramente maior.

Quanto ao tecido muscular, a região VL apresentou estrato levemente maior no sexo feminino que no sexo masculino, com diferença de 0,48 mm. Já na região VG, o sexo masculino evidenciou maior estrato, com diferença entre os sexos de 0,44 mm. A comparação entre as duas regiões revelou que estrato do tecido muscular no VL é relativamente maior que na região VG, com diferença média de 3,14 mm entre as regiões.

Na análise conjunta dos estratos da pele e do tecido subcutâneo, a medida na região VL mostrou-se menor que a VG, com diferença média de 0,93 mm, em razão da espessura maior do tecido subcutâneo no VG. Não houve diferenças significativas entre os sexos masculino e feminino.

Na soma das medidas de todos os estratos (pele + subcutâneo + músculo), o VL apresentou espessura maior do que a região VG, com diferença média de 2,24 mm. Não houve mudanças significativas com relação ao sexo em ambas as regiões.

Ressalta-se que a media das medidas das regiões traduz uma prática segura na escolha da agulha, sendo que a média da região do vasto lateral da coxa foi 23,65mm e da região ventroglútea de 21,41mm. Na região VL observaram-se medidas conjuntas dos estratos com mínimo de espessura de 15,00 mm no sexo masculino e 13,30 mm no sexo feminino, sendo que apenas 11% das crianças tinham medida abaixo de 20 mm. Já na região VG as medidas mínimas foram 15,50 mm no sexo masculino e 15,00 mm no feminino, sendo que em 29% das crianças a medida ficou abaixo de 20 mm.

Nessas circunstâncias, apesar da significância estatística para uma prática segura de injeções IM, houve um percentual de 29% de RN em que o uso da agulha 20x5,5mm não garante o depósito da substância no ventre do músculo.

Na análise dos dados da medida do estrato do tecido muscular obtiveram-se maiores espessuras musculares na região VL, sendo que em 63,5% da amostra as espessuras variaram entre 17,1 a 25,0 mm, em comparação com a região VG, na qual 61,7% dos RN apresentaram espessura entre 15,1 a 19,00 mm, com uma diferença de comprimento de até 6 mm.

Tabela 1- Distribuição dos RN segundo a medida dos estratos anatômicos em relação ao sexo. Maceió, 2014.

Estratos Anatômicos	Grupo	N	Média	Des. Pad	IC Inf	IC Sup	Min	Max	p-value
Estrato da Pele V	M	50	1,166	0,26	1,09	1,24	0,70	1,80	0,744
	F	50	1,182	0,23	1,12	1,25	0,60	1,60	
	Total	100	1,174	0,24	1,13	1,22	0,60	1,80	
Estrato de Pele L	M	50	1,028	0,18	0,98	1,08	0,60	1,40	0,714
	F	50	1,042	0,20	0,99	1,10	0,60	1,50	
	Total	100	1,035	0,19	1,00	1,07	0,60	1,50	
Estrato do Músculo L	M	50	19,718	3,17	18,82	20,62	11,00	25,60	0,497
	F	50	20,19	3,73	19,13	21,25	9,60	28,50	
	Total	100	19,954	3,45	19,27	20,64	9,60	28,50	
Estrato do Músculo V	M	50	17,032	2,63	16,28	17,78	12,10	24,40	0,392
	F	50	16,598	2,41	15,91	17,28	11,10	22,10	
	Total	100	16,815	2,52	16,31	17,32	11,10	24,40	
Estrato do Tecido Subcutâneo L	M	50	2,682	0,75	2,47	2,89	1,50	4,80	0,606
	F	50	2,608	0,68	2,41	2,80	1,40	4,10	
	Total	100	2,645	0,71	2,50	2,79	1,40	4,80	
Estrato do Tecido Subcutâneo V	M	50	3,48	1,47	3,06	3,90	1,60	10,20	0,699
	F	50	3,382	1,02	3,09	3,67	1,60	5,90	
	Total	100	3,431	1,26	3,18	3,68	1,60	10,20	
Pele Subcutâneo L	M	50	3,688	0,78	3,47	3,91	2,50	5,90	0,857

	F	50	3,66	0,77	3,44	3,88	2,30	5,50	
	Total	100	3,674	0,77	3,52	3,83	2,30	5,90	
Pele Subcutâneo V	M	50	4,648	1,60	4,19	5,10	2,80	11,90	0,747
	F	50	4,56	1,07	4,26	4,86	2,40	7,40	
	Total	100	4,604	1,35	4,34	4,87	2,40	11,90	
Pele Subcutâneo Músculo L	M	50	23,424	3,31	22,48	24,37	15,00	30,10	0,525
	F	50	23,884	3,88	22,78	24,99	13,30	32,00	
	Total	100	23,654	3,59	22,94	24,37	13,30	32,00	
Pele Subcutâneo Músculo V	M	50	21,69	3,25	20,77	22,61	15,50	29,20	0,358
	F	50	21,138	2,70	20,37	21,90	15,00	27,70	
	Total	100	21,414	2,98	20,82	22,01	15,00	29,20	

Em relação ao sexo dos recém-nascidos, os dados da Tabela 1 mostram que não foram encontradas diferenças significativas. Isso foi constatado para todos os extratos anatômicos investigados no estudo, com p -valor $> 0,35$.

A medida dos estratos do Músculo e da pele e subcutânea na região VL apresentou um coeficiente negativo, sem correlação com a idade. Logo, essas regiões não são influenciadas pela idade (neonatal precoce). Já no VG, o estrato do músculo e o estrato pele+ subcutâneo+músculo apresentaram uma fraca correlação com o IMC, assim quanto maior o IMC, maiores os estratos, assim a possibilidade de o enfermeiro avaliar o IMC das crianças como um indicador para a escolha do local da injeção. Estas avaliações foram investigadas por meio do coeficiente de correlação de Pearson.

Tabela 2 - Coeficiente de correlação de Pearson entre as medições dos estratos, idade (dias) e o IMC. Maceió, 2014.

Estratos anatômicos	Idade	IMC
Estrato da Pele V	0.085	0.259
Estrato do Tecido Subcutâneo V	0.021	0.134
Estrato do Músculo V	0.063	0.544
Pele Subcutâneo V	0.035	0.172
Pele Subcutâneo Músculo V	0.069	0.538
Estrato de Pele L	0.190	0.176
Estrato do Tecido Subcutâneo L	0.140	0.271
Estrato do Músculo L	-0.162	0.045
Pele Subcutâneo L	0.168	0.270
Pele Subcutâneo Músculo L	-0.122	0.092

Diferenças significativas foram encontradas entre as medições das regiões VG e VL para cada um dos estratos anatômicos investigados, com p-valor < 0,001, indicando que as medições dos estratos variam dependendo da região. Este dado é relevante, sugerindo novos estudos certifiquem o peso estatístico desta diferença para estabelecer qual a região mais segura.

Tabela 3 – Distribuição dos RN segundo Medidas descritivas e teste de comparação as regiões ventroglútea e do vasto lateral para os estratos anatômicos. Maceió, 2014.

	N	Média	Desv Pad	Mediana	Min	max	Média da Diferença	IC Inf (95%)	IC Sup (95%)	p-value
Estr. da Pele V	100	1.17	0.24	1.20	0.60	1.80	0.139	0.09	0.19	< 0,001
Estr. de Pele L	100	1.04	0.19	1.00	0.60	1.50				
Estr. do Músc V	100	16.82	2.52	16.95	11.10	24.40	-3.139	-3.86	-2.42	< 0,001
Estr. do Músc L	100	19.95	3.45	20.05	9.60	28.50				
Estr. Tec. Sub V	100	3.43	1.26	3.20	1.60	10.20	0.786	0.55	1.02	< 0,001

Estr. Tec Sub L	100	2.65	0.71	2.50	1.40	4.80				
Pele Sub. V	100	4.60	1.35	4.30	2.40	11.90	0.93	0.69	1.17	< 0,001
Pele Sub L	100	3.67	0.77	3.50	2.30	5.90				
Pele Sub Músc V	100	21.41	2.98	21.30	15.00	29.20	-2.24	-2.96	-1.52	< 0,001
Pele Sub Músc L	100	23.65	3.59	23.85	13.30	32.00				

DISCUSSÃO

Os 100 RN participantes foram caracterizados como normais, segundo a Nomina anatômica. Em uma pesquisa realizada em outra maternidade do Estado, o peso médio dos RN em alojamento conjunto foi de 3,069kg e 3,56 dias⁽¹²⁾. Na investigação da Declaração de Nascido Vivo do estado de São Paulo, os pesos médio e mediano foram de 3.184 g (desvio-padrão de 523g) e 3.200 g, respectivamente, e o tempo de permanência dos RN no alojamento conjunto foi de 3,40 dias⁽¹³⁾.

O peso apresentou-se de acordo com o padrão de normalidade em que o peso médio do nascimento um bebê ao nascer é 3.300 g, com variações de 150 a 200g a mais para os meninos. Independente do peso do nascimento, os RN perdem aproximadamente 10% do peso do nascimento, um fenômeno fisiológico de readaptação a um excesso de água, facilitador das necessidades de modelamento para o nascimento⁽¹⁴⁾.

A relação entre o peso e o quadrado do comprimento, definida como índice de massa corpórea (IMC) ou índice de Quetelet, criado em 1869, tem sido bastante empregada em crianças e adultos e, recentemente, foi validado para crianças entre zero e 36 meses de idade. Este índice está sendo amplamente empregado por ser o melhor e mais útil marcador de adiposidade, ou seja, por refletir a proporcionalidade do crescimento. ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

No estudo, o IMC apresentou correlação com os estratos do tecido muscular e com a junção de todos os estratos (pele+subcutâneo+músculo) da região VG em que o aumento da IMC pode garantir o aumento do estrato. Isso vai ao encontro de outra pesquisa em que ele se apresentou como um bom indicador para avaliar a possibilidade de se utilizar a região VG para injeções intramusculares IM em RN, na qual observou que quanto maior o IMC maior eram os estratos anatômicos da região⁽¹⁷⁾.

Outro estudo interessante sobre o IMC foi relacionando ao peso de nascimento e o IMC no primeiro mês de vida com o mesmo índice aos três anos de vida. Os autores demonstraram que as crianças com

maior peso ao nascimento e maior ganho ponderal no primeiro mês de vida estão mais propensas a evoluírem com maior comprimento e peso⁽¹⁸⁾.

Estudo feito com o peso ao nascer na predição do excesso de peso em crianças e adolescentes detectou que o IMC é bastante preciso na detecção de adiposidade quando avaliada por diferentes métodos considerados padrão-ouro, com uma relação linear positiva entre peso ao nascer e IMC, na qual constaram que os estratos anatômicos das crianças são maiores quanto maior é o IMC, independente da idade⁽¹⁹⁾.

Observa-se no estudo que as medições dos estratos das regiões pouco diferem comparando as idades (em dias) e os sexos (feminino e masculino) e que as medidas dos estratos pode possibilitar o uso de ambas as regiões a depender da agulha e do IMC sendo que o vasto lateral apresenta um musculo ligeiramente maior que a região ventroglútea.

Alguns autores⁽²⁰⁾ afirmam que ao nascer as crianças pouco diferem em comprimento e peso, sendo que os fatores genéticos e gestacionais são o que influenciam o crescimento.

Contudo, outro estudo constatou que na associação entre estratos da região VG e sexo, o sexo masculino obteve um estrato muscular maior, com média de 21,82mm que a do sexo feminino, com média de 18,79mm⁽¹⁸⁾. Outra pesquisa comparou as médias de peso segundo o sexo, e observou no sexo masculino, média de peso menor ao nascer e que o sexo feminino teve média de comprimento (49,2 cm) maior que o sexo masculino (48,7 cm) ao nascer⁽²¹⁾.

Para o uso da injeção IM em crianças alguns autores afirmam que o VL é o melhor local para a aplicação^(22,23), enquanto outros recomendam a região VG^(3-5,6,8,9,18). A administração de injeções IM tornou-se uma intervenção de enfermagem comum na prática clínica e uma atividade percebida como fundamental à assistência ao paciente. Injeções estão entre as mais frequentes vias de administração farmacológica, com uma estimativa de 12 bilhões de administrações em todo o mundo anualmente.

Destes, 5% ou menos são para imunização e mais de 95% para cuidado clínico. A segura e precisa administração de injeções é uma das mais importantes responsabilidades dos enfermeiros⁽²⁴⁾. Independentemente do local de aplicação a enfermeira deve ser levar em conta um ou mais dos seguintes fatores: idade, capacidade de deambulação, massa muscular, proximidade de vasos e nervos, condições da pele, volume e natureza do medicamento.

Os músculos das coxas dos RN são particularmente susceptíveis a desenvolver contratura ao serem submetidos a injeções IM devido à relação volume injetado/massa muscular⁽²⁶⁾. Na tentativa de diminuir o aparecimento dessas lesões, alguns autores sugeriram que se evitasse aplicar injeções nas coxas dos RN, principalmente nos prematuros⁽²⁷⁻²⁸⁾.

É necessário que a enfermeira analise qual é o melhor local para injeção intramuscular no recém-nascido, sempre levando em conta que sua prática deve ser segura, livre de riscos e com o mínimo de dor, como prescreve o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem – Resolução COFEN n.º 271/2007.

A região VG é considerada o melhor local do corpo para aplicação de injeções em todas as idades, inclusive bebês prematuros⁽⁹⁾. Em pesquisa utilizando essa região e utilizando a agulha 20X5,5mm foi comprovado que também é indicada para realização da vacina contra hepatite B (Butang®) em RN e lactentes, pois a taxa de soroconversão foi a mesma tanto para RN que tomaram as três doses no VL como na região VG. Comprovou ainda maior reatogenicidade nas crianças que tiveram a vacina injetada no músculo VL⁽²⁹⁾. Já em avaliação ultrassonográfica feita por pesquisa concluiu que o terço médio da coxa é o melhor local para se aplicar vacina nos RN, principalmente nos de baixo peso⁽³⁰⁾.

É importante citar que os RN desse estudo eram a termo, não apresentavam nenhuma doença, de gestações relativamente bem acompanhadas, com pré-natal em dia, em aleitamento materno exclusivo, grande maioria nascida de parto normal sem distócia. Os resultados da análise estatística dos dados da ultrassonografia das regiões estudadas sem grandes alterações, com medidas relativamente seguras para o uso da nas injeções IM a depender do tamanho da agulha e IMC.

Um último aspecto a ser considerado decisão do enfermeiro é o fato da região VG guardar mais possibilidade de manter-se limpa, em razão das eliminações do RN que frequentemente espalham-se pelas coxas. Este detalhe pode ser um fator de recomendação para que as injeções IM sejam aplicadas de preferência na região VG, a não ser que o senso crítico do enfermeiro, cientificamente sustentado, indique o VL como a melhor região, naquele caso.

Importante é que os resultados encontrados e discutidos com a literatura consultada atuem como mais um argumento para que os enfermeiros superem a dificuldade de adotar as melhores evidências para escolha da região para aplicar injeções intramusculares e promovam os treinamentos necessários

para instituir a prática de aplicar injeções nas melhores regiões, demanda já apresentada em estudos anteriores⁽³¹⁾

CONCLUSÃO

Novas formas de assistência devem ser buscas constantes no cuidar da enfermagem visando à eficácia e à eficiência das ações. A prática de injeções intramusculares é cuidado básico da enfermagem e deve ser aprimorado, buscando nas evidências científicas a melhor técnica. A região VG é há muito tempo estudada e difundida no meio acadêmico e já vem sendo utilizada a mais de 20 anos em outros países como o local mais segura para injeções IM. No Brasil, apesar de ser ensinada nas escolas de enfermagem, esse local é pouco utilizado, ainda que comprovada sua segurança.

No estudo não foram encontradas diferenças significativas entre as regiões de medição das regiões. O sexo dos recém-nascidos não pareceu interferir na espessura estrato anatômico investigado. Considerando os resultados encontrados na avaliação das variáveis, sexo, idade e IMC, têm-se indícios de que o tipo de região VG ou VL foram as características mais importantes para explicar as diferenças encontradas entre as medições destes grupos, independentemente do extrato anatômico investigado.

Ambas as regiões contam com estratos anatômicos seguros, independente do sexo e cor, a depender do comprimento da agulha em injeções IM em RN, sendo que a região VL apresentou estrato relativamente maior, com tecido subcutâneo menor em comparação com a região VG. Acredita-se que as evidências deste estudo somar-se-ão aos conhecimentos já existentes em relação à prática de injeções e administração de substâncias IM, principalmente, para subsidiar tomadas de decisão em relação à escolha do local mais apropriado para aplicação de vacinas e medicações em crianças, contribuindo, assim, para a redução de agravos, a qualidade da assistência e a eficiência das substâncias em nossa população.

REFERÊNCIAS

- 1- Brasil. Novo calendário de vacinação infantil: como era e como fica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. [Internet] [citado 2013 maio 10]. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Jan/18/calendario_180112.pdf
- 2- Tavares VR, Sousa Neto MA, Trindade NR. Uso da Região Ventroglútea como Alternativa para Administração de Imunobiológicos: Uma Revisão Bibliográfica. REFACER - Revista Eletrônica da Faculdade de Ceres [Internet]. 2012. Disponível em <http://ceres.facer.edu.br/revista/index.php/refacer/article/view/21>

- 3- Beyea SC, Nicoll LH. Administration of medications via the intramuscular route: an integrative review of the literature and research-based protocol for the procedure. *Appl. Nurs. Res.* 1995. v. 8, p 23-33.
- 4-Gabrielli C, Alves JM, Vargas JC, Saito MM, Lago MM. Bases anatômicas da injeção intramuscular Ventroglútea e implicações clínicas. *Acta Scientiae Medica_On line* Vol. 2(1): 3-10; 2009. Disponível em http://www.actascientiaemedica.com/Artigos/PDF/1-2009/Ciencias_Basicas_Gabrielli_et_al.pdf
- 5-Cocoman A, Murray J. Intramuscular injections: a review of best practice for mental health nurses. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2008. v. 15, p 424-34.
- 6-Bleakney R, Maffulli N. Ultrasound changes to intramuscular architecture of the quadriceps following intramedullary nailing. *J Sports Med Phys Fitness*, v. 42, p.120-125, 2002.
- 7-Hochstetter VAV. Über probleme und Technik der intraglutäialen Injektion, Teil II. Der Einfluß der Injektionstechnik auf die Entstehung von Spritzenschiden. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1956. Vol. 86, 69-7.
- 8-Brandt PA, Smith ME, Ashburn SS, Graves J. IM Injections in children. *American Journal of Nursing.* 1972. Vol.72, 1402-1406.
- 9-Castellanos BEP. Região Ventroglútea: local seguro para aplicação de injeção por via intramuscular. *Enf. Nova Dimensão*1977. N.3, p.289-29.
- 10-Rocha RP, Fernandes G J, Vengjer A, Mongon MLD, Ribeiro FP, Longuinho e Silva RB. Distribuição do nervo cutâneo lateral da coxa na área de injeção intramuscular. *Rev Assoc Med Bras* 2002; 48(4): 353-6.
- 11-Lima BSS, Pinto EA, Santos RM, Lúcio IML., Ferreira GE, Patrício A. Ultrasonographic study of the hochstetter's region in newborns and infants: contributions of the nursing field. *Journal of Nursing UFPE on line [JNUOL / DOI: 10.5205/01012007]*, Recife(PE), 7, aug. 2013.
- 12-Rosa CD, Almeida CB, Barros PFS, Coutinho RMC. Prática da amamentação em puérperas na Unidade de Alojamento Conjunto. *Rev Inst Ciênc Saúde.* 2009;27(1):18-21. Disponível em <http://files.bvs.br/upload/S/0104-1894/2009/v27n1/a003.pdf>
- 13-Paula HAA, Salvador BC, Barbosa L, Costa RMM. Peso ao nascer e variáveis maternas no âmbito da promoção da saúde. *Rev. APS;* 2011; jan/mar; 14(1); 67-74. Disponível em <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/1003/447>
- 14-Avery GB, Fletchek MA, Macdobald MG. Neonatologia – fisiopatologia e tratamento do recém-nascido. 6.ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009.
- 15-Silva DAS, Pelegrini A, Petroski EL, Edio L, Gaya ACA. Comparação do crescimento de crianças e adolescentes brasileiros com curvas de referência para crescimento físico: dados do Projeto Esporte Brasil. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 2012; 83(3): 220-5. Disponível em <http://www.sup.org.uy/Archivos/Adp83-4/pdf/adp83-4.pdf>

- 16-Karlberg J, Kwan CW, Albertsson-Wikland K. Reference values for change in body mass index from birth to 18 years of age. *Acta Paediatr* 2003;92:648-52.
- 17-Van't Hof MA, Haschke F. Euro-Growth references for body mass index and weight for length. Euro-Growth Study Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31 (Suppl 1):S48-59.
- 18-Tanaka T, Matsuzaki A, Kuromaru R, Kinukawa N, Nose Y, Matsumoto T et al. Association between birth weight and body mass index at 3 years of age. *Pediatr Int* 2001;43:641-6.
- 19-Moraes SAD, Freitas I, Mondini L, Rosas JB. Receiver operating characteristic (ROC) curves to identify weight cutoffs to predict overweight in Mexican school children. *Jornal de pediatria*, v. 85, n. 1, p 42-47, 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572009000100008&script=sci_arttext&lng=pt
- 20-Sassá AH, Higarashi IH, Bercini LO. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. *Acta Paul Enferm*, 24(4), 2011. 541-49. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n4/a15v24n4>
- 21-Hanson DJ. Acute and chronic lesions from intramuscular injections. *Hospital Formulary Management*, 1, 31-34, 1966.
- 22-Dison NG. An atlas of nursing techniques. Saint Louis: Mosby, 1971, 312p.
- 23-Marlow DR. Textbook of Pediatric Nursing: the nurse and the child. Philadelphia, W.S.Saunders, 5a. ed., cap.5, 1977, p. 73-117.[Digitalizado e re-publicado em 2008]
- 24-Altun I, Cinar ND, Barin OC. Best practice techniques for administration of injections: Impact of lecture based interactive workshops on training of nurses. *Pak J Med Sci* 2010;26(1):152-157.
- 25-Lewindon P J, Harkness L, Lewindon N. Randomised controlled trial of sucrose by mouth for the relief of infant crying after immunization. *Arch Dis Child* 1998;78:453-456.
- 26-Gunn DR. Contracture of the quadriceps muscle. *J Bone Joint Surg [Br]*, v. 46, p. 492-497, 1964.
- 27-Malek R. Retractions quadricipitales et injections intramusculaires chez 1' enfant. *Ann Chir Inf.* v. 7, p. 85-91, 1966.
- 28-Stark WA. Quadriceps contracture in children. *Amer J Child.* v. 120, p. 349, 1970.
- 29-Junqueira ALN, Tavares VR, Martins RMB, Frauzino KV, Silva AMC, Minamisava R, et al. Safety and immunogenicity of hepatitis B vaccine administered into ventrogluteal vs. anterolateral thigh site in infants: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 2010.v. NS, p. NS-1629-6. Disponível em [http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(10\)00049-0](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(10)00049-0)
- 30- Lo YS, Lu CC, Chen LY, Huang LY, Jong YJ. Quantitative measurement of muscle and subcutaneous fat thickness in newborn by real-time ultrasonography: a useful method for site and depth evaluation in vaccination. *Kaohsiung J Med Sci*, v. 8, p. 75-81, 1992.
31. Silva ON, Lima, JC, Santos RM, Trezza MCSF, Souza DO. Teoria x prática em injeções intramusculares na região Hochstetter: realidade dos profissionais de enfermagem. *Journal of Nursing UFPE / Revista*

de Enfermagem UFPE . out 2013, Vol. 7 Issue 10, p6074-6082. 9p. Disponível em <http://web.a.ebscohost.com/92036589>

Capítulo 30

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE ADOLESCENTES ESCOLARES EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR DO CEARÁ

[DOI: 10.37423/200400675](https://doi.org/10.37423/200400675)

Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim

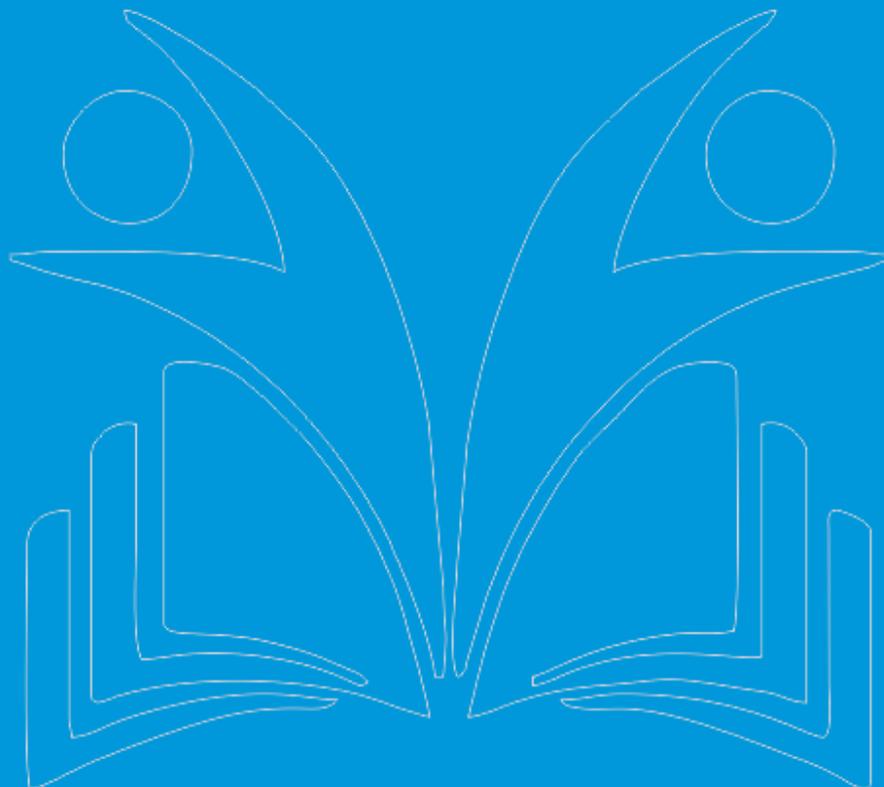
Emília Soares Chaves Rouberte

Rafaella Pessoa Moreira

Flavia Paula Magalhães Monteiro

Francisca Kessiana Freitas Leal

Maria Imaculada Lourenço Meiru



INTRODUÇÃO

A identificação de diagnósticos de enfermagem é uma das etapas do processo de enfermagem de grande relevância para o cuidado ao paciente na área da saúde, pois fornece subsídios para que o enfermeiro possa elaborar seu plano de cuidados. Conhecer o perfil diagnóstico de populações específicas como de adolescentes escolares é importante para o desenvolvimento da prática comunitária, e uma meta para a enfermagem, uma vez que a produção de conhecimento que fundamenta o processo de cuidar fornece, ao enfermeiro, ferramentas importantes à sua ação com segurança.

OBJETIVO

Objetivou-se analisar o perfil diagnóstico de adolescentes escolares de um município do interior do Ceará.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo do tipo metodológico, que consiste na investigação dos métodos de obtenção, organização e análise dos dados, discorrendo sobre a elaboração, validação e avaliação dos instrumentos e técnicas de pesquisa, tendo como objetivo a construção de um instrumento que seja confiável, preciso e utilizável, para que possa ser aplicado por outros pesquisadores (POLIT e BECK, 2011).

Foi realizado em uma escola pública do município de Redenção-Ceará. Participaram do estudo 114 adolescentes na faixa etária entre 11 e 19 anos. A inclusão dos participantes no estudo se deu a partir da manifestação de interesse dos alunos; os alunos pertencentes a todas as turmas foram convidados a participar. Além disso, para participar, o pai ou responsável deveria assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

A proposta do estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética da Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira-UNILAB, cumprindo as recomendações da resolução 466/12 referentes às pesquisas desenvolvidas com seres humanos (BRASIL, 2012).

Os dados foram coletados com a utilização de um instrumento contendo os 13 domínios da Taxonomia II da NANDA I, do Sistema de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA, 2012), bem como

incluía um roteiro para realização do exame físico, abordando a avaliação dos segmentos corporais no sentido céfalo-caudal, e verificação dos sinais vitais e medidas antropométricas.

Para a coleta dos dados antropométricos (peso e estatura) foi utilizada balança antropométrica com haste metálica, com capacidade de 150 quilogramas (kg) e precisão de 100 gramas (g). Para a verificação da pressão arterial, adotou-se as recomendações das Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (SBC, 2006), na qual a escolha do manguito foi feita depois da medida da circunferência do braço dos adolescentes com fita métrica não distensível, no ponto médio entre o acrômio e o olecrano. Desta forma, utilizou-se o esfigmomanômetro aneroide com manguitos de larguras de 6 cm, 6,5 cm, 8 cm, 9 cm, 10 cm, 11 cm, 12 cm e 13 cm, e estetoscópio biauricular, sendo utilizado o diafragma para a audição dos sons de Korotkoff.

A coleta realizou-se no próprio ambiente escolar onde foi disponibilizada uma sala; o ambiente era calmo e foi possível garantir a privacidade dos adolescentes. A aplicação do instrumento e realização do exame físico foi feita individualmente, garantindo e respeitando as informações prestadas por cada estudante. Inicialmente, aplicou-se o instrumento de entrevista, que continha perguntas referentes aos hábitos alimentares, estilo de vida, doenças, dentre outras. Em seguida, foi realizado o exame físico, aferição dos sinais vitais e medidas antropométricas.

De acordo com CÔRREA (2003), julgamento ou o raciocínio clínico do enfermeiro é o cerne central do processo diagnóstico. Como principais características do diagnosticador mencionam-se o conhecimento clínico e científico, a experiência clínica e o desenvolvimento cognitivo. Conforme López (2001), a partir das estratégias de pensamento, com base em experiências práticas, conhecimentos teóricos e valores, o profissional avalia o significado das informações sobre seu cliente, estabelece relações entre os dados e nomeia o fenômeno. Faz-se, então, o diagnóstico.

O processo de elaboração e inferência dos diagnósticos seguiu as etapas preconizadas por Gordon (1994): coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias. A etapa da coleta de informações envolveu a busca e a avaliação do histórico e do exame físico. Após essa etapa, os dados foram interpretados e agrupados. Essa interpretação inclui processos de inferência, julgamento e argumentação. A última fase (nomeação das categorias) é a denominação das informações em categorias diagnósticas (GORDON, 1994). No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas foram avaliadas pela pesquisadora e a orientadora. O consenso entre ambas foi o critério para aceitar os diagnósticos de enfermagem formulados.

Para a nomeação dos diagnósticos de enfermagem, foi utilizada como referência a Taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2010). Esta taxonomia foi escolhida por ser mundialmente conhecida e utilizada na prática clínica de enfermagem, tendo sido traduzida e adaptada em vários países (GARCIA; NÓBREGA, 2004).

Para análise de alguns parâmetros (idade, sexo e escolaridade) utilizou-se o software Epi-info versão 3.5.2.

RESULTADO E DISCUSSÃO

Foram incluídos no estudo um total de 114 participantes com idade entre 11 a 20 anos de ambos os sexos de uma escola de rede pública da cidade de Redenção-CE. Os resultados encontrados são apresentados a seguir:

Tabela 1- Distribuição dos participantes segundo gênero, idade, e escolaridade Redenção/CE 2014.

Variáveis	F	F%
Sexo		
Masculino	55	48,2
Feminino	59	51,8
Total	114	100,0
Escolaridade (série)		
Sexta	16	14,0
Sétima	11	9,6
Oitava	8	7,0
Nona	79	69,3
Total	114	100,0
Idade (anos)		
11	4	3,5
12	16	14,0
13	12	10,5
14	38	33,3
15	29	25,4
16	10	8,8
17	1	0,9
18	2	1,8
19	1	0,9
20	1	0,9
Total	114	100,0

Na tabela 1, verificou-se quanto ao gênero uma prevalência maior do sexo feminino com 51, 8%; a idade de maior predominância entre os escolares foi de 14 anos de idade com 33, 3%, seguido, de 15 anos com 25,4% e 12 anos apresentando uma porcentagem de 10, 5%. Em relação à escolaridade, identificou-se que a maioria faz parte do 9º ano (69,%), seguido do 6º ano.

No quadro 1, verifica-se que 43% dos adolescentes apresentaram pelo menos um diagnóstico, 33,3% apresentaram dois diagnósticos, 18,4% apresentaram 3 diagnósticos, e 4,4% dos adolescentes nas análises obtiveram quatro diagnósticos, e apenas 1, 8% apresentaram cinco diagnósticos.

A elaboração de diagnósticos de enfermagem envolve um conjunto de etapas para sua realização, sendo este composto por características definidoras e fatores relacionados. As características definidoras são um conjunto de sinais e sintomas que asseguram a presença de um determinado diagnóstico. Com base nas etapas preconizadas por Gordon (1994): coleta, interpretação/agrupamento das informações e nomeação das categorias, foi possível identificar os diagnósticos de enfermagem presentes nos adolescentes escolares.

Nos achados, quanto aos diagnósticos de enfermagem, fatores relacionados e características definidoras foi identificado uma maior prevalência em relação ao diagnóstico de dor aguda com 53(46%), sendo este relacionado a agente lesivo (biológico, físico, químico), e característica definidora representado por relato verbal de dor, ambos apresentaram a mesma porcentagem do diagnóstico. Durante a coleta de dados, a queixa principal dos escolares foi à cefaleia, muitas vezes relacionado ao barulho na escola, e outros não conseguiam identificar a causa. Dor abdominal também foi um dos aspectos mais relatados pelos adolescentes. Quando investigado a frequência da dor, muitos relataram vir apresentando há uns três meses e aparecendo pelo menos duas a três vezes na semana. Um grande problema identificado quanto a este diagnóstico foi em relação à automedicação; muitos relataram fazer uso de analgésicos com frequência, não procuram um serviço de saúde para tentar identificar a causa.

O diagnóstico de nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais apresentaram um percentual de 24(21%), sendo a prevalência maior dos fatores relacionados a ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas com 20 (17,5%). Percebe-se quanto aos fatores relacionados quando investigado os hábitos alimentares um consumo excessivo aos alimentos industrializados e salgados, principalmente no período da manhã e da tarde, não possuem um padrão adequado e não seguem horários, consomem mais do que o necessário para as suas necessidades metabólicas. As principais características definidoras apresentadas foram comer em resposta a estímulos externos,

com 11(9,6 %), comer em resposta a estímulos internos que não a fome 5(4,4%) como, por exemplo, ansiedade, e também estilo de vida sedentário com 4 (3,5%). Identifica-se a partir dos achados um fator de risco para obesidade, dislipidemias, hipertensão arterial, pois, além de terem uma alimentação inadequada, não praticam atividade física com muita frequência.

Embora a maioria dos adolescentes apresente diagnóstico real, no presente estudo também foi possível identificar o diagnóstico de promoção da saúde disposição para nutrição melhorada com 20(17,5%) estando caracterizado por expressar desejo de melhorar nutrição e alimentar-se regularmente, ambos com percentual de 7(6,1%). Observou-se durante a entrevista em relação a investigação dos hábitos alimentares em específico para este grupo um consumo adequado de frutas, legumes, verduras, alimentam-se em horários regulares, e expressam um bom conhecimento sobre os cuidados com a saúde.

Outro diagnóstico bastante presente entre os escolares foi o de dentição prejudicada com 13(11,4%), apresentando como principal fator relacionado à higiene oral ineficaz, também com um percentual de 13(11, 4%), as principais características definidoras para este diagnóstico foi a presença de cárie na coroa com 9(7,9%), dentes estragados 7(6,1%) e cárie na raiz dos dentes com 2(1,8%). A identificação dos fatores relacionados e das características definidoras foi possível de serem encontradas a partir da realização da entrevista e do exame físico. Para ser identificado como principais fatores relacionados à higiene oral ineficaz foram feitas durante anamnese algumas perguntas como a frequência de escovação dos dentes, o uso de fio dental, a ida ao dentista. Em relação ao diagnóstico de dentição prejudicada, verificou-se que muitos relataram saber sobre os cuidados com a higiene bucal, porém, não praticavam por próprio descuido.

Em estudo realizado por Hosana Nunes Moura com vinte e um adolescentes sobre diagnósticos de enfermagem, identificou resultados semelhantes em relação ao diagnóstico de dentição prejudicada, onde em seu achado o diagnóstico apresentou um percentual de 7 (26,9%), quando comparado ao nosso estudo que obteve um valor um pouco superior com 13 (11,4%). Percebe-se através dos resultados e do público alvo serem adolescentes, que o diagnóstico de dentição prejudicada pode ser um dos diagnósticos prevalente e comum nesta faixa etária.

Estilo de vida sedentário também foi um diagnóstico bastante comum entre os estudantes obtendo um percentual de 12(10,5 %), e estando relacionada principalmente a falta de interesse, esta pode ser caracterizada como uma falta de interesse dos adolescentes para realização de atividades físicas relataram participar apenas das aulas de educação física na escola, e ainda por conta da participação

influenciar na frequência, os meninos durante o questionamento de não gostarem de praticar atividade física, apontaram preferir ficar em casa jogando vídeo game e as meninas assistindo TV ou na internet. A característica prevalente para este diagnóstico foi escolher uma rotina diária sem exercícios físicos com 10,5%. Percebe-se partir do exposto acima o motivo de muitos adolescentes já vir apresentando problemas de saúde, onde alimentação desregrada e o sedentarismo fazem parte do seu cotidiano, contribuindo deste modo não só para alterações agora como no futuro.

Um achado interessante do estudo foi o diagnóstico de comportamento de saúde propenso a risco com 8(7%) estando relacionado a fatores como atitude negativa em relação aos cuidados com a saúde 5(4,4%), neste aspecto é destacado a falta de cuidado do adolescente com sua própria saúde, mesmo sabendo dos riscos e da importância de cuida-la, é destacado entre as atitudes negativas uma má alimentação, sedentarismo, a falta de exames de rotinas, para meninas o pudor ainda presente do exame ginecológico. Como característica definidora pode ser destacada não conseguir agir de forma a prevenir problemas de saúde com 8(7 %), alguns escolares mesmo sendo orientados na escola e na família sobre a importância de uma mudança no padrão de vida com hábitos alimentares saudáveis e exercícios físicos, prefere manter o mesmo estilo de vida.

Ademais, apesar de ter representando um percentual pequeno o diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente esteve presente em 5 adolescentes (4,4%), estando este relacionado em sua maioria pela falta de capacidade para recordar com 4 (3,5%) e 2 (1,8%) por falta de interesse em aprender, sua característica definidora prevalente foi verbalização do problema com 5(4,4%). O presente diagnóstico foi possível a partir da utilização do instrumento de coleta contendo perguntas específicas, perguntou-se aos adolescentes qual sua capacidade para guardar informações na memória e aprender coisas novas. Os adolescentes relataram ter dificuldades de memorizar os conteúdos repassado sem sala de aula, e em relação a falta de interesse destacaram não gostar de estudar e não sentem interesse em ir para escola.

Em um estudo realizado por Cintra et al (2009) também sobre investigação de diagnósticos de enfermagem em ambiente escolar foi possível identificar achados semelhantes, como é o caso do diagnóstico de conhecimento deficiente também com 5 escolares, e estilo de vida sedentário com 9 casos, muito próximo do estudo que obteve 12 casos para este diagnóstico.

Foi perceptível nos resultados a presença dos diagnósticos em todos os adolescentes investigados, e também muito comum cada adolescente apresentar mais de um diagnóstico, como foi o caso do percentual de 33, 3% apresentarem pelo menos dois diagnósticos.

Em estudo, realizado por Marques, D.K et al (2012), também sobre validação de diagnósticos de enfermagem para adolescentes identificou-se como principais necessidades: as Psicobiológicas seguido das psicossociais e espiritual. Em relação às necessidades psicobiológicas incluem (sono, repouso, alimentação, eliminação, regulação hormonal, atividade física). Ao comparar esses achados com o do presente estudo verifica-se que se assemelham, pois os diagnósticos mais prevalentes estavam relacionados a alterações biológicas como o diagnóstico de dor aguda, nutrição, estilo de vida sedentário. Em relação às necessidades psicossociais é destacada a aprendizagem, educação para saúde, ansiedade, onde tivemos como diagnóstico conhecimento deficiente, comportamento de saúde propenso a risco.

Percebe-se, com base na diversidade de diagnósticos apresentados pelos adolescentes no estudo, a necessidade de validação de um instrumento sistematizado para população específica, onde se consiga focar nas suas reais necessidades. Este fato é corroborado por Marques et al (2009) em seu estudo sobre a criação de um instrumento sistematizado da assistência de enfermagem para pacientes hospitalizados; os autores afirmam que a falta de conhecimento sobre as características da adolescência dificulta a identificação adequada de suas necessidades, gerando falta de informação aos familiares, aos profissionais e ao próprio adolescente.

A partir do exposto acima identifica que mesmo os estudos partirem de linhas diferentes, os resultados se assemelhem, porém, o presente trabalho tendo como objetivo conhecer o perfil dos adolescentes, e os demais a construção de um instrumento sistematizado para os adolescentes hospitalizados.

CONCLUSÃO

Por meio desse estudo percebemos e destacamos a importância da utilização, dentro do ambiente escolar, dos diagnósticos de enfermagem, parte do processo de enfermagem. Eles puderam ser percebidos como instrumentos de suma importância para população específica, pois, permitir obter um conhecimento mais amplo sobre os principais problemas enfrentados pelos adolescentes, e desta forma junto com a comunidade escolar, familiares e os profissionais da saúde pensar em metas de promoção a saúde focando nas suas reais necessidades.

Vale salientar que a assistência de enfermagem, além de ter proporcionado um cuidado holístico e adequado, ainda favoreceu aos adolescentes a compreensão de suas necessidades. Percebe-se com o estudo a escassez de pesquisas em relação a temática, destacando a importância de mais estudos

nessa linha de pesquisa, onde é possível através dos seus resultados traçar metas de intervenção e promoção da saúde. É o conhecimento e aprimoramento científico que permite a comunidade acadêmica traçar metas na melhoria da qualidade de saúde da população, sendo uma das ferramentas essenciais para enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cintra, A.L.Z, et al. Diagnósticos de enfermagem presentes em adolescentes no ambiente escolar. Disponível em:

http://www.abeneventos.com.br/anais_61cben/files/01251.pdf.

CORRÊA, C. G. Raciocínio clínico: o desafio do cuidar. 2003. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GORDON, M. Nursing diagnosis: process and application. 3rd ed. St. Louis: Mosby, 1994.

HERDMAN, T.H. (Ed.). Diagnósticos de Enfermagem da NANDA Internacional: definições e classificação 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012.

LÓPEZ, M. Objetivos do processo diagnóstico. In: LÓPEZ, M. O processo diagnóstico nas decisões clínicas: ciência, arte e ética. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. p.15-24.

MOURA, H,N, et al. Diagnósticos de enfermagem e sua importância no cuidado dos adolescentes de uma escola de ensino fundamental. Disponível

em: <http://www.abeneventos.com.br/10sinaden/anais/files/completo.pdf>.

MARQUES, D.K.A. Instrumento de sistematização da assistência de enfermagem para pacientes hospitalizados. Reme- Rev.Min.Enferm; 13 (3): 372-380, jul/set.2009

MARQUES, D.K, NÓBREGA,M.M.L, SILVA, K.L. Construção e validação de afirmativas de diagnósticos de enfermagem para adolescentes hospitalizados. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2012 jul/sep;14(3):626-33. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a20.htm>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA - SBC. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão. Vol. 13, n.4, p. 260-312, 2006.

Capítulo 31

SUPERANDO AS DIFICULDADES DE ACESSO DA POPULAÇÃO ASSISTIDA POR EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

[DOI: 10.37423/200400676](https://doi.org/10.37423/200400676)

Aurelice Cristina de Almeida Alves Carneiro (Enfermeira; Mestranda em Gestão de Programas e Serviços de Saúde; Enfermeira da ESF/SEMUS/São Luís-MA).

Aline Santos Furtado Campos (Enfermeira; Mestre em Saúde Coletiva; Enfermeira do Serviço de Vigilância Epidemiológica do HUUFMA/ EBSERH; Enfermeira assistencial da SEMUS/São Luís-MA).

Flávia Baluz Bezerra de Farias Nunes (Enfermeira; Doutora em Ciências; Professora Adjunta da UFMA/ Departamento de Enfermagem/ São Luís-MA).

Giovana Cantanhede Nepomuceno (Enfermeira; Enfermeira da ESF/SEMUS/São Luís-MA).

Priscila Monteiro de Almeida (Terapeuta ocupacional; Mestre em Saúde e Ambiente; Terapeuta ocupacional da SEMUS/São Luís-MA).

Rosangela Almeida Rodrigues de Farias (Enfermeira; Mestre em Enfermagem; Enfermeira da ESF/SEMUS/São Luís-MA).



INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é um instrumento de fortalecimento da atenção primária. A acessibilidade, a localização geográfica da unidade básica de saúde (UBS), os dias e horários de funcionamento, bem como o processo de utilização dos serviços por parte da população, são elementos essenciais para que a ESF seja considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde)¹. A atenção Primária resolutive implica na ampliação do acesso dos usuários¹. Objetivo Descrever ação exitosa de assistência de três ESF frente à dificuldade de acesso da população atendida por estas equipes devido à distância e horários de atendimentos da UBS. Desenvolvimento As três equipes de ESF realizaram vários tipos de atendimentos no salão das igrejas católica e protestante em dias previamente agendados e divulgados. Aos sábados eram realizados os preventivos ginecológicos e consultas de enfermagem; e nas datas semanais aconteciam as consultas médicas, de enfermagem, verificação de pesos, estatura, pressão arterial, glicemia, imunização, palestras educativas, atendimento de avaliação nutricional/bolsa família, atividades educativas com grupos de idosos. Resultado O atendimento fora da UBS favoreceu aproximação com a comunidade, identificando suas necessidades e levando informação em saúde, permitiu um maior número de diagnósticos precoces, encaminhamentos e de consultas médicas e de enfermagem.

REFERÊNCIAS

1 Malta DC, Santos MAS, Stopa SR, Vieira JEB, Melo EA, Reis AAC. A cobertura da estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21 (2):327-338, 2016.

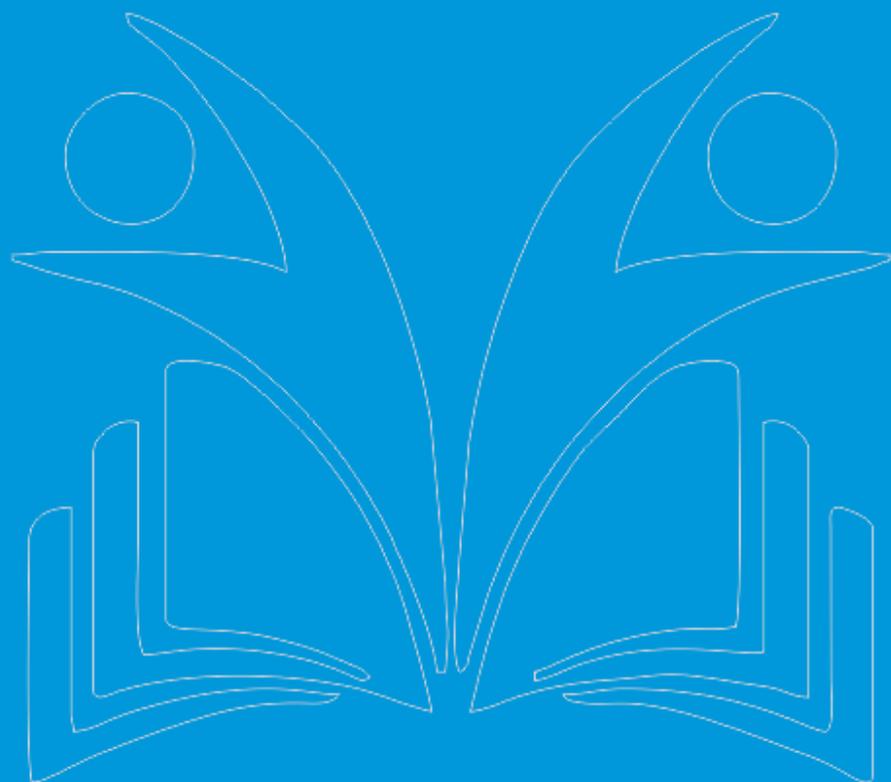
Descritores: Estratégia Saúde da Família; Acesso aos serviços de saúde; Atenção Primária.

Capítulo 32

PROCESSO DE ENFERMAGEM NA CONSULTA A HIPERTENSOS
E DIABÉTICOS EM UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
MUNICÍPIO DE MACEIÓ-AL: VISÃO DE UMA ENFERMEIRA.

[DOI: 10.37423/200400678](https://doi.org/10.37423/200400678)

Beatriz Santana De Souza Lima - biassl@hotmail.com



INTRODUÇÃO

Este trabalho surge da inquietação na vivência de enfermeiros em uma unidade de Saúde da Família do Município de Maceió, refletindo a organização de trabalho historicamente construída e que refletem diretamente no usuário. Com a promulgação em 1988 da Constituição Brasileira e da Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) surge o Sistema Único de Saúde (SUS) baseado nos princípios de equidade, integralidade e universalidade da assistência à saúde, entendendo a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consistido somente da ausência de uma doença ou enfermidade.

Atualmente o Ministério da Saúde define o Estratégia de Saúde da Família (ESF) como uma estratégia que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Essa estratégia está fundamentada numa unidade de saúde da família, uma instituição pública de saúde, cujos profissionais que a compõem se responsabilizam pela promoção, proteção e recuperação da saúde de certa comunidade.

Desta forma são algumas atribuições dos profissionais que constituem a ESF: conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, identificando os problemas de saúde e situações de risco mais comuns as quais aquela população está exposta; realizar visitas domiciliares; prestar assistência integral à população adscrita; coordenar, participar de e/ou organizar grupos de educação para a saúde, entre outras⁽¹⁾.

Inserida nessa equipe, que necessariamente é multiprofissional, encontramos a enfermeira, profissional que desempenha um papel fundamental nas ESF, atuando entre outros no monitoramento das condições de saúde individual ou coletivo, no levantamento e monitoramento dos problemas que mais afetam a saúde da comunidade e no exercício de uma prática de enfermagem comunicativa com vista a emancipação e ampliação da autonomia dos sujeitos⁽²⁾.

Nesse sentido a assistência de enfermagem torna-se diferenciada por buscar fortalecer o compromisso, empatia e vínculo com a comunidade, através de um relacionamento pautado na humanização que se dá através do reconhecimento das necessidades específicas de saúde de cada pessoa e família, considerando os valores, princípios e contexto em que estão inseridos. Uma das estratégias utilizadas para viabilizar a assistência da enfermeira é a consulta de enfermagem, que esta regulamentada na Lei Nº 7.498/86 e pelo Decreto Nº 94.406/87, que, em seu artigo 11º, a legitima e

a determina como uma modalidade de prestação de assistência direta ao cliente que é atividade privativa do enfermeiro⁽³⁾.

A Resolução COFEN-159/93, artigo 1º torna a consulta de enfermagem obrigatória no desenvolvimento da assistência de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituição pública ou privada. Tendo por princípio o conhecimento das necessidades de saúde para a proposição da prescrição e implementação da assistência de enfermagem⁴. Dessa forma, o cenário das ESF, com seus programas e responsabilidades, se tornam locais propícios do fazer da consulta de enfermagem sistematizada e qualificada, tomando os usuários como os atores no fazer da saúde, com compartilhamento de saberes, escuta qualificada e ações multiprofissionais resolutivas.

OBJETIVO

Descrever a experiência da consulta de enfermagem sistematizada no atendimento a pessoas com hipertensão e diabetes em uma unidade de saúde da família de Igreja Nova/AL.

METODOLOGIA

Trabalho de caráter descritivo, do tipo relato de experiência realizado por enfermeiros no período de agosto de 2011 a março de 2012 em uma Unidade de Saúde da Família no município de Igreja Nova em Alagoas.

RESULTADOS

Durante a vivência na unidade de saúde da família ficou evidente as dificuldades em compreender como se davam as organizações da rotina de trabalho dos profissionais, em especial, o que era de responsabilidade da enfermeira. Como enfermeiras, formada com uma visão generalista, com vivência predominantemente em hospitais existiam algumas dificuldades em entender a lógica do atendimento da atenção básica.

Por esse motivo tentamos analisar e compreender a lógica da organização das rotinas do serviço, a partir de um aprofundamento teórico-científico, principalmente no que tange as responsabilidades de cada profissional e qual o modelo de saúde que está reorganizando a atual assistência à saúde brasileira. Tratando-se dessa lógica no serviço de enfermagem ainda indagávamos quais eram as estratégias que a enfermagem tinha para realizar seu cuidado de forma resolutiva e com qualidade, entendendo que uma das formas de resolutividade é a consulta de enfermagem sistematizada.

Sistematizada porque será utilizado o processo de enfermagem no seu fazer, para conferir cientificidade, método e organização no fazer do cuidado diário com a pessoa na consulta.

Observando e fazendo a consulta do HIPERDIA percebemos a necessidade de modificar/contribuir para a prática, como estratégia elaboramos um instrumento baseado no processo de enfermagem para o atendimento dos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde. É importante citar que o instrumento passou por três modificações, pois foram percebidas necessidades e formulações novas.

O instrumento continha no geral dados de identificação, antecedentes familiares, dados gerais da doença, motivo de ter vindo a consulta, como se sente hoje, pressão arterial quando chegou a unidade de saúde, pressão arterial no atendimento com a enfermeira, glicemia de momento, exames posteriores, exames solicitados, medicamentos prescritos pelo médico, forma de tomar os medicamentos, queixas, observações, diagnóstico de enfermagem, resultado de enfermagem e intervenções de enfermagem, entre outros.

O uso do instrumento as consultas duravam em torno de 40 a 50 minutos e eram anexados ao prontuário junto com os diagnósticos e resultados de enfermagem. Essa forma de se atender o usuário gerou repercussões positivas na unidade, os usuários voltavam para próximas consultas em torno de 98%, os resultados de enfermagem eram atingidos satisfatoriamente. O cuidado de enfermagem sistematizado estava trazendo mudanças que culminaram com a reativação do grupo de hipertensos e o grupo de diabéticos da unidade com reuniões mensais.

CONCLUSÃO

Dentro do contexto citado fica perceptível que o cuidado sistematizado de enfermagem contribui de forma significativa para as consultas de enfermagem a toda população, em especial as pessoas portadoras de doenças crônicas, uma vez que, estas precisam ser rigorosamente acompanhadas dia-a-dia por toda equipe multiprofissional. Dentro desta, o enfermeiro utilizando de seu conhecimento, habilidade e atitude deve fazer de cada consulta sistematizada um momento único, fundamental e essencial para a eficácia das intervenções necessárias em seu processo saúde-doença.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde. 2001.
2. ERMEL, RC; FRACOLLI, LA. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. Rev. Da Esco de Enferm da USP. 2006. 40(4). Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/v40n4.pdf Acessado em: 30 Maio 2009 às 19h27min19seg.

3. COREN. Conselho Regional de Enfermagem São Paulo.

Capítulo 33

INTERVENÇÕES BASEADAS NO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM: O COTIDIANO DE DUAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DO RIO DE JANEIRO, BRASIL.

[DOI: 10.37423/200400679](https://doi.org/10.37423/200400679)

Gunnar Glauco De Cunto Carelli Taets

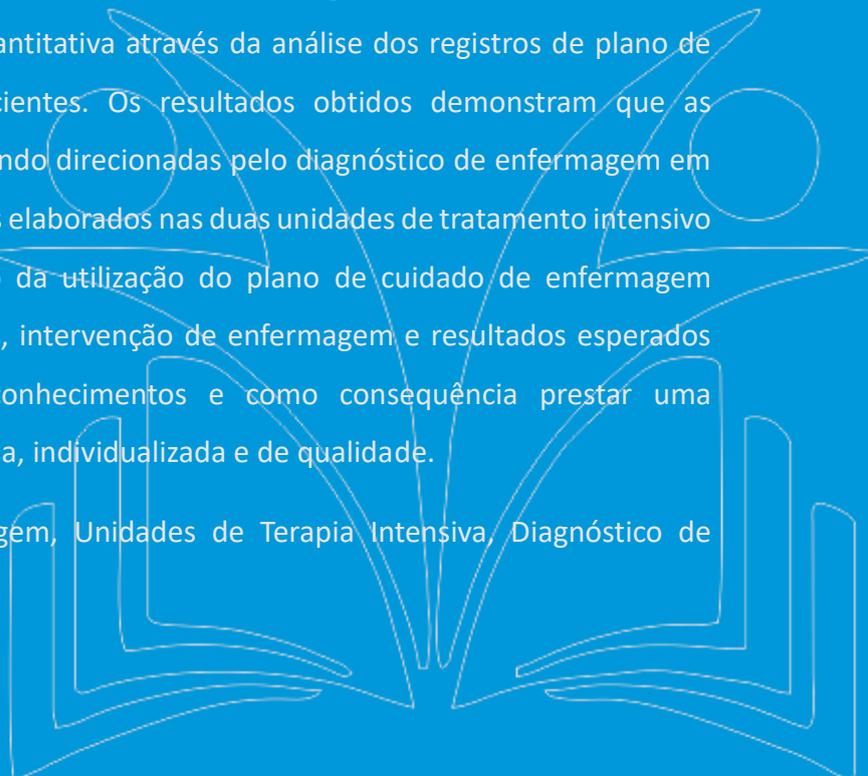
Gabrielle Almeida Silva

Christian Marx Carelli Taets

Eva Santos Andrade

Resumo: Estudo com objetivo de descrever a utilização do diagnóstico de enfermagem no direcionamento das intervenções de enfermagem em duas unidades de tratamento intensivo de um hospital privado do Rio de Janeiro, Brasil. A metodologia utilizada consiste em um estudo descritivo com abordagem quantitativa através da análise dos registros de plano de cuidado de enfermagem de 91 pacientes. Os resultados obtidos demonstram que as intervenções de enfermagem estão sendo direcionadas pelo diagnóstico de enfermagem em mais de 78,94% dos planos de cuidados elaborados nas duas unidades de tratamento intensivo estudadas. Acredita-se que por meio da utilização do plano de cuidado de enfermagem contendo diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem e resultados esperados pode-se fortalecer e desenvolver conhecimentos e como consequência prestar uma assistência de enfermagem humanizada, individualizada e de qualidade.

Descritores: Cuidados de Enfermagem, Unidades de Terapia Intensiva, Diagnóstico de Enfermagem.



INTRODUÇÃO

O termo diagnóstico de enfermagem surgiu na literatura norte-americana em 1950, quando Mac Manus propôs, dentre as responsabilidades do enfermeiro, a identificação dos diagnósticos ou problemas de enfermagem. A partir de 1973, várias conferências foram realizadas e muitos avanços foram sendo conseguidos no sentido de definir melhor quais os diagnósticos a serem identificados e como validá-los na prática clínica⁽¹⁾.

A Associação Norte-Americana de Diagnóstico de Enfermagem (NANDA), criada em 1982, assumiu a responsabilidade de dar continuidade aos trabalhos até então desenvolvidos neste sentido. Em decorrência destes trabalhos, foi estabelecida em 1986 a primeira Classificação Internacional denominada Taxonomia I dos diagnósticos de Enfermagem, substituída pela Taxonomia I - revisada em 1989, com inclusão de algumas alterações e, atualmente já foi definida a taxonomia II⁽¹⁾.

Segundo a NANDA, o diagnóstico de enfermagem constitui “um julgamento clínico das respostas do indivíduo, família ou comunidade aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, os quais fornecem a base para a seleção das intervenções de enfermagem, para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável”.

No Brasil, a expressão diagnóstico de enfermagem foi introduzida por Wanda Horta, na década de 60, e constituiu-se em uma das etapas do processo de enfermagem proposto por esta autora⁽²⁾.

No que diz respeito a utilização dos diagnósticos de enfermagem em unidades de terapia intensiva, segundo a classificação da NANDA, dentre as publicações existentes, podemos citar o trabalho de validação do diagnóstico “amamentação ineficaz” realizado por LETHBRIGE D.J.; McCLURG, V.; HENRIKSON, M.; WALL⁽³⁾. Inúmeros outros trabalhos de validação estão sendo realizados no sentido de se obter uma confirmação, na prática, da classificação existente.

A realização do cuidado está de tal forma relacionada com o fazer da enfermagem, pois a Sistematização da Assistência de Enfermagem faz parte desse cuidado que é função e atribuição do enfermeiro, no qual ele irá planejar assistência individualizada para cada cliente, que terá como resultado um cuidado humanizado e com qualidade.

OBJETIVO

Descrever a utilização do diagnóstico de enfermagem no direcionamento das intervenções de enfermagem em duas unidades de tratamento intensivo brasileiras de um hospital geral privado.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, prospectivo, com abordagem quantitativa de análise de dados. A pesquisa foi realizada num Hospital Geral Privado do Rio de Janeiro, nos dois Centros de Tratamento Intensivo (CTI 1 e 2). O CTI 1 com dezesseis leitos e o CTI 2 com 8 leitos de internações clínicas e cirúrgicas.

Para a realização desta pesquisa foram analisados os registros de plano de cuidado de enfermagem de 91 pacientes. A pesquisa foi iniciada após o cumprimento da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos.

A coleta de dados foi realizada no mês de setembro de 2013 e todos os dados referentes aos diagnósticos de enfermagem, intervenção de enfermagem e aprazamento das intervenções foram. Os dados foram tabulados, analisados em termos de frequência relativa e absoluta e apresentado em tabela e gráfico através do programa Epi Info versão 3.4.1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização do diagnóstico de enfermagem em uma UTI exige mudança de postura dos profissionais de enfermagem, também, o uso de terminologia própria da enfermagem e o registro das condições do cliente nos quais o profissional deverá elaborar o plano de cuidados de enfermagem. Assim, o profissional precisa ficar constantemente renovando seus conhecimentos por meio de treinamento, atualização e estudo de caso

Foram analisados 495 planos de cuidados de enfermagem sendo 338 do CTI - 1 e 157 do CTI - 2 . Durante o mês de setembro de 2011 foram 44 pacientes internados no CTI - 1 com média de permanência de 6,5 dias e 47 pacientes internados no CTI - 2 com tempo de permanência de 4 dias perfazendo um total de 91 pacientes.

Apresentamos a seguir os resultados das frequências obtidas sobre a utilização do diagnóstico de enfermagem no direcionamento da intervenção de enfermagem nestas duas unidades de terapia intensiva.

Tabela 1 – Utilização do Diagnóstico de Enfermagem no direcionamento da Intervenção de Enfermagem

Diagnóstico de Enfermagem	Utilização		Não utilização	
	Absoluto	Percentual	Absoluto	Percentual
01 Distúrbio do nível de consciência	494	99,8	1	0,2
02 Risco para desenvolver úlcera por pressão	484	97,8	11	2,2
03 Integridade da pele prejudicada	304	61,4	191	38,6
04 Perfusão tecidual prejudicada	455	91,9	40	8,1
05 Risco para infecção e obstrução do cateter periférico	168	33,9	327	66,1
06 Risco para infecção e obstrução do cateter profundo	316	63,8	179	63,2
07 Risco para padrões de eliminações alterados: constipação / diarreia	358	72,3	137	27,7
08 Risco para desequilíbrio hidroelétrólítico	487	98,4	8	1,6
09 Risco para obstrução do CNE	336	67,9	159	32,1
10 Risco para broncoaspiração	459	92,7	36	7,3
11 Déficit do autocuidado	494	99,8	1	0,2

12 Risco para padrão alimentar ineficaz	262	52,9	233	47,1
13 Incapacidade para manter a respiração espontânea / saturação de O2 adequada	188	38	307	62
14 Risco para obstrução das vias aéreas	224	45,3	271	54,7
15 Padrão de drenagem alterado	32	6,5	463	93,5
16 Manutenção do curativo cirúrgico	25	5,1	470	94,9
17 Vigilância em pacientes em desmame de sedação ou pós anestésico	54	10,9	441	89,1
18 Risco de queda	484	97,8	11	2,2
19 Observações puerperais	8	1,6	487	98,4

Podemos observar que quatro (21,05%) dos diagnósticos pré-estabelecidos utilizados no impresso pelos enfermeiros na UTI não tiveram mais de 10,9% de utilização no direcionamento das intervenções de enfermagem no dia-a-dia, foram eles: Padrão de drenagem alterado (6,5%), Manutenção do curativo cirúrgico (5,1%), Vigilância em pacientes em desmame de sedação ou pós anestésico (10,9%), Observações puerperais (1,6%)

Sete (36,84%) dos diagnósticos tiveram mais de 90% de aplicabilidade e foram eles: Distúrbio do nível de consciência (99,8%), Risco para desenvolver úlcera por pressão (97,8%), Perfusão tecidual prejudicada (91,9%), Risco para desequilíbrio hidroelétrólítico (98,4%), Risco para broncoaspiração (92,7%), Déficit do autocuidado (99,8%), Risco de queda (97,8%).

Oito (42,10%) dos diagnósticos tiveram menos de 75 % de utilização e foram eles: Integridade da pele prejudicada (61,4%), Risco para infecção e obstrução do cateter periférico (33,9%), Risco para infecção e obstrução do cateter profundo (63,8%), Risco para padrões de eliminações alterados: constipação / diarreia (72,3%), Risco para obstrução do CNE (67,9%), Risco para padrão alimentar ineficaz (52,9%), Incapacidade para manter a respiração espontânea / saturação de O2 adequada (38%), Risco para obstrução das vias aéreas (45,3%).

Estudos apontam que os diagnósticos de enfermagem mais utilizados em terapia intensiva são(4,5) : Déficit do autocuidado, Risco para infecção, Padrão respiratório ineficaz, mobilidade física prejudicada, incapacidade para manter respiração espontânea, risco para integridade da pele prejudicada

Nos chama atenção, é o fato do impresso utilizado denominar de “diagnósticos de enfermagem” alguns dos diagnósticos que não estão inseridos totalmente ou corretamente na terminologia da NANDA 2015-2017. Tentamos encontrar quais seriam os diagnósticos de enfermagem equiparados para 17 dos 19 diagnósticos utilizados pelo hospital do estudo e apresentamos na tabela a seguir.

Tabela 2 – Diagnósticos equiparados a terminologia da NANDA 2015 – 2017 para os diagnósticos utilizados pelo hospital do estudo

01 Distúrbio do nível de consciência	Processos do pensamento perturbados (00130)
02 Risco para desenvolver úlcera por pressão	Risco de integridade da pele prejudicada (00047)
03 Integridade da pele prejudicada	Integridade da pele prejudicada (00046)
04 Perfusão tecidual prejudicada	Perfusão tissular periférica ineficaz (00204)
05 Risco para infecção e obstrução do cateter periférico	Risco de infecção (00004)
06 Risco para infecção e obstrução do cateter profundo	Risco de infecção (00004)
07 Risco para padrões de eliminações alterados: constipação / diarreia	Risco de constipação (00015) / Diarreia (00013)
08 Risco para desequilíbrio hidro	Risco de desequilíbrio eletrolítico (00195)

elétrólítico	
09 Risco para obstrução do CNE	Deglutição prejudicada (00103)
10 Risco para bronco aspiração	Risco de aspiração (00039)
11 Déficit do auto cuidado	Déficit do auto cuidado: banho/higiene (00108); vestir-se/arrumar-se (00109)/ alimentar-se (00102); higiene íntima (00110)
12 Risco para padrão alimentar ineficaz	Nutrição desequilibrada: mais (00001) ou menos (00002) do que as necessidades corporais
13 Incapacidade para manter a respiração espontânea / saturação de O2 adequada	Ventilação espontânea prejudicada (00033)
14 Risco para obstrução das vias aéreas	Desobstrução ineficaz das vias respiratórias (00031)
15 Padrão de drenagem alterado	Risco de desequilíbrio do volume de líquidos (00025)
16 Manutenção do curativo cirúrgico	-----
17 Vigilância em pacientes em desmame de sedação ou pós anestésico	Comunicação verbal prejudicada (00051)
18 Risco de queda	Risco de Quedas (00155)
19 Observações puerperais	-----

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados neste estudo demonstram que as intervenções de enfermagem estão sendo direcionadas pelo diagnóstico de enfermagem em mais de 78,94% dos planos de cuidados elaborados nas duas unidades de tratamento intensivo estudadas.

Fica a sugestão para que seja utilizada a terminologia correta da classificação da NANDA ou outra terminologia validada para as unidades de terapia intensiva e que seja incluída além das intervenções de enfermagem os resultados esperados de enfermagem para que possam ser avaliados também.

Acredita-se que por meio da utilização do plano de cuidado de enfermagem contendo diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem e resultados esperados pode-se fortalecer e desenvolver

conhecimentos e como consequência prestar uma assistência de enfermagem humanizada, individualizada e de qualidade.

REFERÊNCIAS

- 1 CRUZ, D.A.L.M. A introdução do diagnóstico de enfermagem no ensino: sua influência no processo de informações por alunos de graduação. São Paulo, 1995. 149p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- 2 HORTA, V.A. Processo de enfermagem. 8 ed. São Paulo: EPU, 1979.
- 3 LETHBRIGE, D.J.; McCLURG, V.; HENRIKSON, M.; WALL, G. Validation of the nursing diagnosis of ineffective breastfeeding. J. Obstet., Ginecol. Neonatal Nurs., v.22, n.1, p.57-63, 1993.
- 4 Salomé GM. Diagnóstico de enfermagem dos pacientes internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. Saúde Coletiva 2011;08 (47):24-28
- 5 Lucena, AdeF. Mapeamento dos diagnósticos de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva. Tese (Doutorado) Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. São Paulo, 2006.

Capítulo 34

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA EFICAZ NA PREVENÇÃO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM PACIENTES HIPERTENSOS E DIABÉTICOS NA ATENÇÃO BÁSICA DE CAXIAS-MA

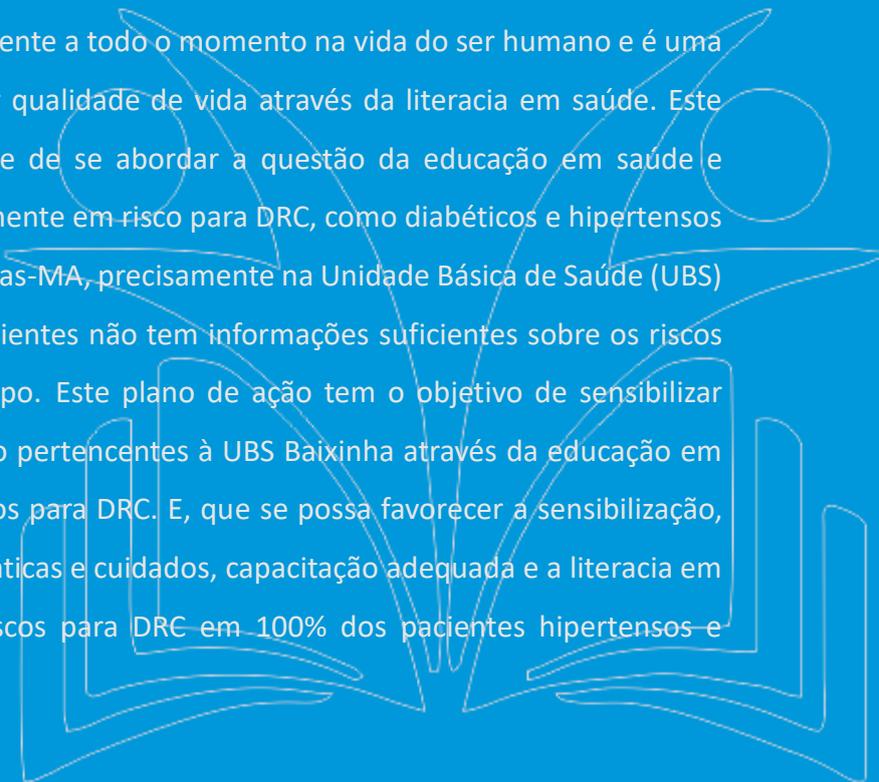
[DOI: 10.37423/200400680](https://doi.org/10.37423/200400680)

Angela de melo santos

Samuel de Jesus de melo silva

Rubenilson luna matos

Resumo: A Doença Renal Crônica (DRC) tem recebido cada vez mais atenção da sociedade de modo geral. Atualmente temos duas doenças que são fatores de risco para DRC, a hipertensão e diabetes, principalmente quando não bem diagnosticadas, tratadas e acompanhadas. A falta ou deficiência de conhecimentos a cerca dos fatores de riscos para DRC é um agravante. A educação está presente a todo o momento na vida do ser humano e é uma ferramenta importante para se obter qualidade de vida através da literacia em saúde. Este trabalho se justifica pela necessidade de se abordar a questão da educação em saúde e autocuidado em pacientes potencialmente em risco para DRC, como diabéticos e hipertensos na atenção primária em saúde de Caxias-MA, precisamente na Unidade Básica de Saúde (UBS) Baixinha, visto que a maioria dos pacientes não tem informações suficientes sobre os riscos da DRC e que pertencem a esse grupo. Este plano de ação tem o objetivo de sensibilizar pacientes com diabetes e hipertensão pertencentes à UBS Baixinha através da educação em saúde em relação aos fatores de riscos para DRC. E, que se possa favorecer a sensibilização, ampliação do conhecimento, boas práticas e cuidados, capacitação adequada e a literacia em saúde em relação aos fatores de riscos para DRC em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados por ela.



Trata-se de um plano de ação, por meio de ações educativas a serem realizadas na comunidade da Baixinha em Caxias-MA, no período de fevereiro a março de 2016 com apoio de instituições públicas, privadas e filantrópicas. Para elaboração deste foram descritas em três etapas: diagnóstico situacional, revisão de literatura e elaboração do plano de ação. Os resultados esperados são: sensibilização de 100% dos pacientes, ampliação dos conhecimentos, capacitação adequada à realidade em que vivem e estimulação da literacia em saúde. Contudo, o trabalho em equipe e a participação da comunidade são essenciais para a realização das ações propostas pelo estudo e na efetivação das ações previstas.

Palavras-chave: Educação em saúde. Doenças renais. Prevenção de doenças.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica e de alguns setores da saúde, já que há uma elevada prevalência sendo demonstrada em estudos recentes e em dados estatísticos epidemiológicos. Muitas das vezes a ausência de sintomas nos pacientes que se encontram nos estágios iniciais da DRC exige que os profissionais de saúde mantenham sempre um nível adequado de suspeição, especialmente naqueles pacientes com fatores de risco para DRC, principalmente os hipertensos e diabéticos (BASTOS; KIRSZTAJN, 2011).

Conforme Junior (2004 p. 01) a DRC consiste em:

[...] uma lesão renal e perda progressiva e irreversível da função dos rins (glomerular, tubular e endócrina). Em sua fase mais avançada (chamada de fase terminal de insuficiência renal crônica - IRC), os rins não conseguem mais manter a normalidade do meio interno do paciente.

Atualmente, duas das principais causas da DRC são diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS). Segundo o Ministério da Saúde, no Brasil, hipertensão e diabetes representam as causas da DRC em 26% e 18% dos pacientes em tratamento dialítico, respectivamente. Uma das ferramentas eficaz para o combate a DRC é a educação em saúde com acesso a informação, o diagnóstico precoce e o encaminhamento imediato para o nefrologista são etapas essenciais no manuseio desses pacientes, pois possibilitam a educação pré-diálise e a implementação de medidas preventivas que retardam ou mesmo interrompem a progressão para os estágios mais avançados da DRC, assim como diminuem morbidade e mortalidade iniciais (TRAVAGIM; KUSUMOTA, 2009).

Para que isso possa acontecer efetivamente é necessário e fundamental que a Atenção Primária em Saúde (APS) através das Equipes Saúde da Família (ESF) façam um trabalho de educação em saúde eficaz e eficiente buscando a literacia em saúde, pois conforme Brasil (2012, p. 19) a atenção básica caracteriza-se por:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades.

E, a literacia em saúde é, na verdade, um conjunto de competências cognitivas e sociais, e capacidade dos indivíduos para ganharem acesso a compreenderem e a usarem as informações recebidas de

forma que promovam e mantenham sua saúde. E ainda, é a capacidade para tomar decisões em saúde fundamentadas, no decurso da vida do dia a dia, que pode ser em casa, na comunidade, no local de trabalho, no mercado, na utilização do sistema de saúde, no contexto político e com isso possibilita o aumento do controle das pessoas sobre sua saúde, sua capacidade para procurar informação e para assumir responsabilidades (LOUREIRO e cols, 2013).

A educação está presente a todo o momento na vida do ser humano. Ela prevê interação entre as pessoas envolvidas dentro do contexto educativo e destas com o mundo que as cerca, visando a modificação de ambas as partes. Assim, no contexto da DRC as ações educativas em saúde passam a ser definidas como um processo que objetiva capacitar indivíduos ou grupos para contribuir na melhoria das condições de vida e saúde da população, devendo ainda estimular a reflexão crítica das causas dos seus problemas bem como das ações necessárias para sua resolução (MACIEL, 2009).

A DRC pode ser muito grave, daí a importância da detecção o mais cedo possível. Ela pode acometer qualquer pessoa, mas é mais comum em pessoas com diabetes e em pessoas hipertensas. A gravidade da DRC está relacionada ao grau de distúrbios fisiológicos, morfológicos, diagnóstico precoce e hábitos de vida de uma pessoa. Prevenir a progressão da insuficiência renal é necessário para avaliar e prever a qualidade dos cuidados e de vida da pessoa (MORSHC; GONÇALVES; BARROS, 2005).

Um modo produtivo na prevenção dessa progressão é a educação em saúde na busca pela literacia em saúde nessas pessoas, alguns dos instrumentos que ajudam no alcance da literacia em saúde são: ótima relação entre profissional e cliente, equipe e comunidade adquirida através da confiança; atividades educativas abordando temas do cotidiano e trazendo informações pertinentes a respeito da prevenção da DRC; rodas de conversa; dinâmicas; estudos de caso; exposição de filmes e/ou documentários sobre DRC, sendo que todas essas ações sejam planejadas, organizadas e viabilizadas pela equipe saúde da família da Baixinha com os parceiros institucionais e a comunidade, sem desconsiderar o público hipertenso e diabético.

3 JUSTIFICATIVA

Este plano de ação se justifica pela necessidade de se trabalhar a questão da educação em saúde e auto-cuidado em pacientes potencialmente em risco para DRC, como diabéticos e hipertensos na atenção primária em saúde de Caxias-MA. Tendo em vista que atuo como Enfermeiro na Estratégia Saúde da Família da Baixinha, onde temos um grande quantitativo de pacientes diabéticos e

hipertensos, onde a maioria não tem informações suficientes sobre os riscos da DRC e que pertencem a esse grupo.

Desse modo, é importante que os profissionais de saúde estejam desenvolvendo habilidades e práticas em educação em saúde para melhor adesão, desses pacientes, ao tratamento de diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS), auto-cuidado, obtenção da literacia em saúde, alimentação saudável e outros.

A educação em saúde tem uma importante contribuição para as ações de saúde de forma ampla e poderá ser efetuada em diversos locais, temas e públicos, sendo ainda de baixo custo, eficaz, eficiente e poderá considerar crenças, valores e práticas dos pacientes em prol da qualidade de vida e diminuição do risco para DRC.

4 OBJETIVOS

4.1 GERAL

- ✓ Sensibilizar pacientes com diabetes e hipertensão da unidade básica de saúde Baixinha em Caxias-MA através da educação em saúde em relação aos fatores de riscos para doença renal crônica.

4.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Realizar atividades educativas que contenham informações, práticas e cuidados para evitar a doença renal crônicas nesses pacientes.
- ✓ Orientar pacientes com diabetes e hipertensão sobre as práticas de uma vida saudável e de qualidade.
- ✓ Capacitar os pacientes com diabetes e hipertensão sobre a importância do tratamento adequado dessas patologias, do auto-cuidado, dieta e dos riscos para DRC.

5 METAS

- ✓ Favorecer a sensibilização através da educação em saúde em relação aos fatores de riscos para doença renal crônica em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Baixinha.

- ✓ Ampliar o conhecimento dos pacientes hipertensos e diabéticos através de atividades educativas para evitar a doença renal crônica.
- ✓ Estimular a prática de vida saudável e de qualidade.
- ✓ Capacitar 100% dos pacientes com diabetes e hipertensão sobre a importância do tratamento adequado dessas patologias, do auto-cuidado, dieta e dos riscos para DRC.

6 METODOLOGIA

Este Plano de Ação incluirá todos os pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Baixinha, situada na rua 19 de abril, s/n no bairro Baixinha em Caxias-MA. No referido serviço, tem-se um grande quantitativo de pacientes diabéticos, cerca de 90 pacientes e hipertensos com cerca de 220 pacientes, onde a maioria não tem informações suficientes sobre os riscos da DRC e de que pertencem a esse grupo, isso é um fator considerável de adoecimento e de risco para DRC e suas complicações nesse grupo de pacientes.

Para elaboração da proposta do plano de ação para o acompanhamento de pacientes portadores de HAS e Diabetes Mellitus, inscritos na ESF da Baixinha, foram descritas três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação.

O diagnóstico situacional ocorre na prática profissional da equipe saúde da família após observação da deficiência de conhecimentos, práticas e cuidados que esses pacientes têm em relação ao risco de DRC.

Realizou-se uma pesquisa bibliográfica que caracterizou a questão da educação em saúde como ferramenta para diminuição dos riscos para DRC em hipertensos e diabéticos. Sendo necessária a elaboração e utilização de um plano de ação que intervenha nessa realidade, proporcionando um impacto positivo na vida desses pacientes. Para esta revisão, optou-se pelos seguintes critérios: publicações em português, utilizando as palavras-chaves educação em saúde, literacia em saúde e hipertensão e diabetes; artigos, dissertações e teses publicadas no período de 2010 a 2015, e as bases de dados utilizadas foram scielo, bireme, bvs, Google acadêmico e BDTD além dos dados quantitativos e qualitativos obtidos no Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) e E-SUS.

As ações/intervenções acontecerão no período de fevereiro de 2016 a março de 2016, após apresentação e aprovação da banca examinadora deste. E poderão acontecer em espaços públicos

como: a UBS, escolas, igrejas, praças etc. Após ampla divulgação na comunidade através de carros de som, informes e avisos dos ACS's.

Essas atividades educativas terão período mínimo 50 minutos na proporção de uma atividade educativa semanal, durante 08 semanas, sempre na sexta-feira, a partir da 8h, onde serão abordados os seguintes temas: conceito de DRC, riscos para DRC, análise epidemiológica da DR na comunidade, política nacional ao portador de DR atendimento e acolhimento aos pacientes diabéticos e hipertensos na UBS, prevenção às DR, nutrição e alimentação saudável, importância do acompanhamento profissional e tratamento adequado, auto-cuidado e atividade física.

Serão utilizadas nas ações, como parte pedagógica, exposição de vídeos, textos, depoimentos, músicas, teatro e outras que ilustrem fatos relacionados ao risco da DR. Ainda, serão utilizados jogos, dinâmicas, conversa aberta, leitura e trocas de experiências.

7 CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

Atividades	Jan/2016	Fev/2016	Mar/2016	Abr/2016	Mai/2016
Apresentação do plano de ação a Equipe Saúde da Família	X	X			
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X
Planejamento das atividades educativas	X	X	X		
Busca de parcerias	X	X	X		
Divulgação das atividades educativas na área de cobertura		X	X		
Realização das atividades educativas		X	X		
Avaliação das atividades educativas				X	

Divulgação dos dados obtidos das atividades educativas					X
--	--	--	--	--	---

8 IMPACTOS ESPERADOS

- ✓ Sensibilização dos pacientes com diabetes e hipertensão da unidade básica de saúde Baixinha em Caxias-MA através da educação em saúde em relação aos fatores de riscos para doença renal crônica.
- ✓ Ampliação do conhecimento, efetivação de práticas e cuidados que evitem a doença renal crônicas nesses pacientes.
- ✓ Capacitação adequada desses pacientes sobre as práticas de uma vida saudável e de qualidade.
- ✓ Orientação sobre a identificação dos fatores de riscos para DRC e na intervenção destes.
- ✓ Estimular a literacia em saúde em relação à importância do tratamento adequado dessas patologias, do auto-cuidado, dieta e dos riscos para DRC.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Baixinha era basicamente voltada apenas para consultas de enfermagem, consultas médicas, acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na UBS e no domicílio, centradas na patologia de base, sem sensibilização ao risco de DRC com efetividade. Muitas atividades educativas são realizadas, mas não há algo voltado para o risco da DRC em hipertensos e diabéticos, e não há avaliação da adesão ao tratamento medicamento desses usuários. Informalmente alguns profissionais comentam sobre este aspecto quando se enfrenta dificuldades com algum caso em particular.

O trabalho em equipe é essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A equipe deve ser participativa, e o trabalho dos ACS é o que merece destaque, pois ele é o elo entre a equipe e a comunidade, uma vez que estão diretamente na área de abrangência da UBS, mobilizam os usuários para a participação na atividade educativa. A participação da comunidade na intervenção também é importante para a efetivação das ações previstas.

REFERÊNCIAS

BASTOS, A. G. KIRSZTAJN, G. M. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. 2011; 33(1): 93-108.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

JUNIOR, J. E. R. Doença renal crônica: definição, epidemiologia e classificação. *Jornal Brasileiro de Nefrologia*. Vol. 26 n° 03 – Jul/Ago/Set de 2004.

LOUREIRO, L. M. J. BARROSO, T. M. M. D. A. MENDES, A. M. O. C. RODRIGUES, M. A. OLIVEIRA, R. A. R. OLIVEIRA, N. R. N. Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. *Revista de Enfermagem. Escola Ana Nery*. 2013 jul - set; 17 (3): 474-481.

MACIEL, M. E. D. Educação em saúde: conceitos e propósitos. *Revista Cogitare Enfermagem*. 2009 Out/Dez; 14(4): 773-6.

MORSHC, C. GONÇALVES, L. F. BARROS, E. Índice de gravidade da doença renal, indicadores assistenciais e mortalidade em pacientes em hemodiálise. *Revista associação médica brasileira*. 2005; 51(5): 296-300.

TRAVAGIM, D. S. A. KUSUMOTA, L. Atuação do enfermeiro na prevenção e progressão da doença renal crônica. *Revista de enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro*, 2009 jul/set; 17(3): 388-93.

Capítulo 35

ARTICULANDO A INTEGRAÇÃO ENSINO-SERVIÇO- COMUNIDADE: RELATO E AVALIAÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA DE DEZ ANOS DE INTERNATO RURAL EM UM MUNICÍPIO MINEIRO.

[DOI: 10.37423/200400681](https://doi.org/10.37423/200400681)

Gonçalves, Flavia Rodrigues (Nutricionista. Especialista em Gestão da Clínica. Coordenadora da Atenção Primária do município de Piranga).

frodriguesnut@yahoo.com.br

Kurimoto, Teresa Cristina Silva (Enfermeira e Psicóloga, Doutoranda em Enfermagem, Professora Assistente da Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais).

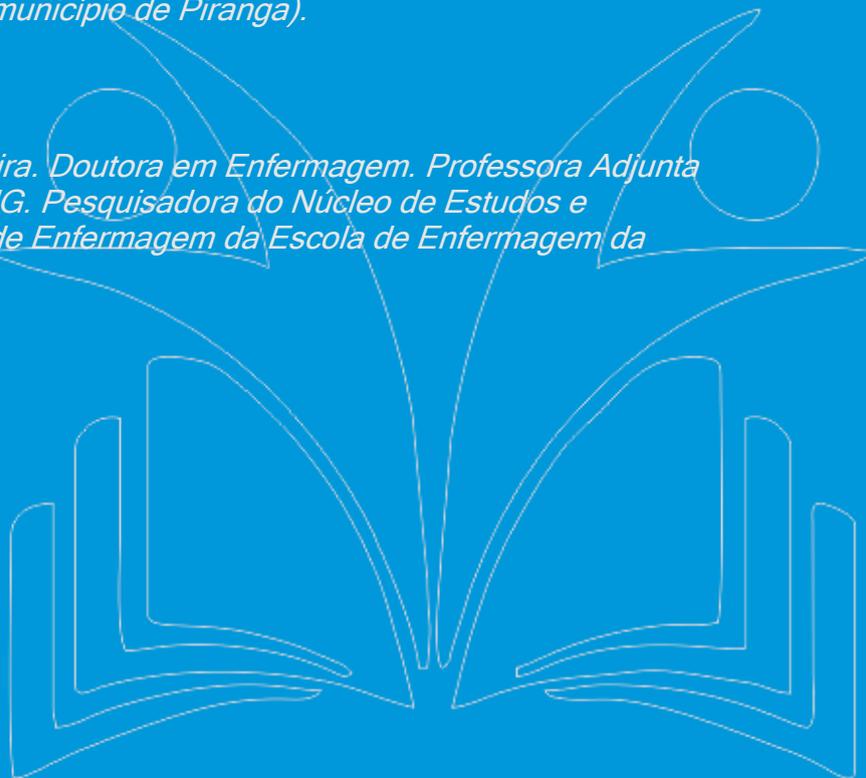
teresac@fcm.unicamp.br

Rezende, Paulo César Araújo (Odontólogo. Especialista em Gestão da Clínica. Secretário Municipal de Saúde do município de Piranga).

pcpiranga@yahoo.com.br

Silveira, Marília Rezende (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG. Pesquisadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Ensino e Prática de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG).

lilasilveira@hotmail.com



INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da população por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) se concretiza com uma concepção de saúde que privilegia as ações, de promoção à saúde e preventivas, às curativas. O SUS constitui-se hoje por rede de serviços de saúde ⁽¹⁾ e está relacionado à concepção ampliada de saúde e a um novo modelo de atenção dela decorrente. Mais que isso, “constitui uma das manifestações de um conjunto de "necessidades sociais" de saúde, as quais portam um caráter ético-moral que defende a saúde como direito de todo cidadão⁽²⁾”. Nesse contexto, situamos a formação do enfermeiro, profissional atuante no SUS, **a qual** deve ser coerente com as transformações em curso no setor saúde. Sabe-se que sua formação para atuar em Saúde Coletiva é um passo decisivo para a melhoria da qualidade de vida da população. A qualidade de vida está intrinsecamente ligada às ações preventivas e de educação em saúde. Nesse sentido, o enfermeiro, como profissional voltado ao cuidado e as ações preventivas em saúde requer uma formação que privilegie a realidade das ações da Atenção Primária em Saúde hoje implementada em todo o território nacional. Um cuidado pautado na integralidade das ações e na interdisciplinaridade como estratégia que busca a conformação dessas ações por sua complexidade. Para tanto, faz-se necessário construir modelos de ensino cujas práticas pedagógicas possibilitem a compreensão da integralidade do cuidado⁽³⁾ e a prática do trabalho interdisciplinar, que estimule o senso crítico do discente e que permita a esse aluno aquisição de habilidades para promover um bem estar integral para o outro. Nesse contexto, a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais re-introduziu no ano 2000 a disciplina Estágio Curricular I, na modalidade Internato Rural, buscando mudanças nas práticas pedagógicas da formação do enfermeiro. O objetivo desse trabalho é relatar e avaliar uma experiência de dez anos vivenciada na disciplina Estágio Curricular I, uma parceria instituída no ano de 2001 entre a Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e o município mineiro de Piranga.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de relato de experiência ocorrida no período agosto/ 2001 a março/ 2011 do Estágio Curricular I – Internato Rural. Ao longo desse período, semestralmente, uma dupla de alunos do 8º período de graduação em Enfermagem foi encaminhada ao município de Piranga-MG. Para esse relato foram levantados e organizados todos os dados referentes à atuação dos alunos no município fornecendo uma visão geral da produção obtida nesses dez anos de parceria. A partir desses dados foi realizada uma avaliação buscando identificar a contribuição efetiva para os atores envolvidos

(comunidade, profissionais, Município, discente, docente, Escola de Enfermagem e a Universidade) e os limites dessa experiência.

A EXPERIÊNCIA

O Estágio Curricular I tem o objetivo “resgatar o conteúdo teórico-prático já ministrado nos sete períodos anteriores do curso, através do desenvolvimento de atividades assistenciais, administrativas-gerenciais, educativas e de investigação em enfermagem, nos Serviços da Rede Básica de Saúde”⁽⁴⁾. Os alunos devem planejar, executar e avaliar ações de saúde em parceria com profissionais e gestores municipais sob supervisão direta de um enfermeiro atuante no Programa de Saúde da Família (PSF) e de um docente da UFMG que acompanha todo o processo educacional, em supervisão presencial, porém, não diária. O Estágio tem carga horária 450 horas, podendo ser desenvolvido na rede básica de saúde em Belo Horizonte ou municípios do interior do estado. Para cada município são alocados dois alunos. Cabe ao município estar habilitado para Estratégia de Saúde da Família. Cabe-lhe, ainda, prover apoio físico-financeiro ao desenvolvimento do Estágio. O convênio com o município de Piranga – MG iniciou-se em agosto/2001 estando em vigor. Nesses dez anos, residiram 20 duplas de graduandos em Enfermagem. Piranga situa-se no sudeste de Minas. Possui uma área de 675Km²⁽⁵⁾ na qual residem 17.230 habitantes⁽⁶⁾ sendo 63% moradores da zona rural⁽⁷⁾. Conta atualmente com seis Equipes de Saúde da Família (ESF) ⁽⁸⁾. Cada aluno é alocado em uma equipe onde permanece durante todo o Estágio. Sua atuação deve ser subsidiada por um diagnóstico administrativo e de saúde que ele realiza. A partir da análise desse diagnóstico o aluno elabora uma proposta de intervenção. Tal proposta é apresentada aos gestores municipais e profissionais das equipes do município com o objetivo de suscitar discussões e conseqüentes adequações além de viabilizar pactuação para a execução e continuidade da mesma. O projeto de intervenção contém ações assistenciais de curto, médio e longo prazo cumprindo requisitos: nome, logomarca, recursos necessários (a serem negociados pelo aluno), descrição das ações e responsáveis, mecanismos e indicadores de avaliação. Ao final do período do Estágio os resultados são apresentados e discutidos no município e posteriormente na Escola de Enfermagem com os demais docentes e discentes.

RESULTADOS

Foram elaborados 25 projetos sendo 53,5% voltados para a atenção a saúde da população em seus problemas mais prevalentes; 38,5% estratégias de educação em saúde e dois grandes projetos (8.0%) realizaram diagnósticos situacionais de saúde. Desses destaca-se o Projeto Interagindo, caracterizado

por uma perspectiva avaliativa, desenvolvido quando Piranga completou cinco anos de implantação da Estratégia Saúde da Família. Muitos desses projetos privilegiaram a intersetorialidade com setores governamentais (Secretarias Municipais de Educação e de Cultura) e com organização não-governamental (ONG Movimento Ecológico e Cultural do Vale do Piranga - Equipiranga).

Para além dos dados numéricos dos indicadores de saúde municipais ao serem considerados os limites e aspectos positivos desses dez anos de parceria duas categorias emergiram. 1- **O saber e sua construção em parceria.** O Estágio Curricular I é uma experiência de construção de saber. Essa experiência contribuiu para: amadurecimento e formação ética do aluno; relação professor-aluno privilegiada e efetiva parceria; prática da interdisciplinaridade e intersetorialidade além de contribuir com o processo de educação continuada dos profissionais inseridos nas ESF. Como limites encontram-se o fato de que sucesso depende do investimento do aluno, docente e Município; constante reavaliação da relação custo-benefício pelo município. Entretanto, se consideramos os atores envolvidos nessa experiência o elemento que conjuga essas diferentes instâncias é o saber. A disciplina Estágio Curricular I configura-se num ousado projeto de ensino-aprendizagem que institui o Município como sala de aula. Uma sala de aula na qual a dicotomia teoria/prática ganha possibilidade de ser resignificada. A instituição formadora, em seus representantes docente e discente, experiencia no cenário do Município as discrepâncias entre o preconizado e o que está efetivamente sendo praticado. Descobre-se nessa experiência a possibilidade de compreender o significado dessas discrepâncias e, indo além, interpelar a teoria, construir novos fazeres. Fazeres que se sustentarão por novos saberes, contextualizados e possíveis, em sintonia com a cultura local. Saberes frutos de algum consenso entre o ideal e o possível. Saberes instituídos, para no momento seguinte, com novos olhares, transformar-se num saber inquieto, posto que novos problemas de saúde virão interpelá-lo. 2- **O Estágio Curricular I e a perspectiva de continuidade.** Muito tem sido discutido acerca do conceito de continuidade do cuidado^(9, 10). Esse conceito vem sendo aplicado a situações assistenciais. Porém, pode-se afirmar que a experiência dessa parceria pode ser compreendida a partir dos requisitos articulados ao conceito de continuidade. A despeito de haverem alunos diferentes, gestores diferentes, **profissionais diferentes integrando as equipes** e docentes diferentes, dez anos de trabalho **só foram** possíveis por haver continuidade e coerência de informações entre os envolvidos, pela construção de efetivo trabalho interdisciplinar embasado nessa comunicação. Foi fundamental que os envolvidos se mostrassem flexíveis para que o novo pudesse ser construído, foi essencial que profissionais e alunos se dispusessem a executar projetos nem sempre idealizados por eles. Enfim, a existência de relações

profissionais entre docentes, gestores, profissionais - nas quais os alunos se investiam - cuidadosamente construídas tornam-se uma base sólida sobre a qual o processo ensino aprendizagem vem sendo construído.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência do Internato Rural tem sido uma das estratégias mais significativas da UFMG na formação de recursos humanos em saúde. A inserção dos alunos na Atenção Primária por um período letivo tem possibilitado o desenvolvimento de habilidades e competências necessárias para intervir no processo saúde - doença junto às comunidades, segundo os pressupostos do SUS. Cabe destacar que os enfermeiros e **gestores** participam deste processo como atores fundamentais e co-participantes dessa experiência **contribuindo igualmente** para a configuração de práticas de ensino, atenção à saúde, pesquisa e formação de recursos humanos. Ao considerar essa experiência como exitosa incluímos todos os limites impostos pelo processo de construção de uma parceria entre Universidade e Comunidade. Os limites, por um lado funcionam como tal, entretanto, por outro, mantêm essa proposta numa condição de 'inquieta produção'. Sabe-se que a construção de um Sistema de Saúde no qual a qualidade da atenção tenha destaque requer um investimento contínuo e conjunto.

Palavras-chave— Sistema Único de Saúde, Bacharelado em Enfermagem, Enfermagem em Saúde Pública.

Área temática: Políticas e práticas de Educação e Enfermagem

1. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema único de Saúde: princípios e conquistas. Brasília: 2000.
2. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. Cad. Saúde Pública [online]. 2001, 17(1), pp. 233-241.
3. Silva KL, Senna RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2008, 42(1), pp. 48-56.
4. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. Programa da disciplina Estágio Curricular I – Internato Rural. 2011.
5. IBGE cidades. Piranga. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=315080#>. Acesso em 12/02/2011.

6. Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Acompanhamento Municipal dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (Portal ODM). Relatório Dinâmico MG- Piranga. 2010. Disponível em; www.portalodm.com.br .
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Cadernos de Informação a Saúde. Piranga- MG. 2009.
8. Brasil. DATASUS. Tab-net. Piranga. Consulta realizada em 2011. Disponível em: tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/MG/MG_Piranga_Geral.xls.
9. Freeman G, Shepperd S, Robinson I, Ehrich K, Richards S. Continuity of Care: Report of a Scoping Exercise Summer 2000 for the SDO Programme of NHS R&D. London: NCCSDO, 2001. www.sdo.lshtm.ac.uk
10. Freeman GK, Olesen F and Hjortdahl P. Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Practice* 2003; 20: 623–627.

Capítulo 36

DISCUTINDO A SEGURANÇA DO PACIENTE EM OFICINAS ITINERANTES MULTIDISCIPLINARES NOS HOSPITAIS DA REDE PÚBLICA DE SALVADOR

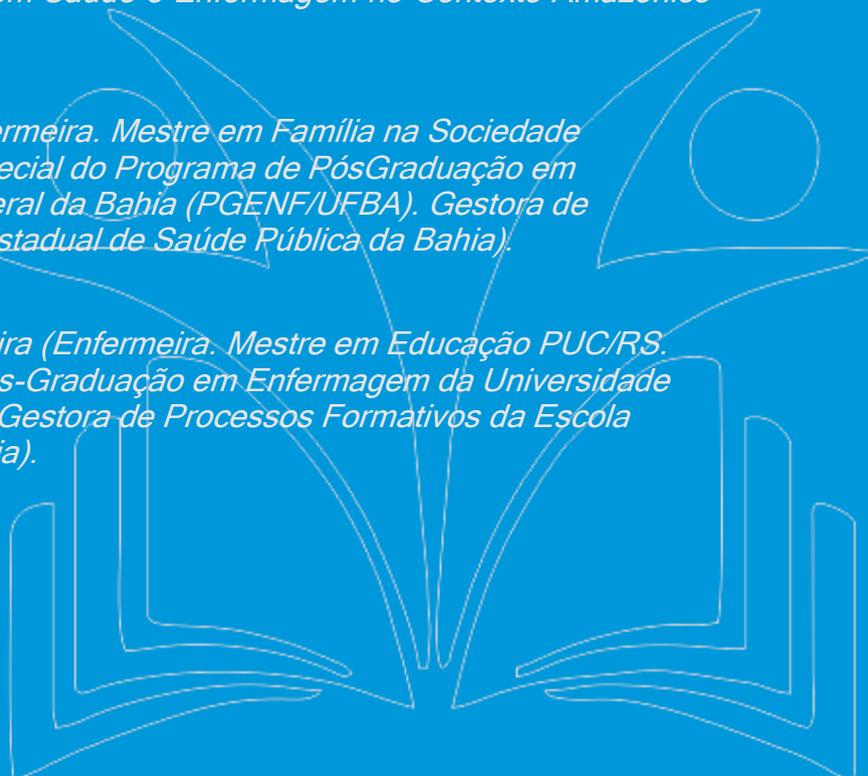
[DOI: 10.37423/200400682](https://doi.org/10.37423/200400682)

Lília Pereira Lima (Enfermeira. Mestre em Gerenciamento de Serviço de Enfermagem UFBA. Gestora de Processos Formativos da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia. Coordenadora do Curso de Atualização em Segurança do Paciente. Aluna Especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PGENF/UFBA).

Aline Macedo de Queiroz (Docente na Faculdade de Enfermagem da UFPA. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PGENF/UFBA). Membro do Grupo De Estudos E Pesquisa Em Administração Do Serviço De Enfermagem - GEPASE e Educação, Formação e Gestão para a Práxis do Cuidado em Saúde e Enfermagem no Contexto Amazônico (EDUGESPEN/UFPA).

Noemi Cristiane Firpo Fontes (Enfermeira. Mestre em Família na Sociedade Contemporânea UCSal. Aluna Especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PGENF/UFBA). Gestora de Processos Formativos da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia).

Adriana Brendler Romano de Oliveira (Enfermeira. Mestre em Educação PUC/RS. Aluna Especial do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PGENF/UFBA). Gestora de Processos Formativos da Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia).



INTRODUÇÃO

A segurança do paciente (SP) tem sido discutida nos últimos tempos com ênfase nas repercussões negativas que as práticas assistenciais, a gestão dos serviços, as questões éticas e jurídicas têm gerado. Historicamente sabe-se que a preocupação com a segurança do paciente existe desde os primórdios das práticas médicas e assistenciais. Em 1850, os estudos voltados para o controle das infecções, realizados pelo médico Ignaz Semmelweiss trouxeram à tona uma forte necessidade de repensar ações individuais. Em 1854, as práticas voltadas para a higiene durante o cuidado, instituídas por Florence Nightingale revolucionaram a vida das pessoas que eram cuidadas e trouxe significativo avanço para as práticas de cuidado da Enfermagem. Estudos não menos importantes, realizados desde o início do século, vem possibilitando reconhecer que é possível causar danos nas instituições de saúde. A significativa ocorrência de fatos documentados e divulgados na mídia e redes sociais gerou, em 2002, o Programa Mundial para a Segurança e Monitoramento de Pacientes da Organização Mundial de Saúde e uma revisão internacional de condutas relacionadas com a segurança do paciente. Iniciativas como a criação da Rede Brasileira de Enfermagem para a Segurança do Paciente (REBRAENSP) que promove estudos, divulgação, acompanhamento e mudança de cultura têm trazido benefícios e avanços para a Enfermagem. Em 01/04/13, o Ministério da Saúde do Brasil institui através da Portaria 529, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e determina a obrigatoriedade da constituição de Núcleos de Segurança do Paciente nos serviços de saúde públicos e privados e tem como meta inicial a implementação de um sistema seguro de notificação de eventos adversos que venham a ocorrer nestes serviços¹. Sabe-se que a inclusão de novas práticas requer conhecimento e mudança de atitude e de cultura. Diante deste contexto e da necessidade de melhorar as práticas no Sistema Único de Saúde (SUS), a Escola Estadual de Saúde Pública da Bahia, formadora de recursos humanos da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) incluiu, no seu catálogo de cursos, a proposta inovadora de realização de um curso itinerante nos hospitais da rede SUS em Salvador. O curso teve como objetivo divulgar um conjunto de ações que identifiquem ou previnam a ocorrência de eventos adversos possibilitando que os discentes atuem como multiplicadores das boas práticas que garantam a SP, a fim de diminuir a existência de eventos adversos e erros assistenciais. Para iniciar o processo definiu-se que não seria divulgado um edital de seleção para escolha dos discentes. Quatorze hospitais de Salvador e região metropolitana, receberam uma carta convite solicitando indicação dos profissionais graduados. Não foram incluídas, nesta fase piloto, as maternidades. O critério para a indicação foi que os profissionais deveriam fazer parte do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP), do Núcleo de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (NUGTES) e/ou da Comissão

de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Apesar do convite para a participação do curso ter sido enviado no mês de setembro e a Portaria ter sido instituída em abril, verificou-se que apenas um serviço possuía NSP multidisciplinar formado e atuante e outra instituição possuía o NSP instituído, porém não atuante. Durante contato telefônico, para esclarecimento de dúvidas sobre questões técnicas relacionadas ao curso, percebeu-se que a SP não era prioridade nas instituições de saúde. O número de vagas disponibilizadas para a realização do curso ocorreu conforme o porte do hospital. Quarenta e seis alunos matricularam-se dentre as cinquenta vagas disponibilizadas. A proposta de realização das oficinas itinerantes possibilitaria a indicação de mais 05 (cinco) profissionais atuantes em cada serviço sede de oficina, facultando a disseminação do conhecimento, a ampliação do debate e a inclusão de novos atores.

Este texto visa descrever o projeto político pedagógico (PPP) do curso de atualização em SP e suas contribuições para os egressos. Trata-se de um relato de experiência, que utiliza método descritivo para apresentar o PPP do curso e seus benefícios para os discentes. O curso apresentava-se com 60 horas de carga horária total, caracterizadas como momentos de reflexão e discussão de temas e/ou situações-problema. Uma vez que os discentes que participaram do curso eram os profissionais da rede, sua práxis cotidiana embasou a proposta pedagógica e a escolha da metodologia da problematização para a realização das oficinas, realizando-se uma análise crítica e um movimento de ação-reflexão-ação².

As oficinas possibilitaram que os discentes observassem os outros serviços favorecendo a reflexão. O movimento de ação-reflexão-ação induz às mudanças das práticas nos espaços de trabalho. Metodologias ativas foram utilizadas nas oficinas e o método da problematização foi utilizado em maior frequência: a análise da realidade foi discutida em grupo utilizando-se as vivências e experiências de cada profissional que através da fala tornavam explícitas sua visão, seus conhecimentos e concepções acerca do problema em debate, levando-o a Identificação dos pontos chave. A utilização de uma teoria foi utilizada para embasar a construção do “fazer”. A experiência do grupo possibilitou a formulação de propostas de intervenção e possibilidades de aplicação ao retornar para o serviço de origem.

As oficinas geraram impressos e a apresentação de ficha de notificação de eventos adversos, dentre outros produtos. Gerou, também, integração entre os membros dos NSP da rede. O curso foi bem avaliado pelos discentes que apontaram a importância da participação dos gestores na construção da mudança de cultura e a disponibilização de recursos para que as sugestões possam ser postas em

prática. A avaliação contempla recursos, mediação, atendimento aos objetivos propostos, possíveis impactos a serem alcançados através do conteúdo ministrado, dentre outros.

Cada hospital apresentou um relatório e ao final do curso identificou-se, no discurso dos discentes, que o profissional é sujeito construtor de sua práxis. Concluíram que maioria dos erros são preveníveis quando se tem estrutura adequada, processos bem gerenciados, gestores e profissionais comprometidos com a cultura da segurança e da notificação de erros e eventos adversos. Os discentes descreveram a relevância das discussões para a conscientização; reconheceram de forma positiva, em seus relatórios, que a realização do curso multidisciplinar para abordar este tema é relevante, apontando benefícios para a equipe de Enfermagem como melhora na comunicação e reconhecimento profissional.

DESCRITORES: Segurança do Paciente, Enfermagem, Educação

Capítulo 37

A TEORIA DO CONHECIMENTO NA FORMAÇÃO DE DOCENTES EM ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400683](https://doi.org/10.37423/200400683)

Keysse Suelen Fidelis de Mesquita (Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFAL. Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria/UPE).

keyssesuelen@gmail.com

Erika Maria Araujo Barbosa de Sena (Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFAL. Especialista em Enfermagem do Trabalho/FACINTER/UNINTER.

Servidora do HUPAA/UFAL).

erikasenaenf@gmail.com

Fabiani Tenório Xavier (Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFAL).

fabianitenorio@hotmail.com

Talita Lúcio Chaves Vasconcelos (Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFAL).

talitaluciochaves@hotmail.com

Natália Palmoni Medeiros Dantas (Enfermeira. Mestre em Enfermagem/UFAL. Especialista em Saúde da Mulher/UNCISAL).

nataliapalmoni@hotmail.com



INTRODUÇÃO

O presente estudo trata-se de um relato de experiência desenvolvido por enfermeiras durante o período do Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem e Farmácia/Esenfar da Universidade Federal de Alagoas/Ufal. A importância e a necessidade de aprofundamento teórico e filosófico sobre a Teoria do Conhecimento é o objeto de estudo deste relato. O mesmo surgiu mediante desenvolvimento de um trabalho durante a disciplina de Metodologia da Pesquisa em Saúde, em decorrência da importância e complexidade do conteúdo, além das dificuldades encontradas pelas mestrandas no que concerne à necessidade de aprofundamento teórico e filosófico sobre a Teoria do Conhecimento. Deste modo, por Teoria do Conhecimento, entende-se ser esta uma disciplina da Filosofia que indaga as possibilidades do conhecimento, origem, essência e limites, pelos seus elementos e condições¹. A Teoria do Conhecimento é uma interpretação e uma explicação filosóficas sobre o conhecimento humano². Aborda não somente a natureza e as fontes de conhecimento, mas, sobretudo, as formas de validá-lo, reconhecido cientificamente como o maior desafio desta teoria³. Por mais espetaculares que sejam os resultados alcançados pelas ciências, o que se conhece é muito pouco em comparação com tudo o que falta ao homem saber, conhecer. Levanta outra questão, se o que conhecemos é verdadeiro, e ainda mais, se temos a certeza de que o é. Essa Teoria trata exatamente dessa busca pelo saber e seu critério da verdade, visto que a essência do conhecimento está estreitamente ligada ao conceito de verdade. O processo de aprendizagem, durante a disciplina de Metodologia da Pesquisa em Saúde, apresentou-se de certo modo dificultoso, por exigir do aluno a capacidade e desenvoltura reflexiva, a imersão e a compreensão de outras correntes filosóficas de pensamento, sendo estas distintas entre os filósofos sobre as respostas suscitadas por esta teoria.

OBJETIVO

Descrever a experiência de um grupo enfermeiras a respeito dos estudos e buscas por compreensão da Teoria do Conhecimento.

METODOLOGIA

Relato de experiência, descritivo, construído por enfermeiras no período que frequentaram o Mestrado em Enfermagem na ESENFAR/UFAL. O caráter descritivo deste estudo dá-se pelo fato do interesse em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los⁴. Além disso, os estudos descritivos procuram descobrir e classificar a relação entre variáveis, os quais

propõem investigar “o que é”, ou seja, a descobrir as características de um fenômeno como tal⁴. O cenário do estudo foi a ESENFAR, onde foram prestadas as aulas do curso de Mestrado em Enfermagem da UFAL. O instrumento do estudo foi o livro de Johannes Hessen: "A Teoria do Conhecimento".

RESULTADOS

A elaboração e a concretização do estudo ocorreram durante o período de duas semanas, no mês de abril de 2014. O estudo foi dividido em duas fases: a primeira ocorreu a partir da divisão da turma em três grupos, nos quais cada grupo responsabilizou-se por abordar as características dos componentes da Teoria: a possibilidade, a essência, a origem, o tipo do conhecimento e o critério da verdade. Nesta etapa de categorização das temáticas, cada grupo debruçou-se ao estudo, buscando, inclusive, o auxílio de dicionários, como estratégia facilitadora para a compreensão de termos desconhecidos, e discutindo os conteúdos em grupo. A segunda fase transcorreu com a apresentação de três Seminários, por parte dos grupos, anteriormente distribuídos, durante momentos da disciplina já referida. Para se alcançar a compreensão do conteúdo, fez-se necessária a elaboração de estratégias que facilitassem o aprendizado. Para isso, as mestrandas elaboraram, inicialmente, placas com os principais conceitos filosóficos, bem como esquematizaram, detalhadamente, cada linha de pensamento filosófico trazido por Johannes Hessen em sua obra. O instrumento utilizado neste estudo permitiu a reflexão crítica sobre a Teoria do Conhecimento. O livro apresenta o método fenomenológico a serviço da Teoria do Conhecimento, permitindo, assim, a compreensão dos problemas do conhecimento e as diferentes possibilidades de solução. O período de construção e apresentação dos Seminários viabilizou a condução do processo ensino-aprendizagem das mestrandas, que após discussões em grupo diversas, atingiu a esperada compreensão sobre a possibilidade, origem, essências, tipos de conhecimento e critério da verdade. Destarte, propiciou-se o desenvolvimento de habilidades, nas mestrandas, para o emprego do discutido conhecimento na produção de pesquisas científicas na Enfermagem, facilitando o delineamento das linhas de pensamento filosóficos na produção destas pesquisas, de modo a fazê-las ainda vez mais estruturadas e eficazes para o que se destina: a produção do conhecimento científico.

CONCLUSÃO

Os recursos metodológicos adotados atuaram como facilitadores para a compreensão da Teoria do Conhecimento, reconhecidamente fundamental no desenvolvimento de uma pesquisa, e não

diferente, na pesquisa em Enfermagem. Reconhece-se a complexidade que envolve a apreensão do processo epistemológico, da sua essencialidade e de como esse entendimento pode e deve ser vinculado à prática na pesquisa. Compreender esse universo epistêmico propiciou a possibilidade de um futuro construído de novas pesquisas de bases mais sólidas e coerentes, como também promoveu o entendimento inicial de outras temáticas abordadas durante as aulas da disciplina, no que concerne à produção do conhecimento.

CONTRIBUIÇÕES

A abordagem do assunto sobre a Teoria do Conhecimento, na disciplina de Metodologia da Pesquisa em Saúde, permitiu às enfermeiras o aprimoramento da aprendizagem e o preenchimento de lacunas referentes à produção de pesquisas. Desenvolveu-se, então, o entendimento da filosofia como uma tentativa do espírito humano em atingir uma visão de si e uma visão de mundo mediante uma auto-reflexão sobre suas funções valorativas, teóricas e práticas².

Descritores: Enfermagem; Pesquisa; Metodologia; Filosofia; Conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Zilles U. Teoria do Conhecimento. Org. Urbano Zilles. 5a ed. Porto Alegre, RS: Edipucrs, 2006. 262 p.
2. Hessen J. Teoria do Conhecimento. Tradução João Vergílio Gallerani Cuter. Revisão técnica Sérgio Sérvulo da Cunha. Editora Martins Fontes. São Paulo, SP: 2000. 116p.
3. Oliva A. Teoria do Conhecimento. Editora Zarah. Coleção passo a passo. Rio de Janeiro, RJ: 2011. 92p.
4. Rudio FV. Introdução ao projeto de pesquisa científica. 31a ed. Petrópolis, RJ: Vozes;2003. 144 p.

Capítulo 38

ALTERAÇÕES NOS PARÂMETROS HEMODINÂMICOS NA IDENTIFICAÇÃO DE DOR AGUDA EM PACIENTES SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA

[DOI: 10.37423/200400684](https://doi.org/10.37423/200400684)

SILVA, Ana Paula Bruno Pena da (Enfermeira Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar).

Anapaulabpsenf@hotmail.com

LUDOVICO, Andrea da Silva Gomes (Enfermeira Mestra pela EEAP/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro).

andrea.gomes2004@hotmail.com

SÓRIA, Denise de Assis Correa (Enfermeira Doutorado pela EEAN/UFRJ. Professora Adjunta da EEAP/Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro).

denise@iis.com.br

COELHO, Fernanda Magalhães (Enfermeira Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Lourenço Jorge).

fernanda.coelho@yahoo.com.br

BITENCOURT, Grazielle Ribeiro (Enfermeira especialista em gerontologia. Professora substituta do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgico da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/UFF Niterói, Rio de Janeiro/BR. Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Souza Aguiar).

SOUZA, Monique Braga de (Enfermeira Residente pela Secretaria Municipal do Rio de Janeiro/Lourenço Jorge).

monique_brsz@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

O diagnóstico de enfermagem dor aguda pode ser definido como experiência sensorial e emocional desagradável, a qual surge com lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; início súbito ou lento, de intensidade leve e intensa, com término antecipado ou revisível e duração de menos de seis meses¹. Os pacientes com dor podem apresentar diminuição na atividade funcional, o que torna necessária a avaliação da função física e o desempenho nas atividades de vida diária. A observação contínua da dor pode ser evidenciada por alterações no estado físico e no acompanhamento de resposta ao tratamento, de modo que se baseia, geralmente, em relatos e na autopercepção do indivíduo². A maneira pela qual um indivíduo expressa a dor está relacionada com inúmeros fatores: sexo, idade, personalidade, herança étnica/cultural, necessidades comportamentais e experiências dolorosas pregressas. A avaliação representa uma síntese das informações derivadas da história do paciente, da entrevista subjetiva, do exame físico objetivo e dos testes especiais. Entretanto, o paciente em ventilação mecânica, principalmente quando em uso de tubo orotraqueal, apresenta diminuição da capacidade de comunicação, fato que dificulta a emissão de relatos verbais³. Quando sedado, pode prejudicar ainda mais esse levantamento, graças ao comprometimento do nível de consciência. A partir disso, podem ser utilizadas medidas fisiológicas de identificação da dor, como frequência cardíaca e/ou respiratória, saturação de oxigênio, pressões parciais de oxigênio e gás carbônico, pressão arterial e intracraniana, sudorese palmar e o tônus vagal, dentre outras. As características definidoras de dor aguda contemplam as alterações de pressão sanguínea, diaforese, dilatação pupilar, mudanças nas frequências cardíacas e respiratórias, além de evidência observada de dor e expressão facial, os quais podem ser identificados em pacientes sob ventilação mecânica³. Nenhuma dessas medidas fisiológicas é específica na identificação da dor no paciente sob ventilação mecânica, mas o seu acompanhamento longitudinal, após um estímulo nociceptivo, representa, sem dúvida, uma resposta orgânica objetiva à dor³. A partir dos pontos supracitados, propõe-se como objeto deste estudo a identificação do diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes sob ventilação mecânica.

OBJETIVOS

Levantar o diagnóstico de enfermagem dor aguda em pacientes sob ventilação mecânica; identificar alterações nos parâmetros pressão arterial, diaforese, dilatação pupilar, mudança na frequência cardíaca e/ou respiratória, bem como a expressão facial em pacientes sob ventilação mecânica.

METODOLOGIA

Utilizou-se da abordagem quantitativa do tipo descritiva exploratória.

Foram utilizados nesse estudo 21 sujeitos de ambos os sexos sob ventilação mecânica internados no Centro de Terapia Intensiva de um Hospital Municipal do Rio de Janeiro, nos quais levantados os pressão arterial, diaforese, dilatação pupilar, expressão facial, mudança na frequência cardíaca e/ou respiratória, presentes como características definidoras no diagnóstico de enfermagem dor aguda do NANDA 2009/2011. Para tanto, muniu-se de: observação, busca em prontuários e exame físico. A coleta foi realizada nos meses de maio e junho de 2010, posterior a assinatura de um termo de consentimento pelos responsáveis legais sujeitos da pesquisa, de modo que estão cientes da mesma e de sua utilização neste trabalho. A análise dos dados será apresentada na forma de estatística simples inferencial e descritiva.

RESULTADOS

Foram selecionados 21 pacientes, dos quais 7 (33,3%) estavam sedados e 14 (66,7%) não. Entretanto, foram excluídos aqueles com Escala de Ramsay igual a VI, uma vez que não respondem a estímulos dolorosos. Dos pacientes alvo deste estudo, 15 (71,4%) são do sexo feminino, dentre as quais: 2 (9,5%) são entre 20 e 29 anos; 4(19%) entre 30 e 39; 5 (23,8%), e 1 (4,8%) de 40 a 49 anos; entre 60-69 anos; 1 (4,8%) de 70 a 79; e 2 (9,5%) acima de 80 anos. O sexo masculino, corresponde a 6 (28,6%), dentre eles: 1 (4,8%) são entre 20 e 29 anos; 3(14,3%) e 2 (9,5%) de 70 a 79 anos. Com relação à presença de dor aguda, os 21 (100%) pacientes utilizados no estudo, apresentaram pelo menos uma evidência clínica para o diagnóstico de enfermagem em questão, representadas pelas características definidoras: alteração na pressão arterial em 15(71,4%), diaforese em 4(19%); dilatação pupilar em 7 (33,3%); expressão facial em 10 (47,6%), mudança na frequência cardíaca em 12(57,1%); mudança na frequência respiratória 9(42,8%). Dos 7 pacientes sedados, as principais características definidoras identificadas foram: mudança na frequência cardíaca em 6(85,7%) alteração na pressão arterial em 5(71,4%), mudança na frequência respiratória em 3(28,6%) e diaforese em 3(28,6%).

Nos 14 não sedados, as evidências clínicas mais observadas foram: alteração de pressão sanguínea em 10 (71,4%), expressão facial 8(57,1%), mudança na frequência cardíaca em 6(42,9%), mudança na frequência respiratória em 6(42,9%), e dilatação pupilar em 5 (35,7%)

CONCLUSÃO

A avaliação da dor é uma tarefa complexa no paciente sob ventilação mecânica, uma vez que pode ser alterada por fatores perceptivos, cognitivos, emocionais e de comportamento, além do comprometimento de sua identificação pelo relato verbal. Destarte, há detrimento dos métodos de levantamento de dor aguda baseados no auto-relato, tornando-se necessária a observação dos comportamentos de dor e em medidas das respostas biológicas. Com isso, a identificação de alterações nos parâmetros hemodinâmicos como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória, presentes como uma das características definidoras do diagnóstico de enfermagem dor aguda, torna-se imprescindível para o acompanhamento da terapêutica e intervenção precoce.

Palavras chaves: Diagnóstico de enfermagem; Medição da dor; Monitorização Fisiológica.

REFERÊNCIAS

- 1 North American Nursing Association. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre: Artmed; 2010
- 2 Sousa Fátima Aparecida Emm Faleiros. Dor: o quinto sinal vital. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2002 June [cited 2010 July 11] ; 10(3): 446- 447.
- 3 Pereira Lilian Varanda, Sousa Fátima Aparecida Emm Faleiros. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: uma breve revisão. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 1998 July [cited 2010 July 11] ; 6(3): 77-84.
- 4 Augusto Ana Cristina Costa, Soares Cristina Pazzini da Silva, Resende Marcos Antonio, Pereira Leani Souza Máximo. Avaliação da dor em idosos com doença de Alzheimer: uma revisão bibliográfica. Textos Envelhecimento [revista on the Internet]. 2004 [citado 2010 Jul 10]; 7(1): 89-104.

Área temática 1: Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção à Saúde ao indivíduo nas diferentes fases da vida.

Capítulo 39

PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR: FATOR GERADOR DE ESTRESSE?

[DOI: 10.37423/200400685](https://doi.org/10.37423/200400685)

Thiago da Silva Santana (Mestrando do Mestrado Profissional em Enfermagem, Universidade Estadual de Feira de Santana-BA).

ts.santana12@gmail.com

Maria Lúcia Silva Servo (Doutora em Enfermagem USP. Professora plena da Universidade Estadual de Feira de Santana-BA).

luciaservo@yahoo.com.br

RESUMO: Objetivou-se analisar a precarização do trabalho da enfermeira na unidade de emergência hospitalar como fator gerador de estresse. Estudo qualitativo realizado com nove enfermeiras, que atuavam na emergência hospitalar. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada e, como referencial teórico-analítico, a análise de conteúdo. A enfermeira no seu processo de trabalho depara-se com a falta de estrutura física, carência de recursos humanos e materiais. Situações que causam estresse profissional, onde muitas vezes acarreta o afastamento por falta de preparo para enfrentar tais situações. Apontamos para o fortalecimento das práticas instituídas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador assegurando a observância de agentes estressores, como a precarização do trabalho, que atuam diretamente no processo saúde-doença. Identificamos a necessidade de reformas estruturais e organizacionais na unidade de emergência para o desenvolvimento do processo de trabalho de forma qualitativa, uma vez que a precarização do trabalho na referida unidade constitui fator gerador de estresse.

Descritores: precarização do trabalho; processo de trabalho; estresse.

INTRODUÇÃO

O trabalho em enfermagem se constitui em processo que envolve elementos constitutivos para o seu agir representados pelo objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos que possibilitam o desenvolvimento de atividades. Atividades essas, carregadas de intencionalidade, representações, valores entre outros.

O processo de trabalho em enfermagem envolve as dimensões cuidar/assistir, administrar/gerenciar, ensinar/orientar, pesquisar/investigar e agir politicamente. Por sua vez o estresse é uma síndrome que envolve o processo de trabalho da enfermeira que por sua própria natureza e características revela-se suscetível ao fenômeno do estresse (SERVO, 2011).

A Unidade de Emergência Hospitalar é um dos setores mais desgastantes de um hospital. O fator surpresa exige procedimentos rápidos e precisos da equipe atuante para o socorro imediato ao paciente e atenção aos seus familiares (FARIAS et AL, 2011). Isso por si só traz desgaste físico e mental aos profissionais que ali atuam podendo levar ao desencadeamento do estresse (ADRIANO et al, 2017). Por se tratar de um setor complexo, a unidade de emergência hospitalar exige da enfermeira em seu processo de trabalho, competência técnica, postura ética, habilidade e rapidez nas intervenções (SOUZA et al, 2017)

Por sua vez, a enfermeira é responsável pela gerência da unidade, atividade essa que engloba a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos e a gerência do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe de enfermagem (LEAL, 2018).

Nesse contexto a enfermeira que atua na unidade de emergência hospitalar se depara com situações desgastantes, atemorizadas, ameaçadoras, imprevistos, configurando-se em agentes causadores de estresse, alinhado a isso está a precarização do trabalho nesta unidade expressa muitas vezes na insatisfação profissional devido ao dimensionamento insuficiente de pessoal e a demanda de trabalho exaustiva, aspectos que interferem diretamente na saúde da enfermeira e na qualidade da assistência prestada ao paciente (MENZANI; BIANCHI, 2009; SILVA; MUNIZ, 2011; PEREIRA et al, 2014).

Isto posto questionamos: a precarização do trabalho de enfermagem na unidade de emergência hospitalar constitui fator gerador de estresse? Este estudo assume caráter relevante, dado que são poucos os trabalhos que abordam a precarização do processo de trabalho da enfermeira na unidade de emergência hospitalar como fator gerador de estresse.

Assim, o objetivo desta pesquisa foi analisar a precarização do trabalho na unidade de emergência hospitalar como fator gerador de estresse.

METODOLOGIA

Este estudo tratar-se de um recorte da dissertação de mestrado intitulada “Estresse no Processo de Trabalho de Supervisão da enfermeira na Unidade de Emergência Hospitalar” da Universidade estadual de Feira de Santana, sendo um estudo, exploratório e descritivo, de abordagem qualitativa.

O cenário de estudo foi unidade de emergência de um hospital público do interior da Bahia. Participaram deste estudo de 09 enfermeiras. Foi utilizada a entrevista semiestruturada e a observação sistemática da prática como técnica de coleta de dados, a qual foi iniciada após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP da UESF, por meio do protocolo nº37208114.1.0000.0053, e recebimento do Parecer Consubstanciado do CEP nº 918.302.

Considerando que a supervisão é exercida por todos os enfermeiros de forma direta e indireta, independente do cargo ou função, os participantes do estudo foram enfermeiros assistenciais e gestores que atenderam pelo menos a dois critérios de inclusão, descritos a seguir: enfermeiro que ocupasse o cargo de diretor de enfermagem; ser enfermeiro no cargo de gestor/supervisor da unidade de emergência hospitalar; Enfermeiros assistenciais, com experiência profissional superior a seis meses na unidade de emergência hospitalar.

Os critérios de exclusão dos participantes deste estudo foram assim definidos: profissionais que se encontram em férias, licença maternidade, licença prêmio e licença por problemas de saúde ou qualquer outro motivo e aqueles que não aceitarem participar do estudo. Com base nesses critérios tivemos a participação de nove enfermeiros.

A entrevista semiestruturada, baseou-se em um roteiro que inclui a caracterização social dos entrevistados (sexo, idade, cargo/função, pós-graduação, tempo de formação, carga horária prestada a instituição, outro vínculo empregatício) e questões relacionadas ao estresse no processo de trabalho de supervisão do enfermeiro da unidade de emergência hospitalar (compreensões acerca do processo de trabalho de supervisão, Estressores vivenciados pelo enfermeiro no processo de trabalho de supervisão em Emergência hospitalar e estratégias adotadas para enfrentar situações de estresse).

As entrevistas aconteceram no ambiente hospitalar, foram realizadas conforme disponibilidade dos participantes do estudo no plantão, aproveitando o seu momento de descanso. Apenas duas foram previamente agendadas. Todas aconteceram em locais que garantiram a privacidade dos participantes em responder as questões investigativas, que ocorreu entre dezembro de 2014 a janeiro de 2015. As entrevistas foram gravadas após aquiescência dos entrevistados para, posteriormente, serem transcritas.

A observação sistemática da prática foi realizada no momento de espera das entrevistas, e após a realização das mesmas, com o intuito de entender a dinâmica do processo de trabalho de supervisão na unidade de emergência hospitalar desenvolvido pelos enfermeiros assistencialistas e supervisores do serviço, buscando identificar os estressores. A observação ocorreu no período diurno, sem interferência na prática de trabalho dos entrevistados, e em seguida era realizado o relatório de campo, procurando confrontar o que foi entrevistado com o que foi observado.

Após a coleta de dados, foi iniciada a análise de dados, através da Técnica de Análise de Conteúdo Temático de Bardin (2011). Buscamos o aprofundamento dos dados coletados a partir das entrevistas com o objetivo de organizar e categorizar os dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partindo da análise das entrevistas, a observação sistemática da prática e a minha vivência enquanto gestor de uma unidade de emergência hospitalar, os resultados desta pesquisa apontaram que fenômeno estresse faz parte do cotidiano de todo profissional que trabalha na unidade de emergência hospitalar, o fator surpresa, alinhado a tomada de decisão em tempo preciso, com o objetivo de salvar a vida do paciente, produz no indivíduo reações por vezes inusitadas.

Compreendemos que o desenvolvimento do processo de trabalho de no contexto da unidade de emergência hospitalar é um desafio, a enfermeira é responsável pela condução do trabalho nesta unidade que muitas vezes carece de recursos humanos e matérias, além de péssimas condições de trabalho e estrutura física inadequada.

Essas situações tornam ameaçadoras no conduzir do processo de trabalho na dimensão de assistência e gestão, acrescento que causam doenças laborais, afastamento por estresse, conflitos nas relações profissionais e conflitos entre o profissional e o usuário (SANTANA; SERVO, 2018).

Essas situações configuram-se em momentos de desgaste, na medida em que a enfermeira não consegue resolver alguns problemas de ordem administrativa, como carência de mão de obra, exames de maior complexidade, e suprimentos de equipamentos necessários para o desenvolvimento do seu processo de trabalho de supervisão na unidade de emergência hospitalar.

A partir dessas situações surgem conflitos entre os profissionais e os usuários, o paciente se sente lesado, os acompanhantes/família se sentem no direito de cobrar da equipe resolutividade dos problemas relacionados ao paciente, a equipe por sua vez busca da gestão maior uma resposta as cobranças, e, por mais que o profissional tente justificar ao usuário, que existem questões que fogem do seu poder de resolução, o mesmo não entende, pois para ele, o que importa é ter o seu problema

resolvido, denotando uma falta de reconhecimento e valorização profissional (SALOME; MARTINS, ESPÓSITO, 2009).

Situações como superlotação, através do excesso de pacientes, gera estresse para a enfermeira, esta questão é comum no cenário desta pesquisa, e isso influencia no andamento do processo de trabalho de supervisão da enfermeira na unidade de emergência. Observamos a presença de macas e cadeiras nos corredores, excesso de acompanhantes, um quantitativo de pacientes superior à capacidade hospitalar permitida (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Dessa forma, faço alguns questionamentos: como trabalhar nessas condições e não adoecer? Como desenvolver o processo de trabalho de supervisão tendo em vista a qualidade da assistência? E como está a qualidade desse trabalho? Os limites/dificuldades vivenciados por enfermeiras no processo de trabalho na unidade de emergência hospitalar emergiram a partir dos relatos que referem à insatisfação profissional devido à precarização do trabalho relacionado ao dimensionamento insuficiente de pessoal e demanda de trabalho exaustiva, aspectos que interfere diretamente na qualidade da assistência aos pacientes e que, geram estresse em tal processo.

CONCLUSÃO

O resultado desta pesquisa mostrou que o estresse está presente no processo de trabalho de realizado pelas enfermeiras que atuam na unidade de emergência hospitalar independente do cargo que exercem.

Assim, aponto para o fortalecimento das práticas instituídas na Política Nacional de Saúde do Trabalhador ao assegurar que a identificação da situação do trabalho dos usuários deve ser considerada nas ações e serviços de saúde do SUS e que a atividade de trabalho realizada pelas pessoas, com as suas possíveis consequências para a saúde, seja considerada no momento de cada intervenção, isso inclui a observância de agentes estressores, como a precarização do trabalho, que atuam diretamente no processo saúde-doença das enfermeiras da unidade de emergência hospitalar. O estudo demonstrou também que há necessidade de reformas estruturais e organizacionais na unidade de emergência hospitalar para o desenvolvimento do processo de trabalho de forma qualitativa, uma vez que a precarização do trabalho na referida unidade constitui fator gerador de estresse.

REFERÊNCIAS

1. Adriano MSPF, Almeida MR, Ramalho PPL, Costa IP, Nascimento ARS, Moares JCO. Estresse ocupacional em profissionais da saúde que atuam no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Cajazeiras – PB. *Rev bras ciênc saúde*. 2017;21(1):29-34.
2. Batista KM, Bianchi ERF. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latino-Am. Enfermagem*. 2006;14(4):534-9.
3. Farias SMC, Teixeira OLC, Moreira W, Oliveira MAF, Pereira MO. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. *Rev esc enferm. USP*. 2011;45(3):722-29.
4. Joana D’Arc de Souza; João Mário Pessoa Júnior; Francisco Arnaldo Nunes de Miranda. Stresse em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV - n.º 12 - JAN./FEV./MAR. 2017.
5. Leal JAL, Melo CMM. The nurses’ work process in different countries: an integrative review. *Rev Bras Enferm [Internet]*. 2018;71(2):413-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0468>
6. Menzani G, Bianchi ERF. Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. *Rev Eletr Enf*. 2009;11(2):327-33.
7. Nair Monteiro da Silva, Helder Pordeus Muniz. Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estud. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 821-840, 2011
8. Pereira DS, Araújo TSSL, Gois CFL, Gois Júnior JP, Rodriguez EOL, Santos V. Estressores laborais entre enfermeiros que trabalham em unidades de urgência e emergência. *Rev Gaúcha Enferm*. 2014;35(1):55-61.
9. Ribeiro, Antônio César, Souza, Jackeline Félix de, Silva, Juliana Lima da Silva. A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO SUS NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM HOSPITALAR. *Cogitare Enferm*. 2014 Jul/Set; 19(3):569-75
10. Salomé GM, Martins MF, Espósito VH. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Rev Bras Enferm*. 2009.62(6):856-62.

11.SANTANA, Thiago da Silva Santana; SERVO, Maria Lucia Silva; SOUSA, Anderson Reis. Estresse no processo de trabalho da enfermeira em emergência hospitalar. Revista Baiana de Saúde Pública. V. 42, 2018. Disponível em: <<http://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2876>> Acesso em 28/03/2020.

12.Bardin, L.(2011).Análise de conteúdo. São Paulo: edições 70.

Capítulo 40

RISCO OCUPACIONAL PARA OS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO BÁSICA: ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

[DOI: 10.37423/200400686](https://doi.org/10.37423/200400686)

Jens Georg Neto (Graduando de Enfermagem, Campus Amílcar Ferreira Sobral (CAFS), Universidade Federal do Piauí (UFPI)).

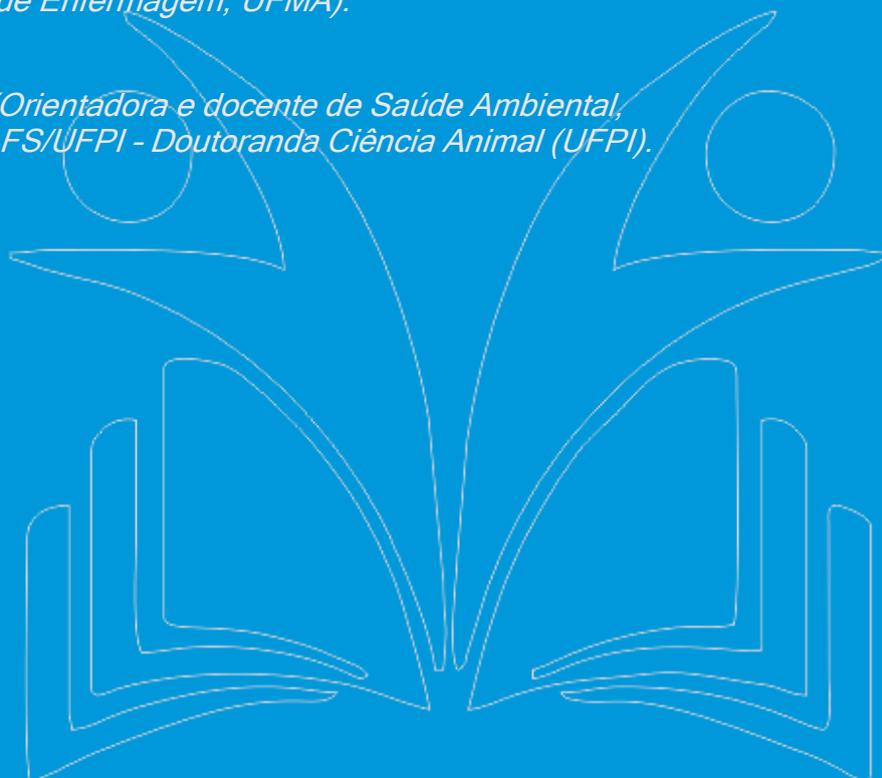
Beatrice Costa e Silva (Acadêmicos de Enfermagem, CAFS/UFPI).

Erika Oliveira do Nascimento (Acadêmicos de Enfermagem, CAFS/UFPI).

Nayra Samanta Alves Luz (Acadêmicos de Enfermagem, CAFS/UFPI).

Laís Barreto Aragão (Acadêmica de Enfermagem, UFMA).

Cynara Cristhina Aragão Pereira (Orientadora e docente de Saúde Ambiental, Epidemiologia e Parasitologia, CAFS/UFPI - Doutoranda Ciência Animal (UFPI)).



INTRODUÇÃO

O trabalho tem um papel essencial na inserção do indivíduo na sociedade e além de contribuir na formação de identidade dos sujeitos, permite que os mesmos participem da vida social, sendo elemento fundamental para a saúde¹. Os trabalhadores estão constantemente expostos aos riscos ocupacionais em seu ambiente laboral². No setor saúde, devido às peculiaridades das atividades desenvolvidas, os profissionais estão expostos aos riscos físicos, químicos, biológicos, ergonômicos (mecânicos), psicossociais e de acidente². Essa exposição contínua e múltipla pode promover o adoecimento dos trabalhadores e acarretar prejuízos às instituições de saúde empregadoras e as instituições governamentais, podendo interferir na qualidade da assistência prestada aos usuários, uma vez que, o estado de saúde do trabalhador interfere diretamente no desenvolvimento das suas atividades laborais². Os acidentes com animais peçonhentos são considerados um problema de saúde pública, pois afetam principalmente a população economicamente ativa³. As ocorrências de acidentes com animais peçonhentos que envolvem seres humanos advêm por descuido ou por não atentar a presença desses animais; ou, ainda, podem estar relacionados à sobreposição de uso do espaço entre o ser humano e os animais, a atividade biológica dos mesmos, ao comportamento das espécies peçonhentas no ambiente e ao tipo de atividade desenvolvida pela vítima³. Estima-se que ocorram cerca de 90.000 acidentes e 300 óbitos anuais e, ainda, houve um crescimento de 157% na quantidade de notificações nos últimos dez anos³. No Brasil os acidentes por animais peçonhentos são considerados como a segunda causa de envenenamento humano, atrás apenas da intoxicação por uso de medicamentos³. Considerando que uma das atribuições do enfermeiro da Atenção Básica é realizar visitas domiciliares e, ainda, que os acidentes com animais peçonhentos é uma realidade brasileira, torna-se relevante conhecer estudos que abordem esta temática.

OBJETIVOS

Analisar os acidentes com enfermeiros atuantes na Atenção Básica em Saúde por animais peçonhentos. **DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, realizada a partir dos descritores: “animais peçonhentos”; “atenção básica”; “risco ocupacional”. Os termos estariam inseridos em qualquer lugar do texto e/ou no título; buscados nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Lilacs (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), Scielo (Scientific Eletronic Library Online), Periódicos CAPES, PubMed e Google Scholar; sob forma de busca avançada, com publicações do tipo Artigos, Monografias, Dissertações e Teses. Os critérios de

inclusão foram: publicações que inter e correlacionaram os descritores; dos últimos dez anos; em português; disponíveis na íntegra.

RESULTADOS

Dentre todas as bases de dados e dispondo os descritores aos critérios de inclusão resultou-se em 20 publicações; porém, apenas dez tiveram as referidas informações no conteúdo. Destes resultados, sete eram Artigos e três Dissertações. Em uma pesquisa, a fim de identificar os riscos ocupacionais dos profissionais de enfermagem inseridos em onze equipes de ESF de um Distrito Sanitário de Juazeiro do Norte, Ceará, os autores verificaram que todas as unidades possuem inadequações estruturais⁴. No entanto, os agentes biológicos se apresentam nessas unidades, dentre outros, através de animais peçonhentos⁴. Os autores discutem acerca dos riscos ocupacionais aos quais os trabalhadores de enfermagem estão sujeitos; haja vista a Atenção Básica funcionar com um dos maiores contingentes de trabalho em saúde, muitas vezes sem ter os riscos ocupacionais identificados devidamente⁴. Outro estudo demonstra a expansão dos profissionais que atuam na Atenção Básica e a escassez de estudos publicados sobre a temática². Os autores entendem a importância de discutir os riscos a que estão expostos estes trabalhadores, pois os mesmos executam funções peculiares e diferenciadas em relação às demais áreas de atuação da Enfermagem². Os autores discutem que estes profissionais da Atenção Básica não identificam os riscos no ambiente laboral e a exposição aos mesmos nas atividades que executam². Concluem, ainda, que o acesso a tais informações pode levar os profissionais a refletirem sobre o seu autocuidado, bem como reivindicarem por melhores condições de trabalho². Uma outra contribuição revela que os trabalhadores da enfermagem possuem, muitas vezes, vínculos empregatícios em mais de uma instituição e não dimensionam, nem questionam os riscos aos quais estão expostos no ambiente laboral, a qualidade do cuidado que fornece e, até mesmo, o seu autocuidado¹.

Nessa perspectiva, estudos referentes aos riscos ocupacionais presentes na Atenção Básica reafirma a existência de riscos extrapolando o limite da edificação do serviço, visto que há um deslocamento para visitas domiciliares e espaços da comunidade, onde estão mais susceptíveis aos acidentes por animais peçonhentos¹. Por fim, uma análise descritiva qualitativa sobre a rotina de trabalho em uma Unidade Básica de Saúde considerou a ausência de Equipamentos de Proteção Individual (EPI) como fator preponderante para a ocorrência dos acidentes de trabalho⁵. Os autores verificaram que o trabalhador possui domínio da técnica e, assim, dispensa os EPIs, desconsiderando sua vulnerabilidade e expondo-

se aos riscos⁵. Além disso, a falta de disponibilidade ou oferta irregular dos EPIs foi referida nos relatos⁵.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu identificar que há um número limitado de trabalhos referentes à exposição dos profissionais de saúde atuantes na Atenção Básica aos riscos ocupacionais ocasionados por acidentes com animais peçonhentos. Talvez pelo fato de que não há o preenchimento da ocupação na Ficha de Notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Há alguns trabalhos de revisão, mas que não direcionam especificamente a estes riscos ocupacionais aos profissionais de enfermagem. Os estudos exploratórios não foram encontrados nos resultados provavelmente por discernir dos descritores.

CONTRIBUIÇÕES / IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

A prevenção se constitui na estratégia mais eficaz para evitar agravos à saúde. Para tal, faz-se necessário que os trabalhadores de enfermagem estejam capacitados para reconhecer os riscos ocupacionais aos quais estão expostos e as medidas preventivas e de proteção individual e coletiva a serem adotadas frente aos mesmos. Assim, ao identificar tais riscos, os mesmos desenvolvem um pensamento crítico e preventivo diante de suas atividades, favorecendo assim a prevenção de acidentes de trabalho. Convém citar a peculiaridade existente no trabalho realizado pela enfermagem na Estratégia Saúde da Família, diferentemente de profissionais da rede hospitalar: a realização de visitas domiciliares à população.

Considerando que o EPI de eleição para prevenção de acidentes com animais peçonhentos seja bota alta, deve-se incluir estas como EPI dos trabalhadores de enfermagem atuantes na Atenção Básica.

DESCRITORES: animais peçonhentos; atenção básica; risco ocupacional.

REFERÊNCIAS

- 1 Oliveira QB, Santos RS, Santos CMF. Acidentes de trabalho na equipe de enfermagem: uma revisão de literatura. *Rev Enf Cont* 2013 Ago;2(1):32-52.
- 2 Almeida LGN, Torres SC, Santos CMF. Riscos ocupacionais na atividade dos profissionais de saúde da Atenção Básica. *Rev Enf Cont* 2012 Dez;1(1):142-154.
- 3 Brasil. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

4 Maia ER, Albuquerque AR, Pagliuca LMF. Riscos ocupacionais para a equipe de enfermagem na Estratégia de Saúde da Família. *Cad Cult Ciência* 2013;12(2).

5 Rodrigues LMC, Silva CCS, Silva VKBA, Martiniano CS, Silva ACO, Martins MO. Riscos ocupacionais: percepção de profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em João Pessoa – PB. *R Bras Ci Saúde* 2012;16(3):325-332.

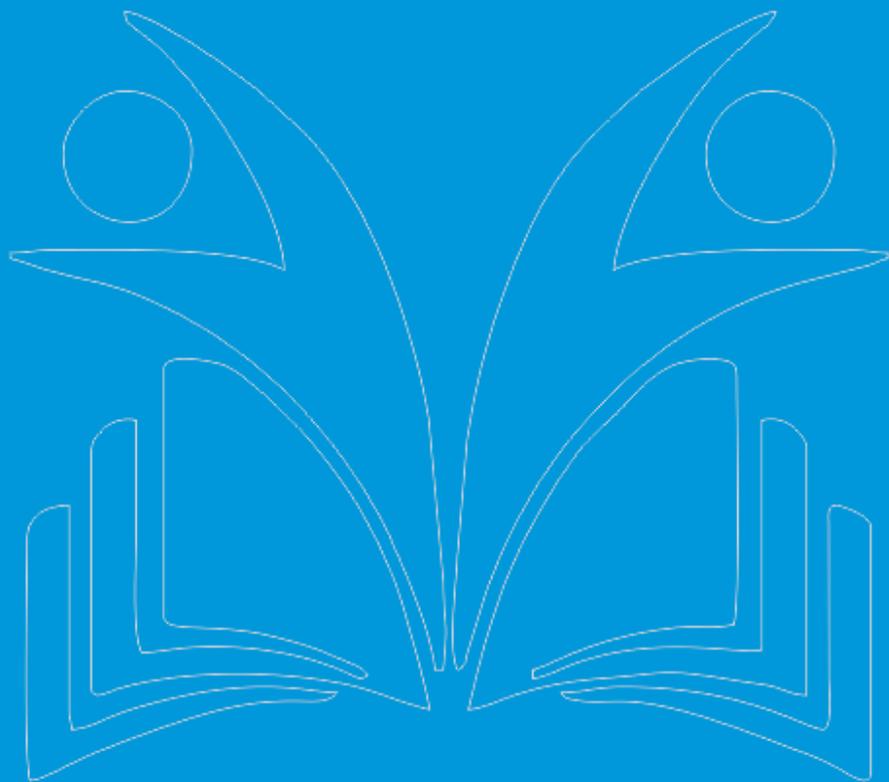
Capítulo 41

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM PARA PACIENTE
INTERNADOS EM DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE
MENTAL: CUIDADO INTEGRAL

[DOI: 10.37423/200400687](https://doi.org/10.37423/200400687)

Vanessa Menegalli

van.menegalli@gmail.com



1. INTRODUÇÃO

Os cuidados de enfermagem na área de saúde mental são amplos, complexos, (re)pensados partindo de princípios e diretrizes a partir da Reforma Psiquiátrica Brasileira, bem como a composição e estruturação das redes de atenção psicossocial (RAPS).

A relação terapêutica entre o enfermeiro e o paciente auxilia na implementação do processo de enfermagem psiquiátrica, para que efetivamente se possa estabelecer as bases de um planejamento terapêutico que sustentem a assistência de enfermagem a pacientes psiquiátricos (Toledo, 2004).

A abordagem deste estudo baseou-se na assistência de enfermagem. Tendo como pressuposto que o enfermeiro presta cuidados integrais e contínuos ao paciente psiquiátrico, desde seu estado mais estável ao mais crítico, julga-se relevante a utilização de um método que lhe permita dispensar assistência mais qualificada e organizar suas ações. O Processo de Enfermagem (PE) pode ser definido como aplicação prática de um modelo assistencial de enfermagem na assistência aos pacientes. Este processo é um instrumento metodológico que possibilita identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever a resposta dos indivíduos aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem uma intervenção profissional (Chianca et al., 2004).

A enfermagem tem apresentado necessidades de padronização de uma linguagem que pudesse ser entendida e praticada por enfermeiros em vários locais. A partir dessas necessidades começaram a ser criados instrumentos de trabalho que proporcionam interação dinâmica durante a execução do PE, sendo eles: os sistemas de classificação de Diagnósticos de Enfermagem (North American Nursing Diagnosis Association - NANDA), Classificação das Intervenções de Enfermagem (Nursing Interventions Classification - NIC) e Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC)(Chianca et al., 2004).

O sistema de classificação de diagnósticos de enfermagem da NANDA é um dos mais conhecidos e divulgados no âmbito mundial. O sistema de classificação de intervenções de enfermagem (NIC) iniciou-se em 1987 e continua em desenvolvimento. Este instrumento emergiu em parte do trabalho realizado pela NANDA. A NIC nomeia e descreve intervenções executadas na prática clínica em resposta a um diagnóstico de enfermagem (McCloskey et al., 2004).

O sistema de classificação de resultados de enfermagem (NOC) vem sendo desenvolvido desde 1991, por um grupo de pesquisadores também pertencentes ao grupo da NIC. A NOC é uma classificação

abrangente e padronizada de resultados da clientela (indivíduo, família ou comunidade) influenciados pela execução de intervenções de enfermagem (Johnson et al., 2008).

A motivação para o presente estudo decorreu da necessidade de compreender mais de perto a complexidade da assistência de enfermagem a pacientes psiquiátricos, que internam em serviços psiquiátricos, com diversos agravos e sofrimentos, enfocando o cuidado de enfermagem embasado no conhecimento científico.

Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo refletir sobre os diagnósticos de enfermagem para pacientes psiquiátricos, internados em diferentes serviços de saúde mental.

2.METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência, o qual permitiu realizar investigações em profundidade de um indivíduo, grupo ou instituição (Polit et al, 2004).

Este estudo aborda um trabalho intersectorial desenvolvido na área de internação psiquiátrica e em uma de dependência química de um hospital universitário de grande porte de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Nas duas unidades é desenvolvido o plano terapêutico, com resultados pautados pela NOC, objetivando a recuperação de um paciente, em transição por estes dois setores.

3.REFLEXÕES ACERCA DO RELATO DA VIVÊNCIA

Paciente, com diagnóstico de esquizofrenia e dependência química de múltiplas substâncias, além grande vulnerabilidade social e judicial. Um dos diagnósticos predominantes nesta internação em ambas unidades, foi o risco de agressão.

Tal acompanhamento obteve resultados pouco satisfatórios em relação à terapia medicamentosa. O diagnóstico de enfermagem Risco violência direcionada a outros relacionado a História de atos agressivos é definido como: vulnerabilidade a comportamentos nos quais um indivíduo demonstra que pode ser física, emocional e/ou sexualmente nocivo a outros. Faz parte do domínio Saúde Psicossocial sendo a classe autocontrole. Com a prescrição deste diagnóstico atingimos o resultado de Autocontrole da Agressividade.

Além de refletir sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), no que se refere à saúde mental, a contribuição para dinamizar e qualificar fluxos, processo de trabalho e cuidados. Neste

sentido, cabe reconhecer que os resultados desejados pela SAE, construídos por meio de prescrições tornam-se sinalizadores de sucesso no tratamento psiquiátrico, simplificando e elegendo ações prioritárias.

Em prol de garantir assistência segura e de qualidade para os pacientes hospitalizados, uma das principais preocupações da enfermagem, é a apropriação de estratégias e práticas para a melhoria das suas ações de cuidado.

Os diagnósticos de enfermagem, entendidos como interpretações científicas dos dados coletados, orientam o planejamento e a implementação das intervenções, para a obtenção dos melhores resultados em saúde(Luney, 2014), além de se constituírem em elementos fundamentais para a assistência de enfermagem baseada em evidências, considerando as necessidades e a segurança dos pacientes(NANDA, 2013).

No estudo, observou-se que o paciente necessitava de cuidados tanto físicos, quanto psíquicos e sociais que pudessem melhorar o seu quadro clínico. Deste modo, procurou-se desenvolver um plano de cuidados que estivesse de acordo com a realidade do paciente e da instituição, tornando-a participante e ativa no que se refere ao planejamento dos seus cuidados.

É importante que a etapa do planejamento dos cuidados de enfermagem, especialmente em psiquiatria, seja compartilhada com a paciente, garantindo um mínimo de envolvimento acerca da aquisição de autonomia para que se possa exercer cada vez mais o controle de sua vida (Toledo, 2004).

Acredita-se que o cuidado é mais adequado quando o enfermeiro consegue perceber por meio de sua experiência, de sua habilidade técnica e cognitiva as reais demandas de cuidado e, assim, elabore propostas sistematizadas, individualizadas e prioritariamente articuladas com as necessidades reais do paciente e família (Vargas; Franca, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através do presente estudo, verificou-se que o PE, quando aplicado de forma correta e na totalidade de suas fases, representa um grande benefício para o paciente psiquiátrico além de promover melhorias na organização das atividades de enfermagem, uma assistência mais qualificada e a conquista da autonomia dos enfermeiros como profissionais de saúde.

Este Estudo Clínico possibilitou melhor compreensão do Processo de Enfermagem com o uso das taxonomias NANDA I, NOC e NIC para os profissionais envolvidos no caso, bem como, para revisar as reais necessidades de cuidado em cada momento específico do acompanhamento.

REFERÊNCIAS

BULECHEK, G.M. et al. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC)/ – Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MOORHEAD, S, et al. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC) /– Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

TOLEDO, V.P. Sistematização da assistência de enfermagem em um serviço de reabilitação psicossocial [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2004.

CHIANCA, T.C.M.;ROCHA, A.M.;PIMENTEL, M.O. Sistematização da assistência de enfermagem e o sistema único de saúde. In: Anais do 7º. Simpósio Nacional de Diagnósticos de Enferma-gem; 2004, 29 abr-1 maio; Belo Horizonte (MG), Brasil. Belo Horizonte: ABEn; 2004. p. 24-52.

JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2008.

JOHNSON, M. et al. Ligações NANDA – NOC- NOIC: Condições clínicas: suporte ao raciocínio e assistência de qualidade/Marion– Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

LUNNEY M. Coleta de dados, julgamento clínico e diagnóstico de enfermagem: como determinar diagnósticos precisos. In: NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. p.112-33.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 3ª ed. São Paulo: Artmed; 2004.

NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2012 – 2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definição e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed; 2008.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.;HUNGLER, B.P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem métodos avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed; 2004.

VARGAS, R.S.; FRANÇA, F.C.V. Processo de enfermagem aplicado a um portador de cirrose hepática utilizando as terminologias padronizadas NANDA, NIC e NOC. Rev Bras Enferm., vol. 60, n.3, p. 348-52, 2007.

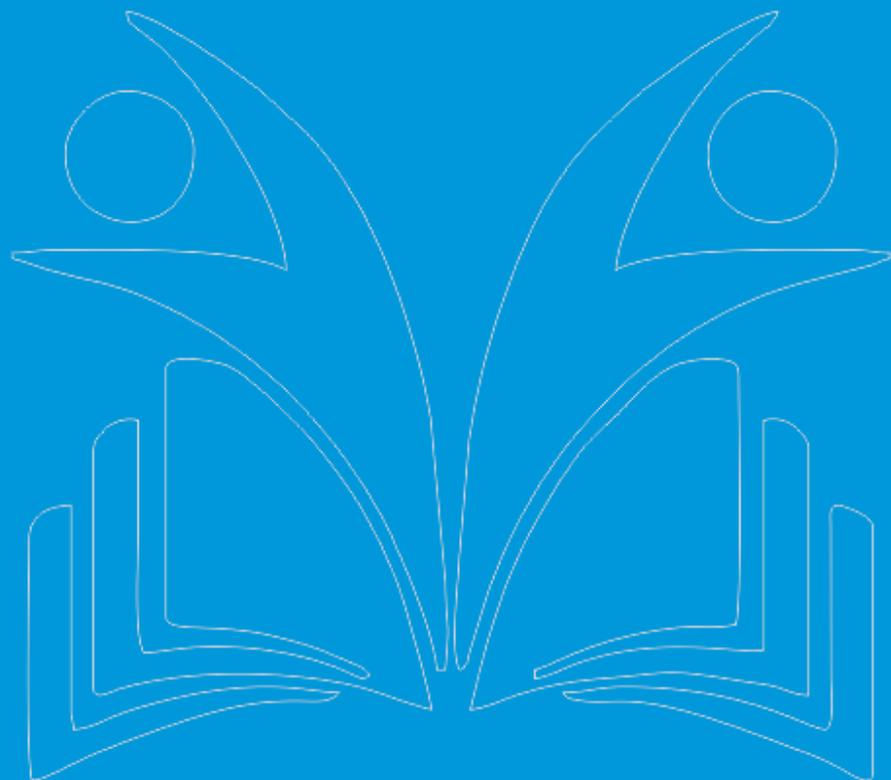
Capítulo 42

PREVALÊNCIA DOS FATORES ESTRESSORES DESENCADEANTE
NA QUALIDADE DE VIDA DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM: UMA ANALISE DE LITERATURA

[DOI: 10.37423/200400688](https://doi.org/10.37423/200400688)

Sueli Oliveira Da Silva - sueliaben@gmail.com

Nataly de Oliveira Rodrigues - nataly.o.r.86@gmail.com



INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas estudos vem desenvolvendo a prevalência dos fatores estressores desencadeante na qualidade de vida dos trabalhadores. O estudo sobre o estresse ocupacional tem recebido uma atenção maior e mais significativa, sobretudo relacionados aos profissionais da área da saúde, onde são vistos impactos não somente nos profissionais bem como nos que recebem a assistência destes e a própria instituição. O bem-estar do indivíduo é posto em risco a partir do momento que o estresse começa a prejudicá-lo em seu ambiente de trabalho, meio social e particular. Pode ser definido como um desgaste geral do organismo, causado pelas alterações psico-fisiológicas que ocorrem quando o indivíduo é forçado a enfrentar situações que o irrite, excite, amedronte, ou mesmo que o façam imensamente feliz¹.

OBJETIVO

Conhecer as principais patologias decorrentes do ambiente de trabalho de profissionais de enfermagem, caracterizando a produção científica, bem como identificando fatores que acabam por influenciar na qualidade de vida do profissional de enfermagem e identificando os sintomas psicológicos e fisiológicos.

DESCRIÇÃO METODOLOGIA

Pesquisa bibliográfica sobre estresse ocupacional do profissional de enfermagem, sendo descritiva, retrospectiva e qualitativa. Utilizados artigos, periódicos, livros e monografias como às bases e de dados de bibliotecas e bancos via internet tendo como no período de 1980 a 2010 sendo excluídos todos os documentos que não estejam em português (Brasil).

RESULTADOS

Dentre as conseqüências do estresse ocupacional citadas, encontram-se patologias, técnicas e enfretamento do estresse, principalmente nos setores dos ambientes laborais, econômicos, sociais. A grande parte das pesquisas consultadas dá ênfase ao ambiente de trabalho, péssima remuneração, incapacitação profissional, desvalorização do profissional, mudança significativa no desenvolvimento do mercado de trabalho aumentando, assim, o estresse por conta da cobrança e demanda, natureza e complexidade do atendimento. O indivíduo tem no trabalho sua atividade, construção, realização e a satisfação, o sentimento de ser útil ao meio social para qual pertence, contudo o trabalho pode significar sofrimento, doença e morte.² Relacionar a atividade e o ambiente laboral em saúde é

extremamente tensiógena, devido as suas peculiaridades, fora comprovado que neste meio há condições precárias como: longas jornadas, número limitado de profissionais, o não reconhecimento e valorização dos mesmos, riscos a saúde do trabalhador por estarem expostos a agente etiológicos, evidenciando o desgaste emocional causado pelas tarefas aumentando assim risco de erros que por sua vez, podem causar danos irreversíveis e em alguns casos levar ao óbito do cliente. Estressores: são elementos, estímulos ou situações os quais, provocam a ativação da resposta ?luta/fuga?.As situações onde o estresse torna-se prolongado, acumulado, geram manifestações no organismo: endócrino, alterando funções de órgãos e tecidos do corpo todo através da corrente sanguínea; músculo-esquelético, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) ou lesões por esforços repetitivos (LER), síndrome da fadiga; nervoso, alteração no humor, vigília/despertar, concentração, vícios e entre outros; cardiovascular, aumento do débito cardíaco causando hipertensão arterial e outros. Dessa forma, pode ser compreendido como prejuízo do comportamento individual, social e à empresa para qual este indivíduo presta serviços. Observa-se que está sujeito ao erro pelo desgaste ao qual passa este poderá adquirir também patologias e psicopatologias. Foi feita uma leitura inicial de resumos, contidos nos descritores: Estresse ocupacional, enfermagem, estresse, saúde do trabalhador, a fim de se classificar tais trabalhos, quanto ao tema estudado: estresse ocupacional; tipo de estudo: prevalência e 44 Trabalho 11 relato de caso; assunto: doenças profissionais, enfermagem, esgotamento profissional, saúde do trabalhador; limites: adultos; revistas: nacionais e textos: ano de publicação: de 1980 a 2010, na seguinte categoria: revisão de literatura.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu uma visão rápida e ao mesmo tempo abrangente da produção científica de determinada época sobre o tema atípico. A partir de tal visão, pode-se direcionar esforços de pesquisa para esta área pouco explorada, evitando aumento de absenteísmo e patologias derivadas do acúmulo e prolongamento do estado de estresse, possibilitando maior avanço nos conhecimentos já existentes sobre o tema. Verificaram-se a partir das publicações que fatores estressores que influenciam a qualidade vida do profissional de enfermagem foram fatores pessoais no ambiente de trabalho bem como no meio social. Há falta de autonomia, de bons relacionamentos interpessoais, conflitos de papéis e pessoais, falta de capacitação para atendimento das enfermidades e situações das unidades de Enfermagem, desvalorização, vida pessoal, trabalhar em mais de um local, hierarquia, normas e regras a cumprir, excesso de trabalho como também ociosidade.³ Os resultados encontrados causaram motivação para dar continuidade ao estudo científico, a fim de mostrar a importância da valorização

do profissional e da qualidade de vida do mesmo, sendo dentro ou fora o ambiente de trabalho, levando este tema a realidade nacional.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

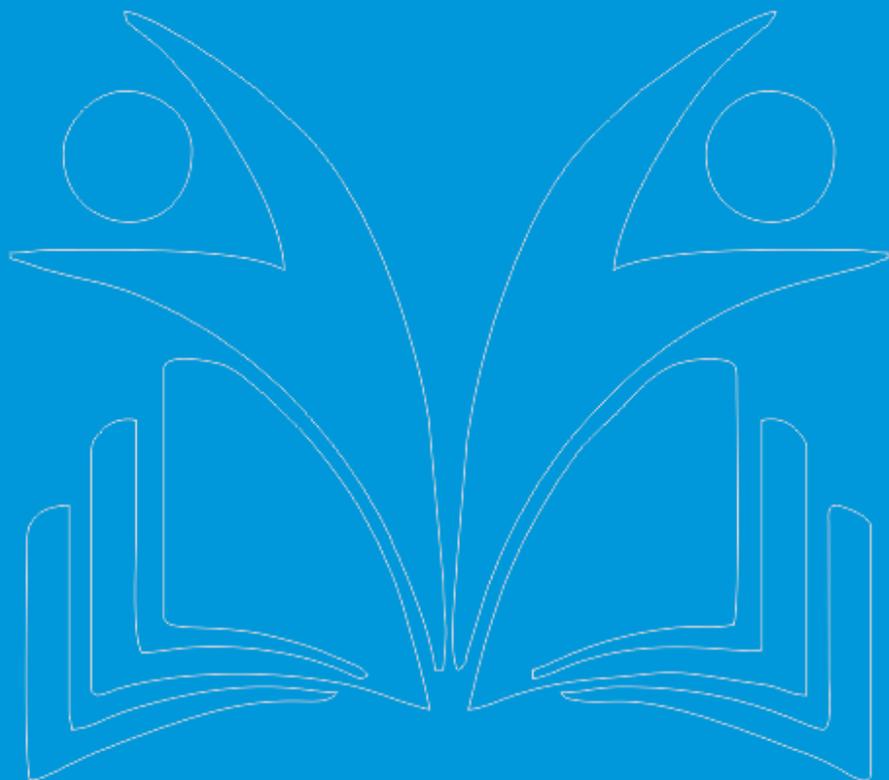
O estresse faz parte do cotidiano do trabalhador de enfermagem, estando sempre presente no meio social e no labor do indivíduo, muitas vezes percebido de forma negativa, agressiva e invasiva, levando a um desequilíbrio homeostático do organismo.⁴ Os profissionais de chefias de enfermagem podem introduzir na rotina diária exercícios da prática física e terapia de grupo com seus servidores minutos antes de começarem as obrigações do dia; utilizando em torno de 15 a 20 minutos com exercícios leves, cartazes e minipalestras sobre maneira de transformação comportamental no nível da possibilidade de cada cooperador, mostrando-lhes que pequenas mudanças geram grandes diferenças que podem não serem vistas em curto prazo. Promover ações que possam facilitar o enfrentamento do servidor em relação ao estresse vem aumentando tendo em vista o custo versus o benefício. Estratégias para promover uma alimentação mais saudável e controle do peso, por meio de atividade física e reeducação alimentar, sendo que o estresse e a nutrição estão fortemente ligados. Uma alimentação saudável melhora a resposta imunológica a possíveis infecções e outras doenças, durante o estado de estresse o organismo acaba perdendo muito nutrientes, sais minerais e vitaminas. O estresse é algo que pertence ao ser animal como forma de proteção e ele se faz necessário para a manutenção da vida.⁵ Deve-se manter o foco do tema e compartilhando com a educação continuada, mas valorizando do seu pessoal, motivação, incentivo e acolhimento. Há necessidade da equipe de profissionais de enfermagem, além de fazer entender os profissionais já graduados e de carreira há anos, enfatizar antes de formá-los, tanto em cursos técnicos como em graduações e pós-graduações de enfermagem. Mostrando a importância da enfermagem do prevenir, e mostrar que cuidamos melhor do próximo quando cuidamos bem de nós. Referências 1

Capítulo 43

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE AÇÕES DE ENFERMAGEM EM
UM CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO IDOSO EM
SÃO LUÍS

[DOI: 10.37423/200400689](https://doi.org/10.37423/200400689)

Deane Cristina Da Rocha Rodrigues De Oliveira - rodrigues.deane@gmail.com



INTRODUÇÃO

O Brasil envelhece de forma rápida e intensa. No Censo de 2000, o Brasil contava com mais de 14,5 milhões de idosos¹, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional e com uma alta prevalência de doenças crônicas e causadoras de limitações funcionais². Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) afirmam que, até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país no mundo em número de idosos.¹ O envelhecimento e a transição demográfica impõem mudanças aos sistemas de saúde pública. Portanto, é necessário que o aumento do número de idosos e da expectativa de vida seja acompanhado pela melhoria e manutenção da saúde e qualidade de vida.² Dessa forma, o grande desafio é implementar uma política do envelhecimento ativo, que é um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da população.³ Com a finalidade de recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde, foi implementada, em 2006, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que define a Atenção Básica (AB) como porta de entrada para o cuidado da saúde do idoso e a referência para a rede de serviços especializados de média e alta complexidade. De acordo com a PNSPI, o envelhecimento da população é um fator preocupante, pois vem acompanhado de doenças e condições que podem levar à incapacidade funcional.⁴ Dessa forma, a AB deve estar voltada para o envelhecimento e para a saúde da pessoa idosa, através do desenvolvimento de práticas gerenciais democráticas e participativas e através de mecanismos que promovam a melhoria da qualidade da assistência à pessoa idosa passa a ser de fundamental importância, pois atende ao idoso que necessita de atenção integral e especializada na área de geriatria e/ou gerontologia, através de avaliação multidimensional, por equipe interdisciplinar, com vistas à manutenção ou recuperação da sua saúde física, mental e funcional, mantendo-o socialmente ativo e dentro do contexto familiar.²

OBJETIVOS

Descrever as experiências vivenciadas por acadêmicos de Enfermagem durante a prática da disciplina Saúde do Idoso realizada em um Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de um relato de experiência vivenciado pelos autores, como parte prática da disciplina Saúde do Idoso do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), realizada no período de 22 de março a 05 de abril de 2016. Foi desenvolvida em Centro de Atenção Integral à Saúde do

Idoso (CAISI) em São Luís/MA no turno matutino, em dias sequenciais. A supervisão e acompanhamento dos acadêmicos foram feitos por um docente da disciplina e dois monitores. Ao final da prática estágio foi feita avaliação dos pontos positivos e negativos da rotina vivenciada no CAISI.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Primeiramente conheceu-se o CAISI de São Luís, os profissionais e os serviços que são ofertados nesse centro. O CAISI oferece atendimentos ambulatoriais nas áreas de geriatria, fonoaudiologia, fisioterapia, nutrição, psicologia, educação física, terapia, clínica geral, serviço social, grupos de convivência, grupo de memória, etc. Com o cronograma de atividades previamente estabelecido, o professor dividiu os alunos nos serviços do CAISI para que pudessem se inserir na rotina do serviço. Dessa Nesta perspectiva, o Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI) passa forma, observou-se que o CAISI visa atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. O ingresso do idoso às atividades é iniciado a partir de uma consulta de enfermagem, na qual ocorre a Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). Durante a prática foi possível aplicar a AGA e, através dela, identificaram-se as deficiências e habilidades dos pontos de vista “médico”, psicossocial e funcional de idosos, tendo como resultado a formulação de um plano terapêutico e acompanhamento de outras especialidades por meio de encaminhamentos visando a recuperação e/ou a manutenção da capacidade funcional. Além disso, durante a prática, assistiram-se os idosos em atividades de recuperação e manutenção funcional, como a fisioterapia, a atividade física e a fonoaudiologia; dessa forma, entenderam-se as atribuições e o papel de cada profissional no CAISI. Realizaram-se também três visitas domiciliares, nas quais se levantou o diagnóstico das demandas assistenciais do idoso e de sua família/cuidadores, além de se promover a educação em saúde através das orientações para idoso e suas famílias/cuidadores. Participou-se ainda de atividades integrativas como de um grupo de dança e de um bingo com os idosos. Percebeu-se que, pelo fato da cidade de São Luís ter apenas um CAISI, a demanda de usuários é muito grande e muitas vezes o serviço não comporta essa demanda. Ficou evidente o esforço dos profissionais para oferecer esse serviço da melhor forma possível e a preocupação constante em realizar uma abordagem global ao idoso.

CONCLUSÃO

A prática dos acadêmicos de Enfermagem desenvolvida no CAISI não se limitou a utilizar práticas normativas e repetitivas, mas também a participação efetiva dos acadêmicos, estimulando-os à autonomia na realização das atividades. Conclui-se que a prática de cuidados às pessoas idosas na AB

exige abordagem global, interdisciplinar e multidimensional, que leve em conta a grande interação entre os fatores físicos, psicológicos e sociais, que influenciam a saúde dos idosos, e que considere também a importância do ambiente no qual se está inserido para a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece. Contribuições/implicações para a enfermagem Entendeu-se que a formação de recursos humanos em enfermagem e gerontologia é o primeiro passo para qualificar a atenção ao idoso e que a formação é especialmente importante para as demandas que o sistema de saúde brasileiro terá de enfrentar com o envelhecimento populacional. A atividade prática no CAISI foi elemento agregador na formação do acadêmico de Enfermagem, permitindo-o descobrir um caminho teórico e metodológico na perspectiva de romper com a prática fragmentada do cuidado à saúde do idoso, apostando na integralidade pela interdisciplinaridade na AB. O CAISI, ao propiciar a vivência interdisciplinar, possibilita o estabelecimento de um espaço onde os futuros profissionais de enfermagem exercitam o diálogo, têm momentos de troca de conhecimentos técnico-científicos, constroem novos saberes na prática da enfermagem geriátrica e refletem sobre o seu fazer.

REFERÊNCIAS

1. FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE/Diretoria de Pesquisas, 2000. Departamento de População e Indicadores Sociais. Divisão de Estudos e Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2000. Rio de Janeiro: IBGE.
2. World Health Organization (WHO). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Trad. de Suzana Gontijo. Brasília: OPAS; 2005
3. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa Idosa. Brasília; 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 19)
4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [legislação na Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: <<http://www.datadez.com.br/content/legislacao.asp?id=32259>>.

Descritores: Serviços de Saúde para Idosos; Enfermagem Geriátrica; Educação em Enfermagem.

Capítulo 44

PROCESSO DE TRABALHO E ATIVIDADES EM GRUPO: POSSIBILIDADES DE AMPLIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS PARA COM O AMBIENTE COMUNITÁRIO*

[DOI: 10.37423/200400691](https://doi.org/10.37423/200400691)

LETICIA SILVEIRA CARDOSO (Dra. em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA) - Campus Uruguaiana/RS-Brasil. Integrante do Laboratório de Estudos e Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde - LAMSA).

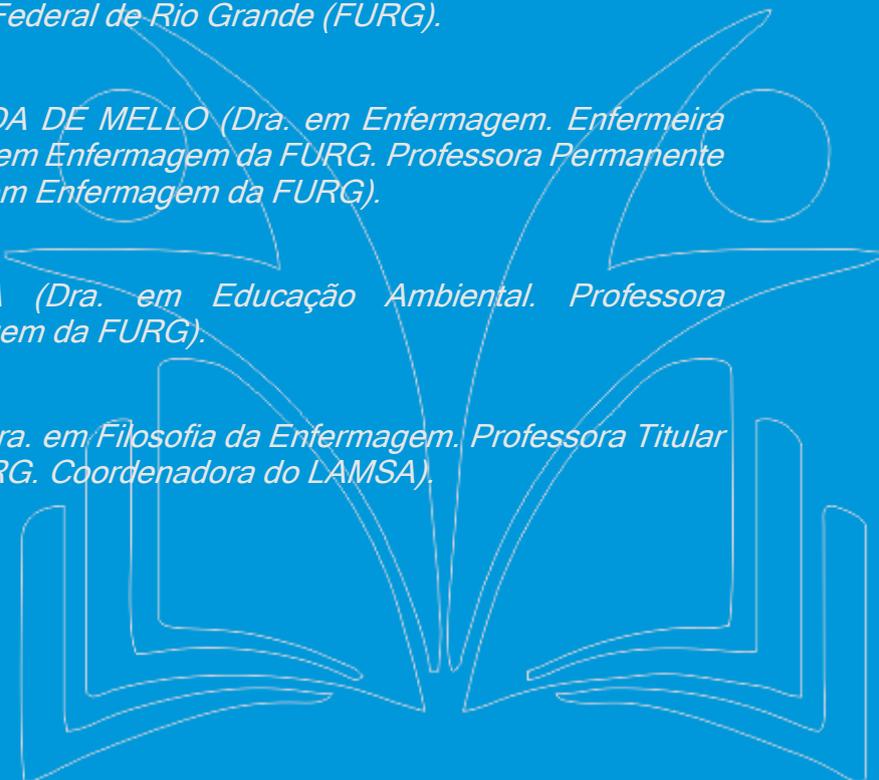
CYNTHIA FONTELLA SANT'ANNA (Dra. em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da UNIPAMPA - Campus Uruguaiana/RS-Brasil. Integrante do LAMSA).

LAURELIZE PEREIRA ROCHA (Dra. em Enfermagem. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Rio Grande (FURG).

MARLISE CAPA VERDE ALMEIDA DE MELLO (Dra. em Enfermagem. Enfermeira Técnica do Laboratório de Prática em Enfermagem da FURG. Professora Permanente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da FURG).

JANAÍNA SENA-CASTANHEIRA (Dra. em Educação Ambiental. Professora Associada da Escola de Enfermagem da FURG).

MARTA REGINA CEZAR-VAZ - Dra. em Filosofia da Enfermagem. Professora Titular da Escola de Enfermagem da FURG. Coordenadora do LAMSA).



Resumo: Objetivo: Identificar possibilidades de ampliação das competências para atuar no ambiente comunitário a partir das atividades em grupo de Estratégias da Saúde da Família. **Metodologia:** Pesquisa de campo transversal, exploratório-descritiva realizada com 65 enfermeiros de 12 municípios da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada gravada para a coleta de dados e aplicou-se a análise qualitativa temática. Obteve-se aprovação das instituições envolvidas e do Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados: *O ambiente na (re)definição das competências do processo de trabalho em atividades de grupo*** revelou a utilização do interior ou dependências da estrutura física da própria ESF como afirmação do caráter substitutivo proposto para ESF. ***As interações como possibilidade de um planejamento competente das atividades em grupo*** configuraram-se como estratégia para o alcance das metas de cobertura de atendimentos às populações prioritárias da ESF. **Conclusão:** As atividades em grupo são identificadas pelos enfermeiros como um instrumento potencial para ampliar as competências comunitárias frente ao processo saúde-doença. E, os permite serem cogestores na transformação das diversas problemáticas da comunidade e na busca de soluções compartilhadas para a intervenção nos aspectos socioambientais condicionantes da saúde.

Descritores: Processos Grupais; Saúde da Família; Atenção Básica à Saúde; Enfermagem em Saúde Comunitária.

INTRODUÇÃO

Este estudo transita no âmbito da Atenção Básica à Saúde (ABS), na especificidade das atividades em grupo desenvolvidas na Estratégia de Saúde Família (ESF), sob percepção de enfermeiros. Entende-se como ABS o conjunto de serviços destinados a prestação de assistência à saúde de comunidades com o uso predominante de tecnologias leves (BRASIL, 2017). Estas consistem principalmente na aplicação de conhecimentos dos profissionais vinculados a tais serviços em prol da resolutividade de problemáticas socioambientais da população (TORRES, et. al., 2018).

No universo de serviços que compõem a ABS, o presente estudo centra-se no processo de trabalho desenvolvido pelas equipes multiprofissionais da ESF durante a realização das atividades em grupo. Isto porque ele foi elaborado para transformar a relação biologicista entre profissionais da saúde e clientes. Transformação proposta com a finalidade de implantar a estrutura do modelo de vigilância à saúde e enfatizar a autonomia dos promotores do trabalho. São estes não somente os profissionais da saúde e áreas afins, como também e essencialmente os próprios clientes (CARDOSO, CEZAR-VAZ, COSTA, BONOW, ALMEIDA, 2013).

Clientes que na particularidade da ESF se caracterizam por pessoas que constituem as comunidades de uma sociedade. E tal constituição delimita-se pelos elementos biológicos do corpo e pela complexidade dos elementos que estruturam seu entorno. Muito embora, o enfoque das políticas públicas esteja ao encontro dos primeiros elementos em detrimento dos demais. Refletindo-se assim sobre as prioridades do monitoramento clínico profissional da ESF e logo tornando as patologias predominantes no cenário mundial e nacional, doenças crônicas não transmissíveis, o centro das atividades em grupo (FEITOSA, PIMENTEL, 2016).

Em direção contrária, o presente estudo pretende despertar olhares para como o ambiente e as interações podem tornar mais competente o processo de trabalho da ESF a partir das atividades em grupo. Para tanto, objetivou-se identificar possibilidades de ampliação das competências para atuar no ambiente comunitário a partir das atividades em grupo de Estratégias da Saúde da Família.

METODOLOGIA

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Pesquisa de campo com recorte transversal ao processo de trabalho de ESF, que se delimita pelas atividades em grupo. Configura-se pelo caráter exploratório-descritivo que permite aos pesquisadores/autores apreenderem os elementos e as relações desenvolvidas, no caso do presente

estudo, nas atividades em grupo. E, consecutivamente elaborar a questão de pesquisa a ser respondida com base nas variáveis selecionadas para descrever o objeto de estudo, as possibilidades de ampliação das competências de enfermeiros para com o ambiente comunitário (MINAYO, COSTA, 2019).

CENÁRIO DO ESTUDO

Contemplou-se por 12 municípios adstritos a Terceira Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (3ª CRS/RS), são eles: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Canguçu, Morro Redondo, Pelotas (sede da 3ªCRS/RS), Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul e Turuçu.

PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes pautou-se nos critérios de inclusão: adesão do município a Gestão Plena da Atenção Básica ou a Gestão Plena de Sistema Municipal e; o tempo de atuação mínimo de seis meses da equipe na ESF. Desta forma, computou-se 65 enfermeiros, dos quais 59 (90,77%) são do sexo feminino. A média de idade foi de $37,60 \pm 7,43$ (Média \pm Desvio Padrão), variando entre 24 e 55 anos de idade. Em relação a educação continuada, 50 (76,92%) possuem Especialização em Saúde da Família e 15 (23,08%) possuem Especialização na área de Saúde Pública e Saúde Coletiva. Delas, quatro (6,15%) possuem formação pós-graduada stricto sensu em nível de mestrado.

COLETA DE DADOS

Inicialmente realizou-se o levantamento do número de equipes de Estratégia Saúde da Família da região do estudo. Posteriormente, encaminhou-se solicitação formal à 3ª CRS/RS e às Secretarias Municipais de Saúde, explicando os objetivos e finalidades do estudo e assegurando-se a garantia do anonimato das instituições e dos indivíduos. Após a anuência das instituições, que forneceram o nome do enfermeiro de cada equipe e o endereço das unidades, realizou-se o agendamento das entrevistas, conforme disponibilidade da equipe.

Aplicou-se a técnica de entrevista semiestruturada gravada no interior da ESF, em ambiente definido pelo participante. O roteiro de entrevista foi previamente testado em estudo piloto promovido pelo Laboratório de Estudos e Processos Socioambientais e Produção Coletiva de Saúde (LAMSA), junto a outros enfermeiros da ABS e ajustado. Cada entrevista apresentou duração média de 150 minutos e compunha-se por 10 tópicos, dos quais se utilizaram três deles para a realização deste estudo: dados de identificação dos participantes, processo de trabalho e, atividades em grupo.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram transcritos em documento de texto e organizado em um banco de dados do LAMSA. Após a seleção dos três tópicos já referidos para utilização neste estudo, aplicou-se a eles a análise qualitativa temática (SOUZA, 2019). Esta compõe-se por três etapas: a pré-análise; a exploração do material e; o tratamento e interpretação dos dados. Na primeira, realizou-se a leitura e releitura exaustiva, representativa, homogênea e pertinente dos dados para identificarem-se e selecionaram-se as fontes de dados ratificadoras dos pressupostos. Em consecutivo, explorou-se o material para codificar recortes do texto em unidades de registro que constituíram os dados classificados em categorias teórico-empíricas. O tratamento e interpretação dos dados permitiu-nos dispô-los como fontes de informação científica dentro das categorias: **O ambiente na (re)definição das competências do processo de trabalho em atividades de grupo** e, **As interações como possibilidade de um planejamento competente das atividades em grupo**. A primeira destaca o ambiente como ponto de referência do desenvolvimento do processo de trabalho nas atividades em grupo e a segunda revela o potencial do ambiente sobre a comunicação e organização do processo de trabalho executado nas atividades em grupo.

ASPECTOS ÉTICOS

Após anuência das instituições participantes, submeteu-se e obteve aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196/96. Utilizou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do Participante, assinado em duas vias (uma para o participante e uma para o pesquisador), o qual informava o objetivo da pesquisa, a metodologia e as formas de divulgação do estudo. Ele ainda assegurava o anonimato das respostas, a disponibilidade dos pesquisadores para fornecerem informações, a possibilidade de deixar ser participante do estudo em qualquer momento do processo de pesquisa, sem sofrer qualquer prejuízo. Para a apresentação dos dados definiu-se a seguinte codificação para os depoimentos: **M01Eq12Enf01** - em que **M** equivale ao município; **Eq** a equipe e **Enf** o profissional Enfermeiro.

RESULTADOS

Os dados qualitativos estão apresentados de modo não excludente, ou seja, um participante insere-se em mais de um dado de acordo com depoimento sobre o processo de trabalho. Já a estatística

descritiva com frequência absoluta e relativa é apresentada apenas para consubstanciar os dados qualitativos.

O AMBIENTE NA (RE)DEFINIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DO PROCESSO DE TRABALHO EM ATIVIDADES DE GRUPO

Do conjunto de 65 (100%) enfermeiros, 49 (75%) destacam a utilização do interior ou dependências da estrutura física da própria ESF para a realização das atividades em grupo. Destes, somente 22 (34%) possuem sala de reuniões para o desenvolvimento de atividades em grupo. Observe os depoimentos:

Nosso grupo de hiperdia [hipertensos e diabéticos] é realizado toda a semana por microárea, assim cada grupo é uma vez por mês, mas para nós [equipe da ESF] os grupos ocorrem toda semana, aqui na sala de reuniões agora. Sou eu quem organizo a atividade em si, mas sempre conto com o apoio de algum agente comunitário, de preferência o responsável pela microárea (M03Eq02Enf08).

Nos fazendo o grupo [hipertensos e diabéticos] lá no armazém porque é mais perto para todos poderem participar e para nós conseguimos acompanhar aquela população mensalmente. Eles só vêm aqui [ESF] para renovar a receita médica a cada três meses ou quando precisam de outro atendimento (...) É muito bom porque já vemos o que eles estão comendo e bebendo. Eles já interagem e contam do churrasco, da bebida e as mulheres dos bolos e doces (M07Eq02Enf15).

Nós temos grupos de saúde da mulher em que trabalhamos o planejamento familiar, fazemos o acompanhamento das gestantes, esclarecemos dúvidas, as vezes convidamos os pais para participarem para resolver alguma situação que estamos sabendo. As vezes fazemos os grupos aqui, ali na área coberta [lateral da ESF], se está chovendo fazemos na sala de recepção e, algumas vezes utilizamos lugares na comunidade como a igreja ou o armazém que tem um pátio grande e um salão de festa ao lado (M08Eq11Enf60).

Eu prefiro fazer os grupos de mulheres aqui na unidade porque aqui [comunidade] tem muita violência doméstica e assim temos mais privacidade para conversar e falar sobre o assunto sem citar nomes (...) Algumas não participam quando fazemos o grupo na igreja porque não são evangélicas ou não se dão com alguém que frequenta ou porque a roupa que usa não está de acordo (...) (M05Eq05Enf21).

Conforme os depoimentos apresentados, para a frequência de realização das atividades em grupo prevaleceu a periodicidade mensal para os clientes e semanal para os profissionais da ESF. Houve menção a 148 (100%) grupos; destes 43 (29%) destinavam-se aos cuidados de clientes hipertensos, 37 (25%) ao de mulheres, 31 (21%) a de diabéticos. Dos 65 enfermeiros, 59 (91%) autorreferem-se como os profissionais responsáveis pela organização e execução das atividades em grupo.

AS INTERAÇÕES COMO POSSIBILIDADE DE UM PLANEJAMENTO COMPETENTE DAS ATIVIDADES EM GRUPO

A totalidade dos participantes deste estudo identificaram como uma das competências vinculadas as atividades em grupo a possibilidade de alcançar as metas de cobertura de atendimentos às populações prioritárias da ESF. São realizados diversos procedimentos de monitoramento dos sinais vitais, da taxa glicêmica, controle do consumo de medicamentos de uso contínuo. Além disto, 61 (94%) dos 65 (100%) enfermeiros revelam o uso de recursos lúdicos e audiovisuais como os instrumentos do processo de trabalho das atividades em grupo promotores da participação e interação entre profissionais-clientes.

As interações promovidas nas atividades em grupo revelaram problemáticas do ambiente comunitário que associam comportamentos não saudáveis dos clientes ao ambiente natural, de trabalho, de lazer e familiar. Vinte (31%) dos 65 (100%) enfermeiros referem o consumo de substâncias químicas alcóolicas e ilegais no ambiente familiar de seus clientes. Na zona rural há predomínio do consumo de bebidas alcóolicas e na urbana periférica das ilegais, mas em ambos se têm como consequência a violência no ambiente familiar. Doze (19%) associam o consumo de bebida alcóolica dos membros das famílias de seus clientes da zona rural ao trabalho agrícola e seis (8%) o de substâncias químicas ilegais da zona urbana periférica ao desemprego. Já a ausência de atividades e ambientes de lazer no ambiente comunitário torna as atividades em grupo da ESF, para oito (12%) enfermeiros, a opção para tal. Observe os depoimentos:

Quando realizarmos as atividades em grupo no salão da comunidade eles [clientes] ficam mais à vontade e conversam sobre os hábitos alimentares. Aqui o consumo de vinho durante as refeições é rotineiro, os homens também comem muito carboidrato no almoço por causa do frio. Eles trabalham na lavoura, trabalho braçal. As mulheres fazem comida com muita massa e batata (M03Eq03Enf04).

Nos grupos de mulheres observamos que elas se aproximam porque se identificam, sofrem violência doméstica, algumas desde a infância e outras do cônjuge porque os homens, pais, irmãos e maridos bebem demais ou usam algum tipo de droga, não trabalham, não têm um emprego (**M05Eq02Enf13**).

O processo de trabalho periódico das atividades em grupo permitiu aos enfermeiros identificarem as características socioambientais predominantes dos clientes. Dos 65 (100%) enfermeiros, 45 (69%) indicaram a faixa etária predominante nas atividades em grupo; 40 (%) a escolaridade; 32 (%) o local de trabalho; 31 (47%) o sexo e; 29 (%) a renda, conforme **Ilustração 1**.

Ilustração 1 – Características socioambientais predominantes dos clientes das atividades em grupo, RS-Brasil.

Características	N = 65	Variável Predominante (Freq. Absoluta)	
Faixa Etária	N = 45	Idoso (n=25)	Demais (n=20)
Escolaridade	N = 40	Ens. Fund. Incompl. (n=33)	Ens. Fund. Compl. (n=7)
Local de Trabalho	N = 32	Rural (n=25)	Urbano Periférico (n=7)
Sexo	N = 31	Feminino (n=25)	Masculino (n=6)
Renda	N = 29	Sem renda fixa (n=24)	Com renda fixa (n=5)

Fonte: os próprios autores.

Outras características socioambientais dos clientes apresentadas foram as condições hereditárias por 28 (43%) dos 65 (100%) enfermeiros. A hipertensão e o diabetes foram apontados por 19 (68%) dos 28 (100%) enfermeiros que mencionaram as condições congênitas; a depressão por oito (28%) e a obesidade por um (3,5%).

Já os aspectos do saneamento básico foram revelados por 27 (41%) enfermeiros dos 65 (100%) enfermeiros. Dos 27 (100%) enfermeiros, 11(40%) apontaram a carência ou ausência de estrutura referentes ao esgoto; nove (33%) referentes a água; cinco (18%) a energia elétrica e dois (7%) de coleta de lixo.

DISCUSSÃO

Os enfermeiros identificam a estrutura física da ESF e suas dependências como o ambiente prioritário para realização das atividades em grupo. Isto porque entendem que compete ao processo de trabalho deste modelo de atenção agregar este ambiente de trabalho ao da comunidade. De modo que, os clientes o identifiquem com potencial à resolutividade de suas necessidades humanas básicas, que não se restringem exclusivamente as consultas profissionais e aos procedimentos técnicos.

As atividades em grupo são oportunidades para a construção e troca de saberes relativos ao enfrentamento de problemáticas socioambientais como a depressão, a violência doméstica e a própria falta de lazer. Neste sentido, a adequação da estrutura física da ESF para conter um ambiente que permita a presença concomitante de um maior número de clientes durante a realização de uma mesma atividade é um dos princípios do modelo de vigilância em saúde. Princípio este denominado de caráter substitutivo, que sustenta a perspectiva de reestruturação física de ambientes já destinados a prestação de serviços de saúde à comunidade (MOROSINI, FONSECA, LIMA, 2018). A partir do que se tem a construção das salas de reuniões nas unidades de saúde da família, cujas dispõem de recursos mais adequados quanto a ventilação, iluminação, privacidade, entre outros.

Entretanto, o ambiente natural, social e de trabalho muitas vezes utilizados para facilitar o acesso de um maior quantitativo de clientes às atividades em grupo produz um novo olhar sobre o processo saúde-doença das comunidades. No presente estudo, armazéns, pátios de residências, salões comunitários e igrejas são exemplos referidos por enfermeiros, especialmente para aquelas ESF que se situam em zona rural.

O desenvolvimento das atividades em grupo em ambientes sociais da comunidade possibilita o (re)conhecimento por parte dos profissionais das peculiaridades familiar e comunitária. Essa atitude pode simplificar a aceitação dos clientes para a realização de intervenções necessárias à concretização do processo de trabalho da ESF. Uma vez que, ele está organizado para que a equipe multiprofissional atenda uma demanda programada e não a livre (BRAGHETTO, SOUSA, BERETTA, VENDRAMINI, 2019). Isto implica na necessidade dos clientes aceitarem a agenda de atendimentos rotineiros, de reconhecerem as competências dos demais profissionais, para além do médico, entre outros aspectos da organização do processo de trabalho em ESF. De modo geral, a comunidade precisa superar o binômio adoecimento-medicamento para se integrar as demais ações propostas por este modelo, cuja prevenção de agravos e a promoção à saúde são os elementos principais (SORATTO, PIRES, DORNELLES, LORENZETTI, 2015).

Os profissionais da ESF realizam outras atividades como a busca ativa de clientes faltosos, a monitorização mensal dos grupos prioritários, as visitas domiciliares. Nestas compete aos agentes comunitários de saúde identificarem clientes e situações de vulnerabilidade no ambiente comunitário, para posteriormente indicar aos demais profissionais (LOBO, JORGE, 2017; GARCIA, et. al., 2018). Os agentes comunitários são caracterizados pelos demais profissionais da equipe multiprofissional e mesmo pelos membros da comunidade como o elo de troca de informações entre serviços e as famílias da comunidade (BORGES, DUARTE, 2017; LOBO, JORGE, 2017). Fato que determina a capacidade de resolução de problemáticas socioambientais neste processo de trabalho da ESF.

A periodicidade e o quantitativo de grupos indicado pelos enfermeiros deste estudo revelam o predomínio do cuidado a clientes em situações crônicas de saúde como hipertensos e diabéticos. As interações permitiram aos enfermeiros identificarem que os clientes predominantes nas atividades em grupo estão na faixa etária igual ou acima de 60 anos, ditos idosos, e do sexo feminino.

Tais características são ratificadas como perfil da população diabética em atendimento em ESF, de acordo com um estudo realizado com 763 idosos na capital do RS (SILVA, et. al., 2016). Sabe-se que o envelhecimento populacional em consonância com fatores comportamentais como o consumo excessivo de bebidas alcólicas e de sódio nas refeições ampliam o risco para patologias como o diabetes e a hipertensão (CEMBRANEL, BERNARDO; OZCARIZ, D'ORSI, 2017). E, que autores apontam a relação inversamente proporcional entre o tempo de diagnóstico do diabetes e a qualidade de vida, ou seja, parece haver uma aceitação da condição patológica e uma banalização do autocuidado pelas pessoas com diagnóstico de diabetes com o passar do tempo (LIMA, et. al., 2018).

Diante do exposto, as atividades em grupo constituem-se no ambiente em que o processo de trabalho da ESF requer reciprocidade comunicacional entre os clientes e os profissionais, conforme destaca os enfermeiros deste estudo. E, ainda mais, o uso de recursos lúdico e audiovisuais fortalecem o entendimento do conteúdo abordado e proporcionam novas experiências aos clientes. Estas são massivamente associadas pelos clientes ao lazer da comunidade e não como uma obrigação para com sua saúde.

Outros profissionais têm destacado a importância destas atividades em grupo para a promoção do contato entre membros da comunidade. Eles enfatizam também ser imprescindível o uso dos recursos referidos pelos enfermeiros deste estudo, bem como a participação doutros profissionais para empoderar os clientes e obter sua participação e envolvimento (SERPA, LIMA, SILVA, 2018).

Pode-se inferir que o conhecimento territorial por parte dos profissionais da ESF configura-se em competência profissional frente ao seu processo de trabalho. Já que, este pretende constituir-se

majoritariamente, e não exclusivamente, na porta de entrada a rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (CARDOSO, CEZAR-VAZ, SANT'ANNA, BONOW, ALMEIDA, 2010). E, por serem os enfermeiros os principais responsáveis pelas atividades em grupo, segundo seus depoimentos neste estudo, apreender as nuances do ambiente social da comunidade torna-se imprescindível para o sucesso não só das atividades em grupo, mas de todo trabalho multiprofissional da equipe da ESF. Estudos apontam as atividades em grupo como as ações de trabalho das equipes da ESF com maior confluência de intervenções multiprofissional (CARDOSO, CEZAR-VAZ, COSTA, BONOW, ALMEIDA, 2013). Revelam a participação doutros profissionais externos a equipe como nutricionistas, psicólogos, entre outros (BONOW, CERZAR-VAZ, SANT'ANNA, CARDOSO, SILVA, 2011). E, ainda destacam a representatividade econômica de alguns grupos para a população feminina (CERZAR-VAZ, PIEKAK, BONOW, CARDOSO, ROCHA, ALMEIDA, 2014). Por tudo isso, acredita-se que as atividades em grupo são ambientes de amplo potencial para ampliação das competências profissionais e do próprio processo de trabalho da ESF.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu visualizar as atividades em grupo como um trabalho em saúde que se torna instrumento potencial para ampliar as competências comunitárias frente ao processo saúde-doença. Para tanto, os enfermeiros como principais realizadores dessas atividades tornam-se cogestores na transformação das diversas problemáticas da comunidade e na busca de soluções compartilhadas para a intervenção nos aspectos socioambientais condicionantes da saúde.

O ambiente da ESF foi apresentado pelos enfermeiros como o principal para a realização das atividades em grupo. Isto porque entendem que o caráter substitutivo proposto para diferenciar o processo de trabalho das demais equipes concerne em ampliar o vínculo e a participação dos clientes.

Por outro lado, a possibilidade de utilizar ambientes sociais da comunidade favorece a identificação e resolução de problemáticas comunitárias pelos profissionais. Paralelamente, contribuiu para a territorialização e o alcance das metas cobertura de atendimentos, especialmente em zonas rurais, nas quais as distâncias geográficas a serem percorridas podem ser uma barreira ao acesso da comunidade.

REFERÊNCIAS

Borges SAC, Duarte MJO. (2017). Surfando no controle: os lugares que os agentes comunitários ocupam na produção de saúde mental. *Saúde debate* [online], 41(114): 920-931. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711420>.

Bonow CA, Cezar-Vaz MR, Sant'Anna CF, Cardoso LS, Silva MRS. (2011). Grupos comunitários adstritos à estratégia saúde da família: estudo das características do processo criativo. *Ciê. Cuid. & Saúde*, 9(3):527-534. Doi: <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v9i3.9925>

Braghetto GT, Sousa LA, Beretta D, Vendramini SHF. (2019). Dificuldades e facilidades do enfermeiro da Saúde da Família no processo de trabalho. *Cad. saúde colet.* [online], 27(4):420-426. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201900040100>.

Brasil. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Acesso em: 2020 Abr 13. Disponível

em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Bonow CA, Almeida MCV. (2013). Promoção da saúde e participação comunitária em grupos locais organizados. *Rev. Bras. Enferm.*, 66(6):928-934 . Doi:<https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000600018>

Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Soares JFS, Silva MRS. (2011). Percepção da equipe de enfermagem no acompanhamento do processo de trabalho no Programa Saúde da Família. *Inv y Educ. en Enferm.*, 29(3):391-399. Acesso em: 2020 Abr 13. Disponível

em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/4323>

Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Sant'Anna CF, Bonow CA, Almeida MCV. (2010). Acolhimento: iniciativa para o desenvolvimento do processo de enfermagem na Estratégia Saúde da Família. *Vittalle (FURG)*, 22(1):39-49. Acesso em: 2020 Abr 13. Disponível

em: <https://periodicos.furg.br/vittalle/article/view/1173/1081>

Cembranel F, Bernardo CO, Ozcariz SGI, D'orsi E. (2017). Impacto do diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão sobre indicadores de consumo alimentar saudável: estudo longitudinal com idosos. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* [online], 20(1):33-44.

<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160081>.

Cezar-Vaz MR, Piexak DR, Bonow CA, Cardoso LS, Rocha LP, Almeida MCV. (2014). Evidencias sobre el potencial del desarrollo de grupos de artesanía a la salud de mujeres mayores. *Enferm. Comunit.*, 10(2). Acesso em: 2020 Abr 13. Disponível

em:<http://www.index-f.com//comunitaria/v10n2/ec9637.php>

Feitosa IO, Pimentel A. (2016). HIPERDIA: práticas de cuidado em uma unidade de saúde de Belém, Pará. Rev. Nufen: Phenom. Interd., 8(1):13-30. Acesso em: 2020 Abr 13. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v8n1/a03.pdf>

Garcia ACP, et. al. (2018). Melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica: perspectiva dos Agentes Comunitários de Saúde. Saúde debate [online],

42(118):606-617. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811805>.

Lima LR, et. al. (2018). Qualidade de vida e o tempo do diagnóstico do diabetes mellitus em idosos. Rev. bras. geriatr. gerontol. [online], 21(2):176-185.

Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170187>.

Lobo AC, Jorge MSB. (2017). Vínculos subjetivos do agente comunitário de saúde no território da Estratégia Saúde da Família. Trab. educ. saúde [online],

15(3):789-802. Doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00071>.

Minayo MCS, Costa AP. (2019). Técnicas que fazem uso da palavra do olhar e da empatia: pesquisa qualitativa em ação. Aveiro: Ludomedia.

Morosini MVGC, Fonseca AF, Lima LD. (2018). Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. Saúde debate [online], 42(116):11-24. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201811601>.

Serpa EA, Lima ACD, Silva ACD. (2018). Terapia ocupacional e grupo hiperdia. Cad. Bras. Ter. Ocup., 26(3):680-691. Doi: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoRE0784>.

Silva AB, et. al. (2016). Prevalência de diabetes mellitus e adesão medicamentosa em idosos da Estratégia Saúde da Família de Porto Alegre/RS. Cad. saúde colet. [online], 24(3):308-316. Doi: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201600030017>.

Souza Lk. (2019). Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática. Arq. Bras. Psicol., 71 (2): 51-67. Acesso em: 2020 Abr 13. Disponível

em: file:///C:/Users/lsc_enf/Downloads/souza2019AnliseTemtica.pdf.

Soratto J, Pires DEP, Dornelles S, Lorenzetti J. (2015). Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. Texto contexto - enferm. [online], 24(2):584-592.

Doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072015001572014>.

Torres GMC, et. al. (2018). O emprego das tecnologias leves no cuidado ao hipertenso na Estratégia Saúde da Família. Esc. Anna Nery [online], 22(3):e20170169. Doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0169>.

Capítulo 45

"EFEITOS DELETÉRIOS RELACIONADOS À PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA ENFERMAGEM EM UM CENTRO CIRÚRGICO, OBSTÉTRICO E MATERNIDADE"

[DOI: 10.37423/200400693](https://doi.org/10.37423/200400693)

Myria Ribeiro da Silva (Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: myriarib@uol.com.br. <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>

Talita Hevilyn Ramos da Cruz Almeida (Docente na Universidade Paulista).

Email: talitahevilyn@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9215364155778485>

Emilaine Santos Souza (Hospital Regional Costa do Cacau Ilhéus/Bahia).

E-mail: emilaine87@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/3314705908572222>

Ricardo Matos Santana (Professor Adjunto da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: ricmas@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/9385234501124106>

Carla Oliveira Porto (Enfermeira Obstétrica-Ilhéus/Bahia).

Email: calporto.ios@hotmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9559282283950973>

Dejeane de Oliveira Silva - Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia.

Email: dejeanebarros@yahoo.com.br. <http://lattes.cnpq.br/541843391771053>



RESUMO: Nas diversas áreas de trabalho na área da saúde, a flexibilização das relações de trabalho pode afetar a responsabilidade e o envolvimento do profissional, comprometendo a qualidade dos serviços e a continuidade das ações. O objetivo desse estudo foi descrever os efeitos deletérios relacionados à flexibilização do trabalho em enfermagem em um centro cirúrgico, centro obstétrico e maternidade. Trata-se de uma pesquisa descritiva qualitativa realizada com Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem em um hospital público do sul da Bahia no período de fevereiro e março de 2015. Os resultados evidenciaram o sentimento de impotência, insegurança, absenteísmo, sobrecarga de procedimentos bem como acúmulo de funções. Conclui-se que características como: Relação de estresse, desmotivação e ansiedade das profissionais, longas jornadas de trabalho se configuram o trabalho precário.

Muitos profissionais se submetem a esse tipo de relação flexível pela dificuldade de encontrar uma vaga no mercado de trabalho. Evidencia-se a falta de valorização da classe associada ao subdimensionamento de pessoal.

Descritores: Enfermagem. Obstetrícia. Esgotamento profissional.

INTRODUÇÃO

Ao longo da história é possível identificar distintas formas de flexibilização das relações de trabalho, seja na área de saúde ou não. Durante a época Medieval especialmente a era do Sistema Feudal, observa-se que os trabalhadores, denominados “servos” faziam um tipo de acordo, com pouquíssimas vantagens para o mesmo, com senhor Feudal, dono das terras. Nesse período não havia moeda e ser dono de um vasto território ou parte dele significava ter poder e status. A terra era o dinheiro daquela época. O servo possuía uma relação com o dono das terras e seu trabalho era quase que “escravo” (RAVAGNANI, 2015).

Muitos anos depois, no século XVIII, as novas descobertas e o avanço tecnológico deram início ao que chamamos de Sistema capitalista. Nesse momento, a crise financeira assolava os trabalhadores rurais os quais migraram para trabalhar nas fábricas recém construídas nos grandes centros urbanos. É importante destacar que a Revolução Industrial no Brasil ocorreu tardiamente e conseqüentemente os direitos trabalhistas. Destaca-se que, nesse período o trabalhador não tinha nenhum benefício, plano de carreira ou seguridade social. Fato que teve início de maneira bem incipiente com a Lei Eloi Chaves em 1923, que criou as Caixas de Aposentadoria e Pensões, atual Previdência Social, a qual fornecia assistência médica. No entanto, essa assistência tinha com foco na doença e o sistema medicalocêntrico, a figura do médico representava a solução (FIKELMAN J, 2002).

Na década de 70 vivemos o auge da Reforma Sanitária, que culminou na nossa Constituição de 1988 onde grandes avanços foram estabelecidos na saúde pública, com a criação das Leis orgânicas 8080/1990 e 8142/1990 formação do Sistema Único de Saúde (SUS). Contudo, mesmos com os avanços obtidos, ainda vive-se um sistema onde a figura do médico se sobrepõe aos demais componentes da equipe, principalmente o enfermeiro, tal fato se evidencia pela desvalorização da classe da Enfermagem, baixa remuneração, falta de um piso salarial e constante subdimensionamento e sobrecarga (FIKELMAN J, 2002).

A palavra flexibilização é caracterizada pelas modificações do direito do trabalho. No que se refere aos direitos que o colaborador deve possuir e envolve a relação entre capital e o trabalho. Dentre as causas desse processo destacam-se as novas tecnologias, desemprego e crise econômica (ALVES, 2015).

Infelizmente a classe da Enfermagem vem enfrentando desde meados dos anos 2000 o processo de flexibilização. A falta de remuneração adequada e falta de piso salarial é um grande desafio enfrentado, principalmente nas instituições públicas. Esse quadro leva muitos profissionais a possuírem mais de um vínculo empregatício, visto que, um “emprego” não fornece o recurso

necessário para prover as despesas da família. Isso gera uma sobrecarga física e mental ao trabalhador que se permite ter esse tipo relação abusiva por parte do empregador (ALVES, 2015).

Tendo em vista a gravidade e complexidade da temática surgiu a seguinte questão: Quais os efeitos deletérios relacionados à flexibilização das relações de trabalho na Enfermagem?

A relevância desse estudo está pautada na gravidade de se ter uma classe profissional relevante dentro do processo de cuidar em todos os níveis de Atenção à Saúde que não é bem remunerada e não possui valorização compatível com a importância dos cargos que desempenha. O objetivo desse estudo é descrever os efeitos deletérios oriundos da flexibilização das relações de trabalho com Enfermeiros assistentes do centro cirúrgico, centro obstétrico e maternidade de um hospital público no Sul da Bahia.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo observacional descritivo, de característica exploratória. Para coleta dos dados utilizou-se da observação direta, entrevista semiestruturada e de fonte secundária como os prontuários, a partir da análise das evoluções e anotações de Enfermagem, bem como as prescrições e cuidados realizados.

O Hospital escolhido para a realização da pesquisa encontra-se na Região Sul do Estado da Bahia e utilizaram-se dados coletados no período de fevereiro e março de 2015. Os critérios de inclusão foram: profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes na instituição que prestam assistência no centro cirúrgico, centro obstétrico e maternidade. Dentre os critérios de exclusão estão: profissionais que não fazem parte da equipe de enfermagem e equipes de enfermagem que prestam assistência em outros setores.

A análise dos dados foi realizada por intermédio de uma interpretação dialética. Os passos utilizados foram: ordenação, classificação dos dados e análise final. Para a classificação dos dados foi realizada a leitura exaustiva e repetida de todo o material, destacando as estruturas de relevância.

Os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo e de seu caráter sigiloso, deixando claro que poderia haver interrupção da sua participação a qualquer tempo e sem qualquer tipo de prejuízo, por livre escolha do mesmo. Os entrevistados que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, com CAAE: 21480413.8.0000.5526, da Universidade Estadual de Santa Cruz-UESC.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Utilizou-se como sujeitos do estudo duas enfermeiras e quatro técnicas de Enfermagem que trabalhavam no centro cirúrgico, centro obstétrico e maternidade. A partir da análise observacional em cada setor e entrevista aplicada identificou-se as seguintes características ou estruturas de relevância como aponta o **quadro 1**.

QUADRO 1: Efeitos deletérios relatados que evidenciam flexibilização do trabalho, Itabuna Ba, 2015.

Efeitos analisados	(%)
Impotência	100
Insegurança	100
Submissão a categoria médica	100
Constante transferência de setor	100
Sobrecarga de procedimentos	100
Acúmulo de funções	100
Absenteísmo	100
Total	100

Fonte: O próprio autor.

A desvalorização vivida pela categoria de enfermagem tem sido regida principalmente pela Lei da oferta e procura em que, quando a oferta do serviço excede a demanda de mercado, seu preço ou valorização tende a cair (PECORA AR, FILHO NM, 2014). Segundo os estudos de Frota MA et al. (2020), o número de escolas de enfermagem no Brasil está crescendo exponencialmente, e em contraponto, não há mercado de trabalho para sustentar toda essa oferta, gerando assim a um desequilíbrio no mercado de trabalho, levando à desvalorização profissional.

Segundo Machado MH (2016), mais de $\frac{1}{4}$ dos enfermeiros exerce ou exerceu a função de técnico ou auxiliar nas instituições de saúde. Isso tem gerado dificuldades pelo profissional enfermeiro em assumir o papel de liderança na equipe, pois o respeito à hierarquia existente entre os profissionais de Enfermagem tem estado comprometida, haja vista que os técnicos em enfermagem, os quais também possuem formação superior, muitas vezes deseja a oportunidade de emprego do enfermeiro que o lidera, fomentando assim a geração de conflitos (FROTA MA et al., 2020). Essa concorrência, somada aos desgastes físicos e mentais inerentes à profissão, gera insegurança por parte do

profissional em relação ao seu trabalho e conseqüentemente gera esgotamento emocional (ÁVILA LI et al., 2013).

No estudo de Vieira BDG et al. (2013), foi evidenciado que o enfermeiro obstetra se depara com o desprezo e dificuldade de aceitação na própria equipe de Enfermagem, evidenciando assim a falta de cumplicidade e corporativismo, o qual tem o perfil totalmente diferente ao vivenciados por outras profissões na área da saúde. Berti HW, et al. (2008) ainda aponta que a autonomia do enfermeiro obstetra sofre prejuízos por conflitos conseqüente de intervenções dos membros da equipe de enfermagem em suas decisões e afazeres, além de serem provados pelos profissionais de nível médio da equipe, como que para exercer sua liderança dependesse de aprovação dos mesmos.

Considerando que o número de graduados em Enfermagem é sempre maior que o de médicos, infere-se que o mercado de trabalho seja desfavorável para o enfermeiro devido sua concorrência (FROTA MA et al., 2020). A falta de oportunidades em conjunto com as necessidades de todo ser humano, tem favorecido na manutenção da aceitação de condições frágeis de emprego, e até mesmo favorecido na procura de oportunidades em outros países (FROTA MA et al., 2020).

A insegurança foi relatada por todas as profissionais do estudo. Infelizmente, esse sentimento está associado à falta de vínculo seguro através de concurso público por exemplo. Destaca-se o fato de que todas as profissionais entrevistadas são contratadas. A falta de um posicionamento adequado diante dos gestores sobre temáticas que envolvem carga horária, remuneração e a própria sobrecarga de tarefas desempenhadas, se dá pelo medo da demissão.

Sabe-se que o mercado de trabalho na área da Enfermagem atual está cada vez mais difícil. Infere-se que a falta de bancas e seleção adequadas bem como pequeno número de concursos na área, aliada à cargos políticos e vínculos adquiridos através de indicações, pode ser um fator preditivo. Os critérios de seleção de pessoal devem ser rigorosos e dotar de ética, selecionar realmente o candidato mais apto para o cargo baseado nos conhecimentos teóricos e práticos. No entanto, muitas seleções na área da saúde são realizadas considerando o viés político. Esse é um problema enfrentado em muitos municípios do território brasileiro como aponta Alves e colaboradores, (2015).

Alves, (2015) destaca a terceirização como uma evidência da precarização ou flexibilização das relações de trabalho, que resultam na fragmentação do trabalho, descontinuidade das ações de saúde, bem como insatisfação e baixa estima do trabalhador. Além disso seu estudo evidenciou a insatisfação por parte dos trabalhadores quanto a rotatividade dos profissionais, os mesmos relataram que isso é um grande problema que interfere de forma negativa na qualidade da assistência. A insegurança e medo

também foram relatados. A descrição dos estudos de Alves e colaboradores (2015) corroboram com o presente estudo, exceto a terceirização dos profissionais de enfermagem.

Aliada a insegurança e ao medo da demissão tem-se o sentimento de impotência. Essa característica relatada por todas as profissionais do estudo está aliada à falta de autonomia que a Enfermagem tem em comparação aos demais seguimentos profissionais. A submissão à categoria médica também foi mencionada e se configura um problema pois interfere na moral e confiança do Enfermeiro. É importante destacar que a assistência ao paciente deve ser interdisciplinar, porém, isso não significa ser submisso à categoria médica. Cada profissão tem suas especificidades e teorias próprias pautadas na ciência (WACHHOLZ, 2019).

O estudo realizado por Wachholz e colaboradores (2019) em uma instituição localizada no Rio Grande do Sul evidenciou a falta de autonomia do Enfermeiro e a destacou como um fator que interfere na moral do profissional, que sente muitas vezes a necessidade de provar sua competência para o médico, fisioterapeuta e até mesmo para outros profissionais de enfermagem de nível técnico. É importante destacar que o sofrimento moral e a falta de autonomia, além de proporcionar tensão e stress, geram fragilidades ao enfermeiro e interferem na tomada de decisão relacionada à assistência e consequentemente interferem nas prescrições de enfermagem.

Vieira BDG et al (2013), aponta em seu estudo que é preocupante ainda se encontrar entre os próprios enfermeiros o discurso onde o médico é visto como em um nível hierárquico mais elevado que o do enfermeiro, preocupando-se com o reconhecimento do mesmo para conseguir exercer sua profissão, deixando subentendido que reconhece um grau de inferioridade da Enfermagem em relação à Medicina.

A desvalorização da Enfermagem é evidenciada tanto nessa pesquisa como nos estudos de Wachholz et al (2019). Percebe-se uma cultura organizacional onde a enfermagem é vista como subalterna ao profissional médico. Essa cultura está enraizada na nossa sociedade que desde tempos remotos associa a cura para os seus problemas de saúde à figura do médico. É necessário que haja atividades de promoção à saúde com a comunidade de modo que todos compreendam que saúde não é apenas ausência de doença, mas que tem como foco atividades de prevenção e que o problema de saúde não tem sua resolutividade pautada somente na ação do médico. No entanto, para que a Enfermagem tenha a relevância social que merece é necessário empenho, ética e conhecimento científico (WACHHOLZ, 2019).

A sobrecarga de funções e de carga horária relatada em 100% das entrevistadas nesse estudo é evidenciada pelo grande número de absenteísmo na instituição. Esses relatos caracteriza o trabalho

como precário, dotado de alto nível de flexibilização. O contexto delineado acima é resultante da falta do dimensionamento adequado de recursos humanos. Sabe-se que o cálculo adequado de profissionais na área da assistência de enfermagem deve ser fundamentado de acordo com as orientações regidas pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem- COFEN nº 543/2017 e deve levar em consideração o nível de dependência que cada paciente demanda.

CONCLUSÃO

A flexibilização das relações de trabalho, bem como a precarização é um problema característico das instituições públicas do Brasil. Essa temática possui variáveis complexas como subdimensionamento, carência de autonomia que está atrelada a falta de um vínculo sólido e de remuneração adequada. Diante do perfil delineado é importante que haja fiscalização rígida pelos órgãos responsáveis como os Conselhos Regionais de Enfermagem no que se refere ao dimensionamento de pessoal. É imprescindível que a classe que representa a Enfermagem seja atuante e busque de fato implementar um piso salarial digno, atrelado a isso é de grande importância que haja uma mudança na cultura organizacional de instituições hospitalares para que a categoria Enfermagem seja devidamente valorizada.

REFERÊNCIAS

- RAVAGNANI, AC. História da Enfermagem. 1ª edição. Rio de Janeiro: SESES, 2015.
- FIKELMAN J. Caminhos da saúde pública no Brasil. 20ª edição. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
- ALVES SMP et al. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. Ver. Ciência & Saúde Coletiva, n. 20, v.10, p.3043-3050, 2015.
- WACHHOLZ A; et al. Sofrimento moral e satisfação profissional: qual a sua relação no trabalho do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP, n. 53, p.03510, 2019.
- COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução COFEN n. 543 de 18 de abril de 2017. Dispõe sobre a atualização e estabelecimento dos parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais da Enfermagem nos serviços em que são realizadas as atividades de enfermagem. Brasília, (DF), 18 de abril de 2017. Disponível em <http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html>. Acesso em 13 de abril de 2020.
- FROTA MA, et al. Mapeando a formação do enfermeiro no Brasil: desafios para atuação em cenários complexos e globalizados. Ciência & Saúde Coletiva, v. 25, n. 1, p. 25-35, 2020.
- AVILA LI, et al. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. Ver Gaúcha Enferm; V. 34, n. 3, p. 102-109, 2013.

BERTI HW, et al. Percepção de enfermeiros recém graduados sobre sua autonomia profissional e sobre o processo de tomada de decisão do paciente. *Rev Latino Am Enfermagem*; v. 16, n. 2, p. 184-191, 2008.

MACHADO MH. Notas metodológicas. *Enferm Foc*; v. 7, n. esp., p. 06-08, 2016.

PECORA AR, FILHO NM. O papel da oferta e da demanda por qualificação na evolução do diferencial de salários por nível educacional no Brasil. *Estud Econ*; v. 44, n. 2, p. 205-240, 2014.

VIEIRA BDG, et al. As implicações da prática profissional de enfermeiros obstetras egressos da EEAN: A qualidade da assistência. *Rev Fundam Care*; v. 5, n. 4, p. 408-16, 2013.

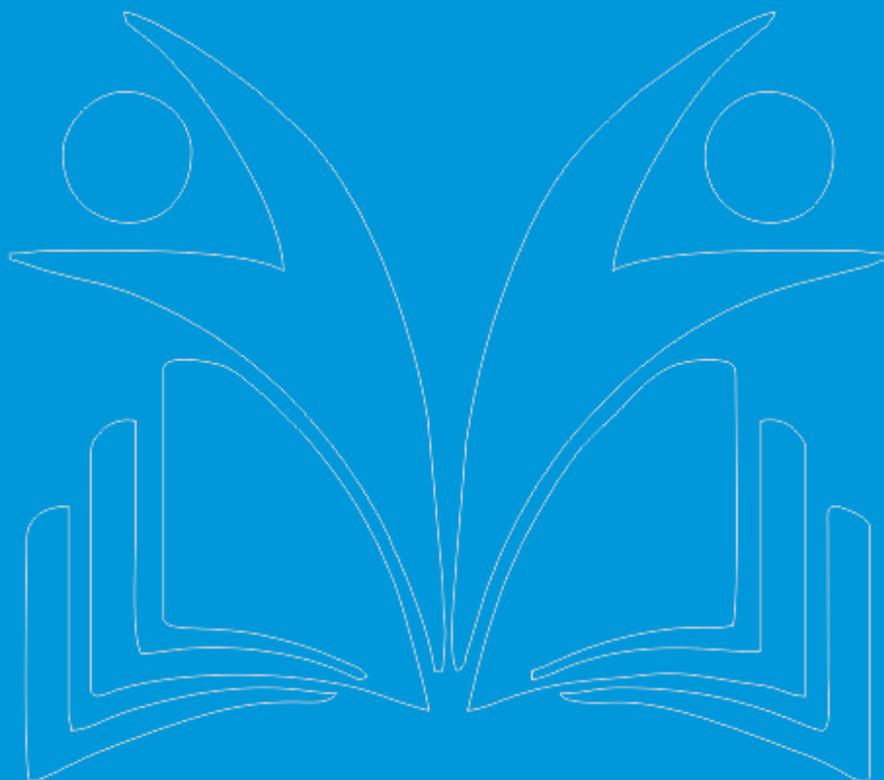
Capítulo 46

COLCHA DE RETALHOS: COSTURANDO COM METODOLOGIAS ATIVAS.

[DOI: 10.37423/200400694](https://doi.org/10.37423/200400694)

Tábata Cristina Gomes dos Santos (Mestre em educação, enfermeira e professora da Faculdade Arthur de Sá Earp Neto (FASE).

Maria Cecília Marcolino da Silva (Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro e professora da Faculdade Arthur de Sá Earp Neto (FASE).



INTRODUÇÃO

A necessidade do uso da criatividade pelo docente em sala de aula tem sido fundamental, uma vez que os discentes hoje têm a facilidade de pesquisa online, livros, artigos e outras fontes de busca. Assim, o docente precisa de novas formas para conseguir inovar a escola e propiciar condições favoráveis que possibilitem o interesse dos discentes.

Ensinar enfermagem tem sido um desafio grande já que estamos em uma instituição de ensino e recebemos todos os tipos de discentes. Hoje, podemos encontrar jovens recém-saídos do ensino médio em maior quantidade na sala de aula, bem como discentes mais velhos e com responsabilidades financeiras. A partir desta diversidade, fica notória a necessidade de mudança de estímulos em sala, devido a dificuldade de conseguir prender a atenção do aluno.

Alencar e Silva¹ discutem sobre a criatividade e estímulo durante o ensino de enfermagem em uma faculdade. Na pesquisa foi constatado que embora os professores se considerassem criativos quanto as abordagens utilizadas, seus alunos não os visualizavam de tal maneira. Foi demonstrado através da tabulação de dados que o currículo não favorecia o docente, nem o discente. Esta deficiência no ensino não atrapalha somente os educandos, como também desestimula o professor, fazendo com que este necessite de uma maior motivação para a incitação da turma na compreensão das aulas e na aproximação com o mesmo. Ao utilizar a variação de estímulo com criatividade, pode-se conquistar o reconhecimento e a valorização de suas ações, por parte de toda a comunidade escolar.

O presente trabalho surgiu no início do semestre de 2014.1 pela disciplina de Fundamentos de Enfermagem III, na Faculdade Arthur Sá Earp Neto, localizada em Petrópolis, Rio de Janeiro. Esta atividade teve início quando nós, duas docentes responsáveis pela disciplina de Fundamentos pudemos perceber a dificuldade de integração entre discentes-discentes e discentes-docentes. Esta observação sobre a turma, já havia sido referida anteriormente quando uma de nós, responsável pela disciplina de Exercício Profissional, percebeu no primeiro período comportamentos inadequados em relação aos discentes.

Para conseguirmos criar essa relação docente-discente, no início do período letivo, após conversa com a turma, os mesmos manifestaram o desejo de mudar a postura e o olhar da instituição perante a turma. A partir desse momento, todas as atividades propostas em sala ou extra, foram para promover

a integração entre a turma como os mesmos, a turma e os docentes, bem como despertar o interesse real pela enfermagem.

É preciso que os alunos tenham uma atitude de querer aprender, e cabe tanto ao professor quanto a própria instituição de ensino despertar nesse aluno o interesse, a motivação, atenção, compreensão, participação ativa e expectativas sobre conhecer, fazer e conviver com as demais pessoas e pares, respeitando-as em suas individualidades.

OBJETIVOS

- 1) Motivar a aproximação discente-discente e discente-docente visando a melhoria tanto nos relacionamentos quanto no aprendizado.
- 2) Despertar nos acadêmicos de Enfermagem uma nova atitude diante dos desafios do curso bem como o interesse pela enfermagem.

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

A disciplina de Fundamentos de Enfermagem possui um programa flexível, sendo ajustado de acordo com a demanda da turma. Como foi observada uma dificuldade de aproximação com a turma, foi programada uma análise com o filme: *Colcha de Retalhos*” dirigido por Jocelyn Moorhouse de 1995. Este filme fala sobre Finn, uma mulher prestes a se casar e elaborando sua tese, resolve morar com sua avó. Lá, passa a conviver com as amigas de sua avó que estão preparando um presente de casamento para Finn, uma colcha de retalhos. O filme se passa com essas mulheres montando a colcha com o tema: “O que é o amor”. Cada uma delas fica responsável por uma parte da colcha e seus retalhos são “retrato” de seus sentimentos guardados sobre o amor. A partir de então, cada uma vai contando sua história e o que aquilo representa para elas.

Após a análise e discussão do filme em sala de aula, foi proposto pelas professoras e aceito imediatamente pela turma, a confecção de uma colcha de retalhos afim de que os discentes tivessem contatos informais com seus próprios colegas de turma e com as docentes em questão. A turma possuía 36 discentes, que foram divididos em dois grupos de dezoito e sorteados os seguintes temas: 1) O que é a Enfermagem para mim? e 2) O que eu espero da enfermagem no futuro.

Assim, foi reservado outro dia (no horário da disciplina), para que cada um trouxesse seus retalhos prontos para a montagem da colcha. Prontamente, uma das discentes apontou a mãe como costureira, sugerindo que a mesma pudesse ajudá-los na costura final.

Chegado o dia da construção da colcha, foi solicitado que cada um falasse sobre os sentimentos que os motivaram a confeccionar aquele desenho, construído em casa. Tão logo o discente explicava seu retalho, o mesmo o costurava ao lado de outro colega. O tempo de construção da colcha foi aproximadamente de trinta dias entre a escolha e compra dos tecidos, até o dia da construção.

RESULTADOS

Foram confeccionadas duas colchas no tamanho de 220 x 240cm que inicialmente fariam parte apenas do portfólio da disciplina. Após o encerramento da confecção da colcha, os docentes e os discentes apresentaram a atividade na XIII Semana da Enfermagem da Faculdade Arthur Sá Earp Neto em atividades inovadoras, ganhando menção honrosa. A turma havia combinado de rifar as colchas para angariar fundos para a formatura, no entanto, resolveram presentear as docentes com as mesmas.

CONCLUSÃO

A atividade proposta refletiu de forma positiva durante todo o período letivo, como também estreitou os laços de relacionamentos entre docentes-docentes e docentes-discentes. Se por um lado a possibilidade de se tornar uma atividade falida devido a inúmeras divergências entre os mesmos era grande, por outro, a vontade de se apresentarem diferente e quererem mudar foi maior, superando as expectativas. Este trabalho reiterou o papel do professor de mais do que mero “detentor de conhecimento”, mas aquele que estimula o aluno para buscar o seu próprio conhecimento.

CONTRIBUIÇÕES PARA ENFERMAGEM

A atividade teve total interesse e empenho dos discentes, mostrando que a enfermagem tem sim se doado e buscado a excelência. Este afincamento mostra o perfil dos futuros enfermeiros que o mercado em breve estará recebendo, com caráter, esforço, vontade, educação, ética e possuidores de conhecimento.

REFERÊNCIAS

1.Silva O; Alencar EMLS. Criatividade no ensino de enfermagem - enfoque triádico: professor, aluno, currículo. Rev. bras. enferm. [periódico na Internet]. 2003 Dez [citado 2014 Jun 27] ;56(6): 610-614. Disponível

em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000600003&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672003000600003>.

Capítulo 47

AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM VERSUS RELAÇÕES PEDAGÓGICAS ENTRE PROFESSORES E ALUNOS DE UM CURSO DE ENFERMAGEM

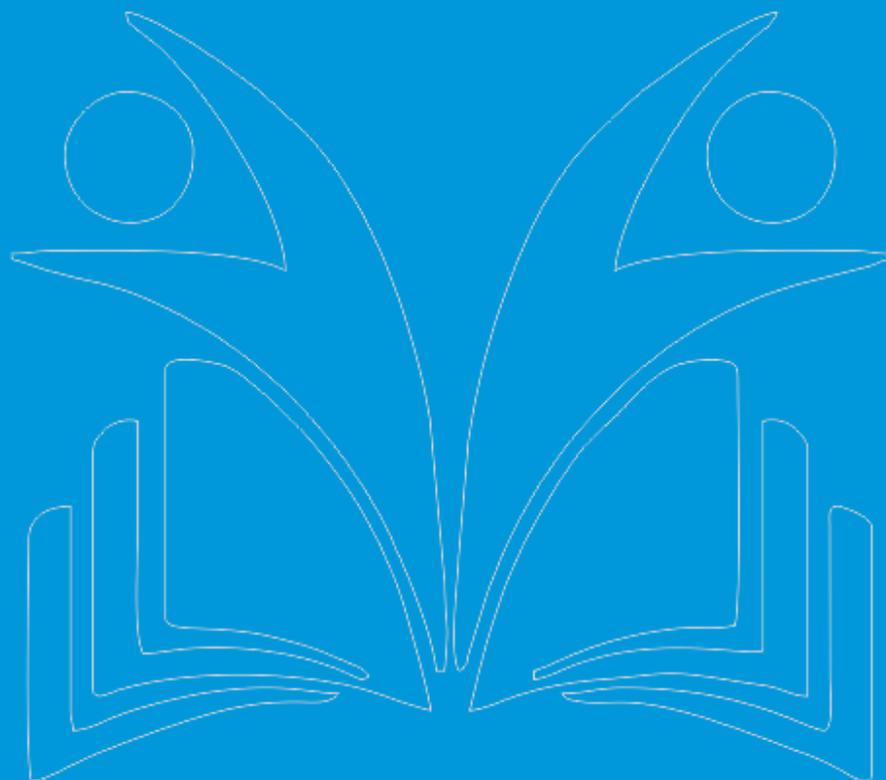
[DOI: 10.37423/200400695](https://doi.org/10.37423/200400695)

*Gênesis Vivianne Soares Ferreira Cruz (Docente da Faculdade de Enfermagem,
Universidade Federal de Mato Grosso. Doutora em Enfermagem).*

geviferreira@gmail.com

*Danielle Cristine Pereira de Arruda (Enfermeira da Prefeitura Municipal de
Comodoro, Mato Grosso).*

*Ronaldo Rodrigues Pinheiro (Enfermeiro do Hospital Filantrópico Santa Casa de
Misericórdia de Rondonópolis, Mato Grosso).*



INTRODUÇÃO

A educação corresponde a uma ação que pode ser exercida diante do sujeito ou de um grupo, implicando em uma relação influente entre as pessoas, buscando alcançar propósitos explícitos e intencionais, promovendo aprendizagens, mobilização de saberes, utilização de recursos pedagógicos dinâmicos e estímulos à criatividade e reflexão (CRUZ; PEREIRA, 2013; LIBÂNEO et al., 2007).

Nesse contexto educacional ocorrem diversas relações pedagógicas, dentre as quais trazemos as que fazem conexão entre os componentes do chamado “triângulo pedagógico” – o professor, o aluno e o saber (NÓVOA, 2000). Estas relações são marcantes para ambos os sujeitos do ensino, os professores e os alunos, mas sobre estes últimos recai o fato de que eles dependem, em grande parte, dos primeiros para obter sucesso e fazer progressos na sua vida acadêmica e conseguir, ao final dela, o almejado diploma universitário (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013).

Nas instituições universitárias mais tradicionais ainda compete aos professores pensar todo o processo pedagógico desde o planejamento das atividades teóricas e práticas, até as diferentes formas de implementar o ensino planejado; são eles que avaliam se os alunos alcançaram ou não as competências desejadas ao final do processo de ensino-aprendizagem (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013). Este modelo pedagógico revela o professor como centro do processo educativo, como o sujeito que margeia o ensino-aprendizagem e o aluno é aquele que, na maioria das vezes, está à sua margem, o qual depende, em grande parte, das decisões e das formas de atuar dos primeiros.

Porém, sob uma perspectiva mais inovadora e reflexiva do ensino, se privilegia a relação entre o aluno e o saber, estabelecendo uma conexão que traz o aluno ao protagonismo do processo educativo, em que ao professor compete o papel de apoio ao aluno na construção e na configuração desse saber. Neste contexto o professor atua como elo entre o aluno e os saberes e conhecimentos que lhes são necessários para atuar com competência formal e política no seu futuro como profissional em qualquer área do conhecimento (CRUZ, 2011; CRUZ; MATTOS; PEREIRA, 2013; DEMO, 2002).

Nessa trajetória, a avaliação, por vezes se torna uma das barreiras mais difíceis de transpor durante a vida acadêmica (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013). Reconhece-se sua grande importância no ensino-aprendizagem como um “processo” e não há como não avaliar, por isso mesmo deve estar intimamente ligado com o planejamento, os objetivos, os conteúdos e a metodologia, para que além de cumprir seu papel didático-pedagógico também faça sua parte no que diz respeito aos aspectos

sociais do ensino, com vista à democracia e à ética (DEMO, 2003; MATTOS; CRUZ; MONTEIRO; PEREIRA, 2013).

Define-se aqui o termo 'avaliação da aprendizagem' como um processo contínuo e sistemático, funcional e orientador dos objetivos educacionais do ensino, ou seja, um instrumento necessário ao contexto educacional para a verificação da aprendizagem dos alunos, através do qual podem ser propostos e repensados meios de intervenção utilizados pelo professor para adequação de uma aprendizagem que lhes seja significativa (PELISSONI, 2009).

A verificação da aprendizagem está presente em todo o processo estudantil do sujeito, tornando-se cada vez mais complexa e desafiadora conforme vão se passando os anos de estudo, por isso, no ensino superior suas características classificatórias e comparativas se tornam ainda mais evidentes e marcantes para os sujeitos do ensino, os alunos (LIBÂNEO et al., 2007). A prática de avaliação da aprendizagem no ensino superior tem apresentado uma realidade que mostra conflitos entre as experiências tradicionais de naturezas classificatórias e as novas tendências e procedimentos avaliativos inovadores (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013).

Estudos realizados no ensino superior revelam que a avaliação da aprendizagem é o momento mais crítico da relação pedagógica entre professores e alunos, com apontamentos marcantes sobre o seu uso para o exercício da dominação e da arbitrariedade (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013; MIRANDA NETO, 2002; PEREIRA, 2008; PERREIRA; CHAOUCHAR, 2008), especialmente nos contextos onde a avaliação da aprendizagem é realizada durante os campos práticos de estágios para formação dos acadêmicos da área da saúde, incluindo a formação no curso de enfermagem. Neste capítulo, buscou-se a perspectiva dos alunos do curso de graduação em enfermagem de uma universidade pública federal, acerca das suas experiências vivenciadas sobre as avaliações de aprendizagem utilizadas pelos professores em campo prático e estágios supervisionados, as quais ocorreram durante sua formação acadêmica.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa se ocupa de um nível de realidade que não pode ser quantificada, ao invés disso, olha para crenças, valores, atitudes e outras motivações, ou seja, um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2009; TAQUETTE; MINAYO, 2016).

No presente estudo foi feita uma seleção de acadêmicos matriculados no último semestre do curso de enfermagem de uma universidade pública federal, por meio de convite eletrônico e telefônico. Os que foram interessados em participar voluntariamente da pesquisa, foram agendadas entrevistas individuais, atingindo o número de 04 sujeitos.

Para coleta de dados realizou-se a entrevista aberta não estruturada, com a finalidade de permitir que os alunos falassem sobre suas experiências com as práticas pedagógicas dos professores durante o curso, especificamente com relação à avaliação da aprendizagem em campo prático e estágios supervisionados. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas para, assim, proceder à análise dos dados, conforme a análise de conteúdo na modalidade de análise temática (MINAYO, 2012). Através das falas dos alunos, foram extraídos os conteúdos chave para a compreensão do sentido real da avaliação da aprendizagem em campo prático no ensino superior.

Para codificar os sujeitos do estudo, foram utilizadas as seguintes abreviaturas: 'AC1', 'AC2', 'AC3' e 'AC4', de acordo com a sequência de entrevistas. Também foram alterados os nomes dos professores citados, substituindo-os por letras do alfabeto grego, e os nomes das disciplinas citadas por códigos. As entrevistas ocorreram em novembro e dezembro de 2010. Essa pesquisa teve autorização prévia das instâncias Superior de Ensino da instituição, bem como a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº 777/2010, atendendo as exigências da Resolução nº 466 (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De modo geral, os relatos dos sujeitos desse estudo trouxeram grande ênfase ao momento acadêmico em que cada um vivenciava: o estágio supervisionado. Este ocorre nos últimos semestres do curso de graduação em enfermagem, e geralmente, é um momento em que aluno sente-se mais desafiado, por assumir uma postura mais autônoma na prática. Nesse contexto estimula-se a construção de posturas éticas e autônomas, buscando articulação das necessidades sociais e científicas aos processos de intervenções em enfermagem (WERNECK et al., 2010).

A Lei n. 11.788/2008 em seu artigo primeiro define o estágio acadêmico como:

“[...] ato educativo escolar supervisionado, desenvolvido no ambiente de trabalho, que visa à preparação para o trabalho produtivo de educando que estejam frequentando o ensino regular em instituições de educação superior, de educação profissional, de ensino médio, da educação especial e dos anos finais do ensino fundamental, na modalidade profissional da educação de jovens e adultos” (BRASIL, 2008).

O processo de ensino/aprendizagem também está presente nesta fase e é composto por quatro elementos: o aluno, o professor, o saber e a instituição, sendo a interação entre esses elementos essencial para o processo (CRUZ, 2011). Essas relações pedagógicas podem interferir de forma direta no processo de avaliação da aprendizagem dos alunos, principalmente a relação pedagógica professor-aluno. Nesse sentido, as atitudes professores podem facilitar ou, até mesmo, dificultar o processo ensino/aprendizagem (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013; LODER, 2009). É justamente nas sinuosidades dessas relações pedagógicas que encontramos as controvérsias.

“... ela [a professora] não gostou [do meu desempenho em campo prático] e disse que inclusive minha avaliação foi péssima porque falei mal com ela... Então tudo que eu tinha feito, que tinha avançado, nada valeu. (...) um momento, então, interferiu em toda a minha avaliação e isso pra mim é um absurdo! Eu não sou só aquele momento” (AC4)

Percebe-se, através desta fala, que certas atitudes do aluno para com o professor podem prejudicar a avaliação da aprendizagem, desprezando as demais atitudes tomadas e as atividades realizadas durante todo o período de estágio. Em contraposição a esse evento, entende-se que a avaliação deveria ser formativa, ou seja, uma avaliação contínua realizada durante todo o processo de ensino/aprendizagem, analisando constantemente o aluno e promovendo a continuidade do processo (LIBÂNEO et al., 2007). Sendo assim, a avaliação do aluno não deveria se limitar a uma fala ou atitude isolada e sim ser um ato processual, contemplando todo o conhecimento teórico-prático do aluno.

É importante destacar também que, para haver uma aprendizagem significativa, é indispensável uma relação pedagógica harmoniosa, favorecendo o aprendizado, de modo que os sujeitos envolvidos possam e devam ter suas próprias ideias e fazer suas escolhas (FERNANDES et al., 2008; ROMANOWSKI; WACHOWICZ, 2006). Assim, para formar

profissionais críticos, criativos, reflexivos e capazes de enfrentar os problemas que surgirão na prática profissional pressupõe, também, a autonomia dos dois envolvidos no processo de formação – os alunos e os professores, possibilitando ao aluno ocupar um lugar mais ativo na construção de sua aprendizagem, sendo o professor o facilitador e orientador desse processo.

Para que aconteça, realmente, a aprendizagem é preciso envolver o aluno no processo pedagógico, relacionando seu cotidiano de práticas com o universo de conhecimentos e vivências, para que lhe seja possível formular questões, participar ativamente da aprendizagem e transferir o que aprendeu para

outras situações da vida (MASSETO, 2003). Na contramão dessa concepção, ainda existem certas práticas e ações pedagógicas baseadas na forma mecanizada de aprender, tais ações podem ser consideradas vazias porque não foram associadas a algo do seu cotidiano, não foram problematizadas, aplicadas ou contextualizadas pelo aluno, como aconteceria na aprendizagem significativa (PERRENOUD, 2000).

No contexto pedagógico ideal, a avaliação da aprendizagem teria como função oferecer a todos os envolvidos no processo pedagógico a possibilidade de conhecer as amplitudes e limites da aprendizagem, como o interesse do educando, do educador e da instituição de ensino (LUCKESI, 2006). Contudo, certos aspectos informais do processo avaliativo ainda se encontram invisibilizados, tais como o aspecto psicológicos dos alunos, quando estes se percebem avaliados pelos professores o tempo todo, significados como cobrança:

“[...] no final do estágio já exigiam [os professores] como se tivéssemos toda a destreza... então, te cobravam muito, às vezes, até gritavam em cima de você... fazendo procedimento e professor ali em cima, então você não tem tranquilidade, ali você está aprendendo, é a primeira vez que você está vendo isto e o professor fica ali em cima... você já está nervosa pela presença dele e ficar ali... de certa forma coage [...] o professor em cima, fazendo essa pressão, te intimida de alguma forma em fazer o procedimento [...] todo o procedimento que vou fazer [ao lado do professor] tenho medo” (AC2)

Percebe-se que o aluno se sente constrangido diante da presença do professor, pois lhe é exigida a execução de técnicas e procedimentos com muita destreza, no entanto, o estágio poderia ser um momento de aprendizagem também com os erros para, assim, projetar os acertos. A presença do professor pode, então, influenciar diretamente o processo avaliativo do aluno, e não deveria servir de instrumento de pressão ou autoritarismo por parte dos professores, nem muito menos um instrumento de violência (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013; MORETTO, 2010).

Em outras situações, também se percebe que existem aspectos psicológicos relacionados às questões pessoais dos alunos que interferem em sua atuação em campo de prática, por não saberem lidar com certas dificuldades, se sentem prejudicados em sua avaliação:

“... às vezes eu olhava para uma criança, via uma situação e ficava me colocando no lugar da mãe e não conseguia separar, ficava imaginando a minha filha naquela situação... então, pra mim era muito

difícil... [...] inclusive a avaliação ficava prejudicada, porque eu não me envolvia muito, eu me esquivava mesmo, porque eu não dava conta...” (AC4)

Em situações como esta, salienta-se a importância do professor na compreensão do momento que o aluno vivencia, auxiliando-o a trabalhar e superar estas dificuldades e fragilidades, facilitando o processo de ensino/aprendizagem. Quando se estabelece o diálogo e a proximidade entre professor e aluno, se abre espaço para que o aluno se posicione e exprima seus sentimentos e emoções. Porém, quando existe o distanciamento na condução do ensino, não se percebe a realidade do aluno. Assim, é possível considerar a importância do vínculo entre professor e aluno, que atua como força motriz na condução da aprendizagem, nesta a comunicação é sua maior facilitadora (LODER, 2009): *“...houve[ram] vários momentos que faltou comunicação entre os professores, eles [os professores] não estavam conversando, não estavam se entendendo, então, ficamos assim, a mercê mesmo...” (AC3).*

A ausência de diálogo entre professores de uma disciplina pode levar à frustração do aluno, que tem dificuldade de identificar o objetivo da aprendizagem para embasar o desenvolvimento de suas atividades. Neste sentido, o estágio poderia ser um momento didático que traz oportunidades de estabelecer, observar e ampliar as reflexões teórico-práticas, evitando contradições e desencontros (CRUZ; MATTOS; PEREIRA, 2013; LAUTERT, 1998).

Acredita-se que a avaliação da aprendizagem, mesmo no contexto prático do estágio supervisionado, pode ser realizada de forma conjunta entre professores e alunos, com ênfase nas competências, nas conquistas acadêmicas, potencialidades e no ajustamento pessoal e social (DEMO, 2003; MATTOS; CRUZ; MONTEIRO; PEREIRA, 2013).

Em alguns cenários de ensino a avaliação da aprendizagem pode, em determinadas circunstâncias, ser uma forma eficiente de controlar as atitudes e comportamentos dos alunos, bem como legitimar o poder arbitrário do professor (BOURDIEU; PASSERON, 2009). Isto é, muitas vezes a avaliação no processo pedagógico pode se mostrar como uma das ações pedagógicas que mais define a autoridade professor, pois é dele o poder de decidir como será o processo de avaliação da aprendizagem (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013).

“... faltando uma semana para terminar o estágio ele [o professor] ficou naquela faz/não faz [...] mandou a gente fazer o MAP [um método de planejamento em saúde] [...] ele fez a gente faltar uma

semana o estágio pra poder desenvolver esse trabalho, e a gente fazia e voltava, e não ia pra frente [...] eu não aguentava mais fazer aquilo sabe? E aí teve um e-mail que ele foi e mandou [...] insinuou como se a gente tivesse problema mental...” (AC1).

Observa-se neste relato que o professor não desenvolveu um planejamento pedagógico coerente com as atividades propostas no campo de estágio, deixando os alunos sem um parâmetro para seguir. Além disso, subestimou a capacidade dos alunos para a execução da atividade, causando constrangimento.

Os critérios e/ou normas definidos nas instituições de ensino, no que se refere a aspectos da avaliação da aprendizagem, deveriam garantir o direito do aluno de participar do processo de avaliação do ensino, da aprendizagem e de discutir o encaminhamento dado pelo professor (CRUZ; 2011). Com isso o aluno torna-se participantes dos métodos que serão utilizados para avaliá-lo.

É interessante lembrar que o diálogo faz parte desse processo, tendo o aluno o direito de questionar e esclarecer suas dúvidas durante o processo de ensino/aprendizagem, no intuito de aprimorar seus conhecimentos. Porém, alguns professores sentem-se incomodados com os questionamentos:

“...os alunos que às vezes batem um pouco de frente, que não aceitam tudo o que é falado ou imposto, que incomodaram ela [a professora], de certa forma, tiveram uma avaliação ruim; mas os alunos que puxavam saco, que estavam sempre de sorrisinho, que saíam com ela nos fins de semana, tiveram uma avaliação excelente. Então eu fiquei bastante chateada e o pior é que a nota vai pro meu currículo, naquele momento ficou manchada toda a minha avaliação (AC4).

Nesse contexto, o que deveria acontecer era a correlação entre avaliação e objetivos propostos pela disciplina, para que não aconteça uma escolha arbitrária de instrumento de avaliação, nem prejuízo aos alunos em decorrência das relações pedagógicas (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013). O estágio supervisionado que, geralmente, ocorre nos dois últimos semestres do curso de Enfermagem, tem o acompanhamento do professor sob a supervisão indireta, com isso o aluno possui uma relação maior e constante com o enfermeiro responsável pela unidade em que se realiza o estágio.

É neste momento que surge um terceiro sujeito na relação pedagógica: aluno-professor-enfermeiro. O enfermeiro responsável pela unidade acompanha, de maneira mais presente, o desempenho do acadêmico durante todo o seu estágio supervisionado, e mesmo sob a supervisão indireta o professor precisa manter um certo vínculo com o aluno e o enfermeiro.

Mas nem sempre isso acontece, pois algumas vezes o professor confia o aluno à equipe de saúde e pouco comparece para realizar visitas de acompanhamento.

“...[o professor] não apresentou a enfermeira, esta que nos assumiu, conversou com a gente, explicou tudo ‘ah, já que o professor não está aqui, quero isso de vocês, qualquer coisa vocês me chamam’... ela acabou sendo a nossa professora, acompanhou a gente... já estou há uma semana no estágio e ainda não o vi [o professor], então a gente se sente prejudicado [na avaliação da aprendizagem]” (AC2).

“... quem me amparou foram as enfermeiras lá da clínica, são gente boa... a enfermeira da manhã é um doce de pessoa, acho que fez mais do que é designado a ela, me ensinou mesmo (...) a enfermeira naquele momento assumiu muito mais o papel do professor do que o próprio, até porque ele não estava lá, então acho que fiquei prejudicada na avaliação do professor (AC3).

Nota-se que os enfermeiros dos serviços de saúde tiveram uma importante participação no aprendizado dos alunos durante o estágio, porém, a responsabilidade pela formação do aluno não deveria depender exclusivamente das instituições de saúde, que assume o papel de preceptoria, para que não se perca de vista a posição do professor como elo entre o aluno e o saber. O envolvimento do professor/aluno/enfermeiro pode estimular o processo de ensinar do enfermeiro. É importante lembrar que os aprendizados desenvolvidos no estágio supervisionado estão ligados diretamente à atuação do profissional enfermeiro, ao “aprender a fazer” e “analisar como fazer” colaborando com a articulação teoria/prática (CRUZ, 2011; FREIRE, 2001; ITO; TAKAHASHI, 2005).

Contudo, em certos momentos, o aluno sente-se desamparado no campo de estágio devido ausência/insuficiência de acompanhamento do professor, cuja presença seria fundamental para dialogar, realizar orientações e sanar dúvidas que surgem em cada contexto de prática: *“...em alguns momentos me senti desamparada, agora mesmo no estágio ainda não vi o professor que era pra estar me acompanhando, ele ainda não foi pro campo de estágio, apareceu lá só pra dar um ‘oi’, nem conversou, nem apresentou nada!” (AC2).*

“... o professor chega e não sabe o que estamos fazendo, aí parece que não estamos fazendo nada, e eu to fazendo, to gostando do estágio...” (AC1).

O distanciamento entre professor/aluno no campo de estágio pode causar a impressão de que as atividades propostas pela disciplina não estão sendo desenvolvidas ou alcançadas pelos alunos, interferindo no processo avaliativo.

“... eu fiquei até o final [do estágio] e ela [a professora] me acompanhou um ou dois dias no máximo. Um dia ela foi na clínica e senti que ela foi lá pra ver se eu estava sabendo o que estava acontecendo na clínica, pra ver se eu estava indo lá, então me perguntou sobre todos os pacientes e não tinham muitos internados, ela perguntou um a um... não perguntou se eu queria saber algo, se precisava de orientação, se podia me acompanhar em algum procedimento... nada... não fez nenhuma discussão comigo... me senti muito, muito desassistida...” (AC3)

O estágio supervisionado não deveria ocorrer de forma isolada, é necessário ponderar no processo avaliativo a participação de dois personagens neste contexto de ensino: o enfermeiro assistencial e o professor. Também não se pode perder de vista que o aluno ainda está em fase de formação, isto é, ainda necessita de recursos pedagógicos que os auxiliem a superar suas dificuldades e reforcem as competências necessárias para o bom desempenho profissional.

“eles [os professores] cobram que temos que ser enfermeiros... acho que sim, que temos que assumir a postura de enfermeiro, mas você ainda está em fase de formação, ainda pode melhorar, ainda tem um professor lá e é uma pessoa [essencial] pra te orientar [...] tudo bem que temos que sentir mais autonomia nesse semestre [nono semestre], mas temos que ter um apoio, é o ultimo, é aquele que você vai aprender, vai tentar aprender tudo o que não aprendeu e quer aprender nesse, então precisa de um apoio [...] nesse semestre estou totalmente perdida.” (AC3)

Nota-se que a presença do professor é essencial para a formação do enfermeiro, ele pode ser definido como agente mediador fundamental no processo de aprendizagem, proporcionando um apoio teórico, técnico, psicoemocional, para participar da formação de um profissional qualificado e preparado às necessidades atuais (HIGARASHI; NALE, 2006; MATTOS; CRUZ; MONTEIRO; PEREIRA, 2013).

Numa dinâmica ideal, acredita-se que o processo educativo deveria estar centrado no aluno, no que se refere às suas capacidades, potencialidades, intenções, possibilidades e condições para que aprenda. Nessa trajetória o professor seria aquele que possui habilidade necessária para o ensino, que apoia o aluno na construção do seu saber (PERRENOUD, 2000). Mais que isso, o professor precisaria pensar e agir como um formador de profissionais cidadãos e dominar tanto os aspectos formais como os aspectos políticos da difícil tarefa de educar (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013; DEMO, 2002).

A ausência de um dos personagens da relação pedagógica - o aluno - pode prejudicar o processo de avaliação, levando-o a caminhar em sentido oposto aos ideais do processo educativo que denota: um

processo inclusivo, democrático e ativo ao sujeito da aprendizagem. Assim, o processo avaliativo apresenta-se em duas faces distintas: a construtiva – na mesma

direção do processo educativo, e destrutiva – no caminho inverso. Nesta última, a prática avaliativa tem uma concepção autoritária, sendo vista como um instrumento disciplinador, gerando uma aprendizagem de submissão, dependência e reprodução social (BOURDIEU; PASSERON, 2009; CRUZ, 2011; VEIGA; NAVES, 2005).

No entanto, nesse contexto de práticas e de relações pedagógicas, também emergiram experiências positivas relatadas pelos sujeitos sobre a avaliação da aprendizagem durante sua vida acadêmica: “... os professores, não todos, dão aquele incentivo, estão junto no estágio, uma das professoras todos os dias está lá, acompanhando, tirando as dúvidas, cobrando e incentivando.” (AC2)

A presença do professor no campo de estágio pode transmitir segurança ao aluno, possibilitando uma relação pedagógica que favorece o aprendizado. Na aprendizagem é necessário interrelacionamento, fomentando uma relação pedagógica harmoniosa que cultive a liberdade de aprender (SILVA et al., 2007). Certamente, durante os estágios acadêmicos se vivencia diversas experiências, boas e/ou ruins, cada uma com sua importância, com potencial de desenvolver e aperfeiçoar as habilidades do futuro enfermeiro, onde se encontram certas referências para a vida profissional.

“... fomos pro hospital, na enfermagem pediátrica, e estávamos sendo acompanhados pela professora Alfa, pra mim ela é um espelho... eu quero ser uma profissional como ela. É aquela professora humana, que te acolhe, te ajuda e que cobra também... durante o campo de estágio ela procurou trabalhar no que sentíamos mais nervosismo, medo de fazer, e ela te acompanhava nisso, procurava melhorar, ajudar nessa dificuldade, foi ótimo, eu saí melhor do campo de estágio, ela me incentivou muito, coisas que eu não achava que ia conseguir fazer e ela me acompanhando, foi muito bom pra mim.” (AC2).

O professor pode assumir uma posição de facilitador do processo de ensino/aprendizagem. Para isso, pode utilizar ferramentas esperadas no acompanhamento do aluno (vínculo, escuta, acolhimento, empatia, etc.) para colocar em prática a aprendizagem significativa: aquela em que a avaliação vai muito além do que está nas páginas dos livros. Na aprendizagem significativa o professor tem o papel de facilitar o aprendizado ao aluno e este deve apresentar sua capacidade de tomar a decisão de aprender, o dever de buscar o seu conhecimento e trazer o mesmo para sua vivência profissional e pessoal (CRUZ, 2011; FELÍCIO; OLIVEIRA, 2008; PERRENOUD, 2000).

“... por ser [estágio] supervisionado indireto me ajudou... foi positivo... E lá dentro da clínica tinha a enfermeira. Há uma relação de profissional e não de aluno/professor e parece um pouco diferente também. Ela [a enfermeira] também entendeu isso e foi me auxiliando.” (AC4).

“...a supervisão era indireta, mas ela [a professora] estava ali de olho, observando tudo e todos, realmente ela soube avaliar ... foi justo.” (AC4).

Em determinadas situações, mesmo em supervisão indireta, os alunos sentiram-se assistidos, observados, e isso fez com que se sentissem seguros. Quando o professor está, de alguma forma, presente ele pode amparar o aluno, fazendo com que o processo de ensino/aprendizagem aconteça de forma espontânea e harmoniosa.

“... ele [o professor] precisa compreender que tenho minhas necessidades, minhas dúvidas, minhas angústias... quando o professor te apoia, senta, conversa, te mostra, ta junto, ta percebendo o que esta acontecendo, ele tem um olhar mais sensível, acho que as coisas se conduzem de uma forma mais tranquila e bem mais diferente.” (AC4)

O aluno espera que o professor seja compreensivo, que aponte seus erros e acertos de maneira ética para que, assim, possam buscar soluções e reajustar atitudes. Essas características são idealizadas pelo aluno. Uma relação pedagógica harmoniosa propicia aprendizagem, gera possibilidades de superação das dificuldades e, conseqüentemente, de conflitos.

“... se ela [a professora] tivesse brigado, me repreendido como acontece, eu teria tomado trauma. Então no primeiro dia em que cheguei na pediatria nesse semestre, cheguei na técnica e falei ‘tô contigo na medicação hoje, tá?’ Fui fazer com ela de novo a medicação. Se a professora tivesse me traumatizado naquela época, eu não ia chegar nem perto [do preparo de medicação], não queria nem saber...” (AC1)

Assim, o educador é aquele que acolhe, nutre, sustenta e confronta o educando, oferecendo-lhe condições para que construa e, se preciso, restaure o seu caminho na vida com criatividade e independência (CRUZ, 2011). Nesse sentido, é evidenciada a grande responsabilidade dos professores como educadores, pois é através deles que os alunos são estimulados a buscar o conhecimento necessário para sua formação profissional e superar suas dificuldades (CRUZ; PEREIRA, 2013; LUCKESI, 2005).

Portanto, avaliar é um processo complexo, especialmente em campo prático e nos estágios, pois os sujeitos envolvidos são constituídos de um caráter crítico e pessoal, capaz de interferir diretamente no processo avaliativo, como também no resultado final (CRUZ, 2011; CRUZ; PEREIRA, 2013). Com isso, há necessidade de se propor meios de refletir e repensar a ação avaliativa em suas diversas formas, etapas e modalidades, tornando-a cada vez mais apropriada e fidedigna conforme sua realidade e contexto.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciou-se que há necessidade de rever as formas de avaliação empregadas durante a prática da enfermagem e os estágios supervisionados, para isso, urge incorporar na docência formas mais compartilhadas e democráticas do processo avaliativo, a fim de superar os modelos tradicionais tão arraigados na cultura do ensino (CRUZ; PEREIRA, 2013; FELÍCIO; OLIVEIRA, 2008).

Há uma compreensão insuficiente a cerca das formas de se avaliar a aprendizagem por parte dos acadêmicos, pois eles geralmente veem o campo prático, principalmente o estágio supervisionado, como um período solitário em que eles se sentem desassistidos. Em contraposição, ressalta-se que o estágio supervisionado visa proporcionar ao acadêmico autonomia, deixando-o agir de acordo com seu pensamento crítico, sua ética e criatividade. É neste momento que o aluno passa a ter um contato maior com a equipe multiprofissional, desvinculando-se gradualmente da figura do professor - o tempo todo ao seu lado dizendo o que fazer; pois ao fim da graduação ele deverá estar “formalmente” preparado para exercer sua profissão.

Nesse sentido, uma concepção transformadora da avaliação formativa deveria incluir a construção de instrumentos e tecnologias de ensino que possam imprimir mudanças nos rumos acadêmicos, a fim de superar o autoritarismo professor e as assimetrias das relações pedagógicas, estabelecendo a autonomia do educando, promovendo atitudes éticas cada vez mais politizadas (CRUZ, 2011; DEMO, 2003).

Para superar esses conflitos são necessários avanços no processo pedagógico, transformando a realidade do ensino por meio de ações concretas com propostas avaliativas baseadas em concepções mais convincentes, com modelo teórico e prático pedagógico adequado à universidade (MATTOS; CRUZ; MONTEIRO; PEREIRA, 2013), trazendo uma restauração do processo avaliativo que comprometa uma educação democrática, como as formas mais compartilhadas, nas quais o processo de avaliação

é pensado, planejado e realizado de forma integrada à aprendizagem, por meio de uma relação que desenvolva entre professores e alunos corresponsabilidade pelo aprendizado (CRUZ, 2011; MASSETO, 2003).

REFERÊNCIAS

BOURDIEU, P; PASSERON, J. C. A reprodução. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012.

CRUZ, G.V.S.F. As diferentes configurações da violência nas relações pedagógicas entre professores e alunos de uma instituição de ensino superior. Dissertação de Mestrado da Universidade Federal de Mato Grosso. Faculdade de Enfermagem. Programa de Pós – Graduação em Enfermagem. Cuiabá, 2011.

CRUZ, G. V. S. F.; MATTOS, M.; PEREIRA, W. R. O ensino e as práticas educativas em enfermagem frente às novas exigências do paradigma emergente baseado em competências. In: MATTOS, M.; VERONESI, C. L.; SILVA JÚNIOR, A. J. Enfermagem na Educação em Saúde. Curitiba: Prisma, 2013.

CRUZ, G. V. S. F.; PEREIRA, W. R. Diferentes configurações da violência nas relações pedagógicas entre docentes e discentes do ensino superior. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, mar-abr, v. 66, n. 2, p. 241-50, 2013.

DEMO, P. Politicidade: razão humana. Campinas - SP: Papyrus, 2002.

_____. Avaliação sob o olhar propedêutico. 5 ed. Campinas-SP: Papyrus, 2003.

FELÍCIO, H. M. S.; OLIVEIRA R. A. A formação prática de professores no estágio curricular. Educar, Curitiba, n. 32, p. 215-232, 2008. Editora UFPR.

FERNANDES, J. D. et al. Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro. Rev. esc. enferm. USP [online], vol.42, n.2, p. 396-403, 2008.

FREIRE, A. M. Concepções orientadoras do processo de aprendizagem do ensino nos estágios pedagógicos. Colóquio: modelos e práticas de formação inicial de professores, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa. Lisboa, Portugal, 2001.

HIGARASHI, I. H.; NALE, N. O estágio supervisionado de enfermagem em um hospital como espaço de ensino-aprendizagem: uma avaliação. Ciência, cuidado e saúde, v.5. p.65-70, Maringá, 2006.

ITO, E. E.; TAKAHASHI, R. T. Percepções dos enfermeiros de campo sobre o estágio curricular da graduação de enfermagem realizados em sua unidade de trabalho. Rev. Esc. Enf. USP, p. 109-10, 2005.

LAUTERT, L. A formação profissional do enfermeiro: reflexão, ação e estratégias. In: Saup R (org). Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis-SC, UFSC; 1998. P. 217-41.

LIBÂNEO, J. C. et al., J. C. et al. Educação Escolar: políticas, estrutura e organização. Coleção Docência em Formação. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

LODER, L. L. Engenheiro em formação – o sujeito da aprendizagem e a construção do conhecimento em engenharia elétrica. Tese de doutorado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação. Porto Alegre, 2009.

LUCKESI, C. C. O educador: quem ele é? Revista ABC Educativo. N 50, 2005. p. 12-16.

_____. Entrevista publicada na folha dirigida, Rio de Janeiro. Edição nº 1069, de 06/10/2006, no caderno “Aprender”, pag. 9. Retirado do website de Cipriano Carlos Luckesi.

MASSETO, M. T. Competência pedagógica do professor universitário. São Paulo: Summus, 2003.

MATTOS, M.; CRUZ, G. V. S. F.; MONTEIRO, F. M. de A.; PEREIRA, W. R. Desafios atuais para a formação nos cursos de graduação em enfermagem: reformulando projetos pedagógicos. In: MATTOS, M.; VERONESI, C. L.; SILVA JÚNIOR, A. J. Enfermagem na

Educação em Saúde. Curitiba: Prisma, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade. 28 ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Ciênc. saúde coletiva [online]. v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MIRANDA NETO, H. C. Assédio moral: constrangimento e humilhação em instituições de ensino superior. 266p. Dissertação de Mestrado em Educação do Centro Universitário do Triângulo. UNITRI, Uberlândia, MG, 2002.

PEREIRA, W R. The characterisation of pedagogical practice in nursing training at two public nursing graduation schools in Brazil. The 6th International Conference on Workplace Bullying - Sharing our Knowledges. Montreal/ Canadá, 2008.

MORETTO, V. P. Prova: um momento privilegiado de estudo, não um acerto de contas. 9ª ed. Rio de Janeiro: Lamparina, 2010.

NÓVOA, A. Universidade e formação professor. Interface, Botucatu, v.4, n.7, ago, 2000.

PELISSONI, A. M. S. Avaliação no ensino superior: contexto e cenários. Anhanguera educacional. Valinhos – SP. 2009.

PEREIRA, W. R.; CHAOUCHAR, S. H. Assédio moral nas relações pedagógicas entre professores e alunos em um curso universitário no Brasil. Relatório de pesquisa. Financiada pelo CNPq Processo nº 409575/2006-2. Projeto registrado na CAP/PROPEQ Nº 175/2007. Aprovado pelo Comitê de Ética em

Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Muller da Universidade Federal de Mato Grosso sob o processo de número 315/CEP/HUJM/07, 2008.

PERRENOUD, P. Dez novas competências para ensinar. São Paulo: Artmed, 2000.

ROMANOWSKI, J. P.; WACHOWICZ, L. A. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e os alunos. In: ANASTASIOU, L. das G. C.; ALVES, L. P. (Orgs). Processos de ensinagem na universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. 6. Ed. Joinville-SC: UNIVILLE, 2006. Cap 5, p. 121-139.

SILVA, C. C. da et al. Processo avaliativo em estágio supervisionados: uma contribuição para o estudo. Cogitare Enf., p. 428-38, out/dez.2007.

TAQUETTE, S. R; MINAYO M. C. Análise de estudos qualitativos conduzidos por médicos publicados em periódicos científicos brasileiros entre 2004 e 2013. Physis Revista de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.417-434, 2016.

VEIGA, I. P. A.; NAVES, M. L. P. O processo de reestruturação curricular de cursos de graduação: a experiência da Universidade Federal de Uberlândia. In: VEIGA, I.P.A.; NAVES, M.L.P. (Org.). Currículo e Avaliação na Educação Superior. 1ed. Araraquara- SP: Junqueira e Marin, 2005, v.1, p. 199-217.

WERNECK, M. A. F. et al. Nem tudo é estágio: contribuições para o debate. p. 221-231, junho 2010.

Capítulo 48

ADOLESCENTE E SUAS ESTRUTURAS FAMILIARES E SOCIAIS

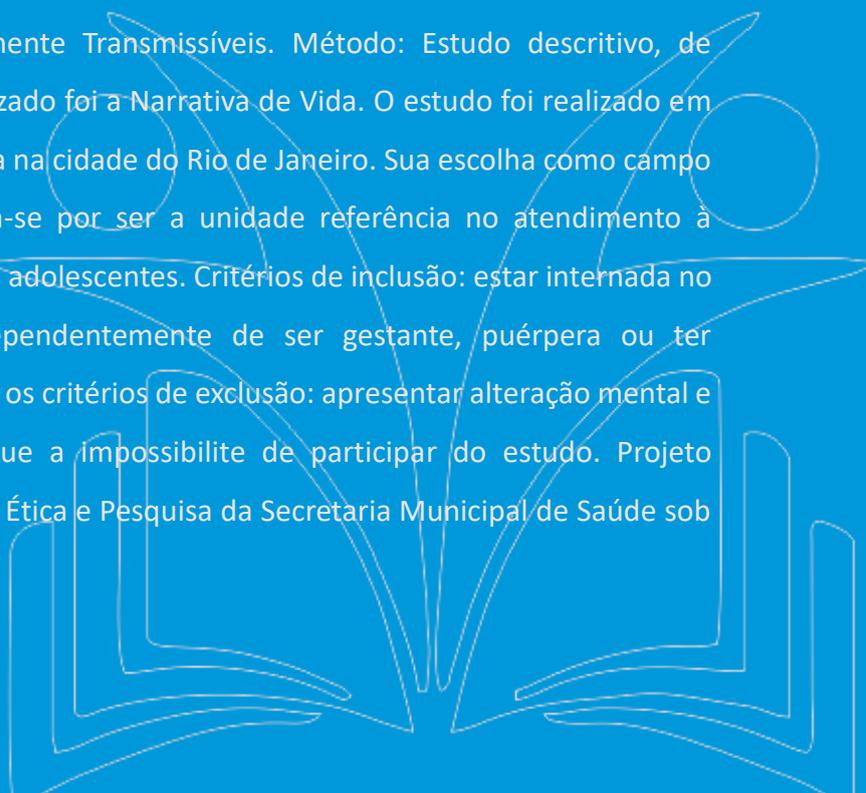
[DOI: 10.37423/200400696](https://doi.org/10.37423/200400696)

Rosângela da Silva Santos (Professora Adjunto. Doutora em Enfermagem. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Pesquisadora 1 C do CNPq).

Ana Cláudia Mateus Barreto Professora Adjunto. Doutora em Enfermagem. Universidade Federal Fluminense. Campus Rio das Ostras-RJ).

Viviane de Melo Souza (Professora. Mestre em Enfermagem. Associação Brasileira de Ensino Universitário e Instituto Brasileiro de Medicina e Reabilitação).

RESUMO: Objetivo: analisar a partir da Narrativa de vida de adolescentes sua condição de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis. Método: Estudo descritivo, de natureza qualitativa, cujo método utilizado foi a Narrativa de Vida. O estudo foi realizado em uma maternidade municipal, localizada na cidade do Rio de Janeiro. Sua escolha como campo para realização deste estudo justifica-se por ser a unidade referência no atendimento à adolescente. As participantes foram 12 adolescentes. Critérios de inclusão: estar internada no setor do Alojamento Conjunto independentemente de ser gestante, puérpera ou ter vivenciado abortamento espontâneo e os critérios de exclusão: apresentar alteração mental e ou desorientação espaço-temporal que a impossibilite de participar do estudo. Projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde sob o nº CAAE- 0275.0.314.000-08.



A fim de garantir o sigilo e o anonimato das participantes, estas foram identificadas pela letra E (Entrevistada) associada ao número sequencial à realização da entrevista (E1, E2, E3). A questão norteadora foi: “Fale-me de sua vida que tenha relação com sua experiência sexual”. O processo analítico foi a Análise temática. Utilizou como referencial teórico os conceitos de vulnerabilidade e resiliência. Resultados e Discussão: as adolescentes eram provenientes de núcleos familiares diversificados em relação à composição de seus membros. Independentemente do tipo de núcleo familiar e os grupos não eram coesos. As adolescentes narraram diferentes tipos de conflitos e violência a que foram submetidas. As adolescentes apresentaram vulnerabilidade social. Conclusão: Sofreram violências de gênero e sexual, via de regra, por um familiar, assim como, sofreram violência institucional no momento da parturição.

Descritores: Adolescência; Vulnerabilidade; IST; Enfermagem; Resiliência; Violência.

A ADOLESCENTE E SUAS ESTRUTURAS FAMILIARES E SOCIAIS

Trata-se de recorte da Dissertação de Mestrado intitulada: A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis. Teve por objetivo: analisar a partir da Narrativa de vida de adolescentes sua condição de vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Foi desenvolvido um estudo descritivo, de natureza qualitativa, cujo método foi a Narrativa de vida. A elaboração discursiva do sujeito assume uma forma narrativa, a partir do momento que um sujeito conta a outra pessoa, pesquisadora ou não, um episódio qualquer de sua experiência de vida. Consiste em dar aos sujeitos a oportunidade de relatar sua vida, tal e qual sua visão de mundo e de sua realidade. O pesquisador respeita, sob quaisquer circunstâncias, a vontade do participante de guardar algo para si mesmo (BERTAUX, 2005; 2010)

O instrumento de coleta das narrativas foi a entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: “Fale-me de sua vida que tenha relação com sua experiência sexual”. A mostra foi intencional e constituída por 12 adolescentes. O critério de inclusão foi: adolescente internada no setor do alojamento conjunto de uma maternidade municipal, independentemente de ser gestante, puérpera ou ter vivenciado abortamento espontâneo. E o critério de exclusão foi: adolescente com alteração mental e ou desorientação espaço-temporal que a impossibilite de narrar sua história de vida.

O estudo foi desenvolvido em uma maternidade municipal, localizada na cidade do Rio de Janeiro. A escolha como campo para realização deste estudo justifica-se por ser a unidade referência no atendimento à adolescente. A aproximação inicial de uma das pesquisadoras com as adolescentes participantes ocorreu nas enfermarias do setor alojamento conjunto durante a realização da assistência. Este período caracterizou-se como ambientação preconizada no método de pesquisa. Posteriormente, novo contato era realizado quando, neste fazia-se uma breve explicação do estudo, explicitação dos objetivos da pesquisa e o convite para participar.

Procedeu-se a análise temática, concomitantemente às transcrições das entrevistas, realizou-se a leitura flutuante das narrativas, procedeu-se a codificação dos dados e emergiram 63 unidades temáticas que após a recodificação, deram origem a duas grandes categorias de análise.

O Projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde em janeiro de 2008 sob o nº CAAE0275.0.314.000-08. Para garantir o sigilo e o anonimato, as participantes, foram identificadas pela letra E associada ao número sequencial à realização da entrevista: (E1, E2, E3).

Retratam-se aqui, os resultados relativos a uma categoria de análise: as estruturas familiares e sociais das adolescentes participantes do estudo.

As narrativas de Vida da maioria das adolescentes participantes deste estudo evidenciaram que estas pertenciam a classes sociais menos favorecidas e possuíam baixa escolaridade. Assim, são consideradas vulneráveis socialmente sob o prisma da escolaridade e do poder econômico.

No plano social, a vulnerabilidade é avaliada sob os seguintes aspectos: o acesso à informação, quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais, acesso e qualidade dos serviços de saúde, aspectos sócio-políticos e culturais de segmentos específicos. No caso específico da mulher e da adolescente, o grau de liberdade de pensamento. (AYRES. 2006)

A vulnerabilidade social pode ser compreendida como o reflexo das condições de bem-estar social (moradia, acesso a bens de consumo, liberdade de pensamento e expressão). Para o autor, o indivíduo poderá ser considerado mais vulnerável quando menor for a sua possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão. Deste modo, a vulnerabilidade está relacionada aos aspectos sócio-políticos e culturais (acessibilidade às informações, grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, poder de influenciar decisões políticas, possibilidades de enfrentar barreiras culturais, as relações de gênero, raciais e entre gerações, atitudes diante da sexualidade, crenças religiosas, pobreza entre outras (AYRES. 2006)

A vulnerabilidade, apesar de se instalar, em maior grau, nas populações menos favorecidas e com menor acesso a informações e aos serviços considera-se que, nas sociedades capitalistas contemporâneas, em que as relações sociais se desenvolvem por maneiras especialmente complexas, a questão econômica é relevante, contudo não determinante, visto que olhar para a integralidade dos sujeitos em situação de vulnerabilidade nada mais faz do que se alinhar à constatação de que estes sujeitos possuem necessidades de diversas ordens, possuem capacidades e se encontram em um estado de suscetibilidade a um risco em virtude à vivência em contextos de desigualdade e injustiça social (CARMO; GUIZARDI, 2018).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As participantes do estudo tinham baixa escolaridade, 32,6% (04) ingressaram no ensino médio, porém, a metade, 16,3% (02) concluiu. No tocante ao ensino fundamental, 32,6% (04) concluíram o 1º segmento do 1º grau e 8,3% (01) relatou ser analfabeta e 25% (03) não informaram.

As narrativas das adolescentes evidenciaram contextos familiares bastante diversificados. Das 12 adolescentes entrevistadas, 58,33% (7) eram filhas de pais separados, 16,67% (2) tinham pais casados, 25% (3) tiveram padrasto, todavia, apenas 16,67% (2) das adolescentes que conviviam com padrasto desconheciam seu pai biológico, 16,67% (2) foram criadas pelas avós e uma (8,33%) não mencionou sua família durante todo o decorrer de sua narrativa.

Os padrões familiares têm sofrido modificações significativas ao longo dos últimos anos, visto que a particularidade essencial da família contemporânea é a proliferação de uma pluralidade de arranjos e formatos e a contestação dos principais valores da família moderna (CATALDO, 2019).

Independente da variação de sua composição, o universo familiar na contemporaneidade pode ser formada por uniões consensuais de parceiros separados ou divorciados, pela união de pessoas do mesmo sexo e uniões de pessoas com filhos de outros casamentos. Encontram-se mães sozinhas com seus filhos, os quais possuem diferentes pais ou pais sozinhos, que por diferentes motivos optaram por criar seus filhos. Não raro, devido circunstâncias familiares diversificadas, deparam-se igualmente avós que assumiram a guarda e a criação de seus netos. Em suma, há uma pluralidade de formas a serem definidas, colocando-nos diante de uma nova família, bem diferente do clássico modelo de família nuclear que conhecemos no passado (OLIVEIRA, 2009).

A maioria das participantes era proveniente de núcleos familiares diversificados no que se refere à composição de seus membros. Independente do tipo de núcleo familiar, grande parte destes grupos não eram coesos. No decorrer das narrativas das adolescentes, identificaram-se diversos tipos de conflitos e violência, como evidenciado nas narrativas da E. 2 e E.10, que foram criadas desde muito cedo por suas avós, já que as mães de ambas, a fim de melhorar a situação financeira de suas famílias optaram por procurar ocupação fora de suas cidades de origem.

[...] Conviver com a minha mãe eu nunca convivi [...] eu vim conhecer ela [...] eu estava com [...]. é [...] uns 9 anos, aí conheci ela, gostei assim dela, né, mas [...] não senti aquele amor [...] que é para sentir por uma mãe [...] (E. 2, 18 anos)

[...]ela foi morar sem mim, foi morar longe, quando eu era criança, então [...] eu sou adolescente hoje, ela não sabe muito o que é ter uma filha adolescente hoje, sabe [...] eu fui criada pela minha avó [...] (E. 10, 17 anos)

Ao longo dos tempos, devido as alterações ocorridas na estrutura familiar, observa-se maior incidência de famílias monoparentais, arranjos em que não há a presença do cônjuge. Esta estrutura em sua maioria é chefiada por mulheres, e em menor número por homens, o que reforçou a responsabilidade econômica das mães, ou seja, o papel antes atribuído ao homem de liderar a família passou a ser desempenhado pelas mulheres. Conseqüentemente, esta mulher chefe de família passa a ter diversos desafios, uma vez que necessita conciliar o trabalho, estar presente na vida familiar, ser provedora do sustento da família e preservar uma participação mais efetiva junto a seus filhos e ao ambiente familiar. (MAIA et al.,2015).

Apesar de ter sido criada por sua mãe, a E.3, deixa claro em sua narrativa que o convívio de ambas é escasso, visto que sua mãe necessita trabalhar para o sustento de ambas.

[...] minha mãe trabalha [...] trabalha praticamente o dia todo, a madrugada toda [...] (E. 3,13 anos)

família pode ser considerada como a principal rede de apoio, visto que é nesta que se busca o suporte quando necessário. Esta rede em geral é constituída por mães, avós, pais, irmãos e pelas pessoas mais próximas com quem mais conversa, sente-se mais confiante para abrir-se e buscar suporte (SOUZA; PANÚNCIO; FIORATI, 2019).

Nas sociedades contemporâneas ocidentais ainda predomina o discurso comum sobre a importância da família como o grupo essencial para a formação e a estruturação psíquica do indivíduo. A importância da família é inegável. Contudo, o diálogo entre pais e filhos deve ser baseado no afeto e no respeito, elementos essenciais para o sucesso desta relação (VIEIRA; COUTINHO, 2019; BARRETO; RABELO,2015).

A atitude de empatia, na relação familiar pode ser subsidiada pelo movimento de compreensão, relativo à visão de posicionar-se no lugar do outro para buscar entender suas necessidades (BARRETO; RABELO,2015).

A E.2 durante toda sua narrativa deixa claro que sua avó ao longo dos anos lhe dispensou muito amor e cuidado. Entretanto, a lacuna deixada pela ausência materna ficou bem evidenciada durante o decorrer da narrativa da adolescente. A E. 2 contou que conheceu seu pai apenas quando já tinha 11

anos, dois anos depois de ter conhecido a mãe e que seu relacionamento é melhor com seu pai, e questionou o fato de sua mãe após estabilizar-se financeiramente, nunca tê-la procurado para ajudá-la materialmente, uma vez que sua avó mora de aluguel e não tem condições de proporcionar-lhe muito mais do que já faz. O grande desejo da adolescente é graduar-se em Educação Física, pois ela acredita que, desta forma, será motivo de orgulho para seus pais.

A E.10, também, passou pela mesma experiência bem cedo. A mãe foi trabalhar na Região dos Lagos e a adolescente ficou sob os cuidados de sua avó materna. Ela contou ter passado por um período depressivo atribuído a um namoro mal sucedido quando ainda era muito nova. Por conta desta depressão, a adolescente relatou que, quando se desentendia com sua mãe e desejava dormir muito, ingeria simultaneamente vários comprimidos de sua medicação antidepressiva. Numa dessas ocasiões, ingeriu um número excessivo de comprimidos e foi encontrada desmaiada no banheiro por sua avó. A E.10 relatou ainda que sob o argumento de auxiliar com sua terapia, a mãe da adolescente convenceu-a a morar com ela. Mesmo contrariada, a adolescente foi morar com sua mãe e seu novo marido. A experiência, no entanto, não deu certo, porque sua mãe se ausentava durante os dias úteis por causa do trabalho, nos finais de semana, viajava com o marido e por isso a adolescente, se sentia muito só.

Com relação à orientação materna, E.3, em sua narrativa, enfatizou que sua mãe a orientou como pode, mas não dispõe de muito tempo para conviver com sua filha de apenas 13 anos, no momento em que a adolescente continua necessitando de sua presença. E.3 não deixa claro se o convívio das duas sempre ocorreu desta maneira. Durante todo seu período de internação, a adolescente foi acompanhada pela mãe de seu namorado, que fazia questão de identificar-se como sua sogra.

Independente das estruturas e/ou composição familiar das adolescentes entrevistadas, algumas das participantes relataram que presenciaram, ao longo dos anos, conflitos familiares que, muitas vezes, também foram acompanhados de agressões físicas, como evidenciado:

...] desde criança, meu pai e minha mãe brigavam muito. [...] brigavam muito, de [...] é [...] se agrediam um ao outro [...] então eu vi muito isso [...] agressão, e [...] até às vezes quando meu pai ia bater na minha mãe, eu [...] eu interferia. [...] entendeu [...] (E.11, 18 anos)

[...] porque ele batia muito na minha mãe [...] ... [...] ele era da igreja e ainda batia na minha mãe [...] (E.12, 19 anos)

Embora estivessem apenas iniciando suas trajetórias de vida, essas adolescentes foram impelidas a compreender, de forma inesperada, o universo que as cercava. A E.11 presenciou e interferiu, por vezes, nas brigas de seus pais, fato que seguramente deixou, além das lembranças, algumas sequelas.

Sabemos que as experiências vivenciadas em famílias não estruturadas prejudicam os filhos, notadamente, as adolescentes. A E.12, por exemplo, explicitou em sua narrativa a incoerência existente entre as atitudes e a religiosidade de seu padrasto.

As adolescentes podem ser apontadas como um segmento populacional de elevada vulnerabilidade. Destaca-se, entre os vários aspectos que acentuam essa vulnerabilidade, a chamada desagregação familiar (na acepção ampla do conceito): falta de referência, baixa estimulação intelectual e afetiva, favorecimento da baixa auto-estima, exposição à violência. (AYRES, 1996)

Uma das funções de destaque da família é o apoio e a proteção dos filhos, os quais definem sua família como um lugar onde há “cuidado”, “carinho”, “criação”, “sustento”, “laços sentimentais” e “convivência”, independentemente de seus membros possuírem laços de consanguinidade ou não (VIEIRA; COUTINHO, 2019)

Os pais da E.11 se separaram quando ela tinha apenas seis anos, referiu ter presenciado, neste período, muitas discussões, cenas que criança não deveriam ver, lembrou. A adolescente demonstrou tristeza ao recordar seu cotidiano com os pais. Por conta da instabilidade de seu núcleo familiar, a E.11 foi obrigada a morar com sua avó e uma tia. Devido a tudo que vivenciou em sua infância, a adolescente afirmou que tinha receio de passar pelas mesmas experiências vivenciadas com pais.

A E.12 relatou desconhecer seu pai biológico e que sua mãe foi morar com seu padrasto quando a adolescente tinha apenas três meses. A E.12 só se referiu aos conflitos familiares uma única vez. Na ocasião contou que sua mãe chegou a se separar de seu padrasto, com quem teve seis (6) outros filhos, reconciliando-se após um período de três anos. A adolescente contou que durante o período da separação, sua mãe conviveu maritalmente com outra pessoa, mas não deu mais detalhes sobre esse relacionamento. A E.12 relatou ainda que morou com o filho de seu padrasto, que vem a ser pai de sua primeira filha, durante um ano e meio e vivenciou as mesmas agressões físicas que, na infância, vira sua mãe sofrer.

Das adolescentes entrevistadas, nove (9) tinham companheiro e algumas delas presenciaram situações desfavoráveis em seus núcleos familiares e/ou vivenciaram situações similares com seus próprios companheiros em algum momento de suas vidas.

[...] O meu pai [...] eu nunca fui muito ligada com ele, ele se separou da minha mãe, quando eu tinha 8 anos, então nunca foi aquele pai que estava presente na minha vida, que eu tinha que dar satisfação de tudo [...] (E.1, 19 anos)

[...] Porque os meus pais não se davam bem [...] então eu sempre achei aquilo assim [...] eu não quero isso para mim, por que eu realmente, eu vi [...] eu vi

muita coisa que não devia ver criança, eu acho assim [...] quando um pai e uma mãe querem discutir, eu acho que tem que ir lá para fora, deixar a criança dentro de casa. [...] ou então discutir em outro lugar, em outra ocasião, sem a criança ver [...] entendeu. Porque isso interferiu muito na minha vida, e eu sempre tive medo de arranjar uma pessoa que [...] pudesse fazer a mesma coisa comigo, entendeu. Por isso que [...] eu me privei de muitas coisas, entendeu. Por isso. Por saber [...] é [...] por ver minha mãe, apanhando do meu pai e eu tinha me ferrado [...] (E. 11, 18 anos)

Algumas adolescentes foram criadas sem muitas perspectivas de vida e, por isso, acabaram vislumbrando, como única alternativa, a busca por um companheiro. Esta busca para as adolescentes pode significar o resgate daquela que vem a ser a principal lacuna de suas vidas: a falta da presença paterna, salientada pela maioria delas. A presença de um companheiro, também, pode significar a melhoria das condições de vida.

As narrativas de E.1 e E.11 traduziram bem a percepção que elas tinham da figura paterna e de suas ações. E.1, por exemplo, não teve a presença efetiva do pai durante a infância e, por isso, entendia não lhe dever obediência nem satisfações. A E.1, no entanto relatou ter um bom relacionamento com seus familiares que, nos últimos tempos, uniram-se devido às dificuldades de saúde enfrentadas por sua mãe, acometida por um câncer. Seguramente o deteriorado relacionamento desta adolescente com o pai vai comprometer sua convivência social no futuro, dificultando sua interação com o meio e a aceitação das normas pré-estabelecidas na sociedade.

A E.11 destacou que as brigas frequentes dos pais marcaram sua infância, razão pela qual seu relacionamento com o pai até hoje é conflituoso. Sua narrativa deixa entrever como os primeiros anos de vida são importantes na formação e na conduta do indivíduo no futuro. A adolescente declarou que seu parceiro é bem mais velho do que ela. Provavelmente, esta foi a maneira inconsciente que a adolescente buscou para substituir a figura paterna. Identificou-se, também, na narrativa da adolescente sua submissão ao companheiro.

No presente estudo, as narrativas de Vida de algumas adolescentes evidenciaram que as mesmas presenciaram suas mães serem agredidas por seus parceiros. Essa situação se repetiu com algumas das participantes em certos momentos de suas vidas com seus próprios parceiros.

[...] Eu morei com ele. A gente morava lá na Cidade Deus. Não sei se você conhece [...] morei lá. Sofri o pão que o diabo amassou na mão dele, que ele me batia [...] começou a me bater [...] (E. 12, 19 anos)

[...] quando ele bebe, assim [...] perde a cabeça [...] bate [...] aí então, eu preferi ficar|| no abrigo[...] porque [...] todo dia se chega bêbado em casa, eu apanhava [...] não dá certo [...] aí [...] ele [...] só quando está trabalhando mesmo ele [...]

não perde a cabeça [...], mas chega em casa bêbado, já quer bater [...] (E.6, 17 anos)

A violência contra a mulher adulta e/ou adolescente independe da camada social a qual ela pertence ainda é vista sob a perspectiva da banalidade. Muitas vezes o medo, a vergonha e o silêncio imperam. Este último exerce o papel mediador e separa o mundo privado (casa) da sociedade (rua).

A violência é um fenômeno que sempre esteve presente na história da humanidade, porém, nas últimas décadas tem sido cada vez mais abordada e estudada como um grave problema de saúde pública, que causa danos à saúde da mulher, os quais por vezes, são irreversíveis (COELHO; SILVA; LINDINER, 2014).

Este tipo de violência possui uma natureza complexa e multidimensional, pelo fato de abranger diversas áreas de conhecimento e possuir aspectos sociais, psicológicos, políticos, religiosos e culturais, sendo marcados e estabelecidos pela desigualdade de gênero. Essa construção social promove a desigualdade de gênero e, conseqüentemente, fomenta a prática da violência contra a mulher, tendo concebido durante décadas a naturalização e legitimação da disparidade do poder relativo entre os sexos, fundamentando o domínio do homem sobre a mulher (ACOSTA; GOMES; BARLEM, 2013; CORTES; PADOIN; KINALSKI, 2016).

Normalmente é praticada por indivíduos com o qual a mulher mantém ou já manteve algum tipo de relacionamento afetivo, e caracteriza-se por “causar sofrimento e abuso pela condição de ser mulher” (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; WAISELFSZ, 2015).

A E.12 referiu que aceitou morar com seu primeiro parceiro após descobrir que estava grávida de sua primeira filha. A adolescente conviveu maritalmente com seu parceiro durante um ano e meio, tendo sofrido bastante ao longo da convivência. Após essa experiência, separou-se e arrumou um emprego.

A E.6 não teve a mesma sorte: apesar de ter engravidado para satisfazer um desejo de seu parceiro, passou a sofrer agressões. Ela preferiu retornar para o abrigo municipal e não procurou seus familiares porque eles a responsabilizavam pelo fato de sua mãe, já falecida, ter adquirido o vírus HIV. A E.6 relatou também que seu parceiro move uma ação na justiça contra a adolescente para obter a guarda de seus filhos.

A gestação é entendida por algumas adolescentes como o fator desencadeador dos conflitos entre elas e seus familiares.

[...] Porque eu tinha muita aporrinhção em casa. Era minha família sempre jogando na minha cara [...] que eu estava grávida, que não era eu arrumar [...] arrumar [...] que eu não podia arrumar filho [...] Minha tia jogava isso na minha cara [...] (E.8, 17 anos)

[...] por causa da [...] da [...] gravidez, e ele sempre foi. [...] Nunca me rejeitou nada não, pelo contrário, ele não queria nem que eu fosse embora [...] que eu fosse embora da casa dele, para morar com o pai deles[...] Foi uma confusão para mim [...] Que ele não queria que eu fosse [...] Meu marido queria me levar e ele não queria deixar [...] (E.5, 17 anos)

A reação familiar frente a descoberta da gravidez, pode ter uma sobreposição de sentimentos negativos como revolta, surpresa, abandono, ou mesmo a aceitação de uma situação inevitável, dependendo da maneira como a família compreende a gravidez. Todavia, também, podem ocorrer discussões, brigas e relações conturbadas com os pais após o anúncio da gravidez. Observa-se agressões verbais e, frequentemente, a imposição do abortamento, podendo até mesmo levar a jovem a sair de casa devido ao medo de agressões físicas (MARANHÃO et al, 2018).

Uma gestação no período da adolescência pode desencadear uma série de implicações tanto na vida da adolescente quanto na vida dos demais membros da família. Tais implicações perpassam tanto em nível emocional quanto social, cultural, econômico e familiar (ESTEVES et al, 2018).

Ao mencionar as brigas vivenciadas no período de sua gestação, a E.8 não consegue conter a emoção durante sua narrativa e chora, acalmando-se aos poucos. A adolescente atribuiu às brigas ao fato de quase ter perdido seu filho com sete meses. A E.8 contou que no mesmo período de sua gestação, sua prima, também adolescente, engravidou. Pelo fato da adolescentes ter engravidado primeiro, sua tia a culpava pela gestação da prima. A E.8 mencionou ter uma irmã mais velha, que era noiva. Segundo a adolescente, sua irmã e o noivo estavam sempre brigando e, às vezes, ele ameaçava sua irmã. A adolescente relatou, com certa mágoa, que por diversas vezes saiu em defesa de sua irmã, mas, nestas ocasiões, ela (a irmã) inexplicavelmente defendia o noivo.

A E.5 relatou que, a princípio, o relacionamento que manteve com um rapaz que conheceu quando ainda eram crianças, não era —muito sério. Segundo a adolescente, eles tinham que namorar escondido porque seu pai não permitia que ela namorasse em casa. Mas, quando soube da gravidez da filha, o pai permitiu que ela continuasse a residir na casa paterna para dar continuidade aos seus estudos.

A família integra o universo de experiências (real e/ou simbólica) dos seres humanos no decorrer de sua história. Família remete a lembranças, emoções, sentimentos, identidade, amor, ódio, enfim, um

significado único para cada indivíduo que, como ser biopsicossocial, encontra-se inserido no seu meio ambiente, integrado à cultura e a seu grupo social.

(GOMES; PEREIRA, 2005)

Outro tipo de violência vivenciada por algumas das adolescentes, foi a violência sexual e de gênero narradas por as E.12, 8 e 6 perpetradas por membro da família as quais foram obrigadas a prática sexual, sob ameaças.

[...] ele tentava sim, mas ele não botava nada não [...] ele só alisava [...] e me ameaçava porque ele batia muito na minha mãe [...] ele falava: Se tu falar eu vou bater na tua mãe|| [...] Um belo dia, minha mãe acordou e viu [...]

(E.12, 19 anos)

[...] Não [...]a gente tenta, se você não quiser eu paro. Aí eu falei: Ah, então tá bom, até aí tudo bem [...] Aí começou a tentar, sendo que quando [...] estava chegando aos finalmente, eu falei pra ele: - Não quero [...] para que eu não quero. [...] Sendo que ele [...] sabe, ele foi bruto [...], fingiu que não estava me escutando e pegou e tirou minha virgindade [...] (E.8, 17 anos)

[...] Meu irmão, quando eu era pequena [...] ele —tentou abusar de mim [...] porque, aonde que a gente morava [...] com a minha mãe [...] era muito deserto, aí [...] a minha mãe não acreditava em mim [...]eu falava: — mãe, o meu irmão tá tentando _passar a mão _em mim [...] aí a minha sorte que o moço viu [...] e [...] o [...]o esposo dela lá, que ela arrumou, viu e [...]e falou com ela:|- Não, ele tá tentando abusar dela toda noite, ele vai lá na cama dela [...] e eu já reparei [...] [...].mesmo, ele vindo abusar de mim, aí vieram os caras lá de onde que a gente morava e bateram nele [...] bateu nele e hoje em dia, diz que foi ele que matou minha mãe [...] (E.6, 17 anos)

A violência sexual é cercada pelo medo, vergonha e descrédito dispensado aquela que vivencia, seja ela uma adolescente ou uma mulher adulta. Na maioria dos casos de abuso sexual contra adolescentes, o agressor é do sexo masculino e pessoa conhecida, conforme levantamos entre as participantes. Nestes casos, a adolescente fica mais exposta a contrair uma IST ou até mesmo engravidar. Independente de como a adolescente tenha vivenciado violência, a experiência, com certeza, marcou cada uma destas meninas. Destaca-se que, em nenhum dos três casos relatados, foi formalizada denúncia oficial contra os agressores das adolescentes. Isso pode estar associado aos fatores acima citados (medo, vergonha e descrédito). São eles, em última instância, os responsáveis pelo aumento dos índices de subnotificação dos casos de violência contra a mulher e a adolescente em nosso país.

Em análise epidemiológica da violência sexual praticada contra crianças e adolescentes no período entre 2011 a 2017 evidenciou-se que foram notificados 184.524 casos de violência sexual, sendo

58.037 (31,5%) contra crianças e 83.068 (45,0%) contra adolescentes, concentrando 76,5% dos casos notificados nesses dois períodos de vida. Ressalta-se que entre as adolescentes do sexo feminino, 67,1% estavam na faixa etária entre 10 e 14 anos, 56,0% eram da raça/ cor da pele negra. As notificações se concentraram nas regiões Sudeste (31,4%), Norte (22,6%) e Sul (18,4%). Entre as adolescentes do sexo feminino, a avaliação das notificações de violência sexual mostrou que 39,7% tiveram caráter de repetição, a residência (58,7%) e a via pública (14,1%) foram os principais locais de ocorrência, e 70,9% dos eventos foram notificados como estupro (BRASIL, 2018).

Este tipo de agravo pode causar consequências profundas para a saúde física e mental nas pessoas que a vivenciam, gerando impacto no desenvolvimento psicossocial das crianças e adolescentes, no bem-estar das famílias e das comunidades, constituindo-se em um grande desafio para os gestores e profissionais da saúde. Este tipo de relacionamento no qual não há possibilidade de negociação entre os parceiros, expõe tanto a mulher como a adolescente a gestação indesejada ou mesmo a uma IST (BRASIL, 2018).

O atendimento a esse tipo de agravo deve ser realizado por equipe multidisciplinar, uma vez que há interação dos diversos tipos de sintomas e as implicações são variadas. É imprescindível que as intervenções sejam direcionadas tanto para as consequências que podem acometer a mulher/adolescente, tanto com um caráter preventivo, quanto para as consequências que já ocorreram, com intuito do alívio dos sintomas e à promoção da qualidade de vida (LOURENÇO; COSTA, 2020).

A E. 12 lembrou que os abusos infligidos por seu padrasto contra si foram descobertos por sua mãe e esta separou-se, mas, reconciliou-se com seu padrasto após três anos. A E.12 contou que, apesar de tudo, já o perdoou e tenta conviver com o padrasto de forma saudável, já que ele é o avô de sua primeira filha. Durante sua narrativa, a adolescente confessou que perdeu todo o interesse sexual por seu atual marido. E.12 questionou se esta frigidez não estaria associada ao parto de seu segundo filho, nascido há pouco tempo.

A E.8 mencionou ter tido dificuldades para manter relações sexuais com o pai de seu filho. Apesar de gostar do companheiro, ela afirmou, que levou cerca de três meses até finalmente conseguir. Ao descrever a maneira como perdeu a virgindade, o tom de voz da adolescente diminuiu denotando tristeza. A adolescente relatou também que tal fato nunca chegou ao conhecimento de sua mãe e/ou demais familiares. E.8 disse a eles apenas que o relacionamento havia chegado ao fim porque o

sentimento havia terminado. Sua mãe aceitou a explicação com naturalidade e fez apenas uma recomendação: dali por diante, não ficar se deitando com qualquer um.

No caso da E.6, as consequências da violência sexual vivenciada foram mais graves. Ao descobrir as atitudes do irmão da adolescente, sua mãe lançou mão de um recurso muito utilizado nas comunidades mais pobres: denunciou seu próprio filho. Em sua narrativa a adolescente informou que seu irmão foi surrado pelos integrantes da comunidade, que fizeram justiça com as próprias mãos”. Poucos dias depois sua mãe foi encontrada morta por envenenamento e as suspeitas policiais recaíram sobre o irmão, desaparecido deste então.

No caso da E.8, identifica-se um caso de violência institucional praticada pelo obstetra que realizou a cesárea.

[...] Minha filha, você não está sentindo dor, está sentindo o bisturi passar. Eu falei assim: - Não é. Aí ele pegou uma agulha grandona enfiou na minha barriga: - Você está sentindo dor? Aí eu falei assim: - Não, mas a agulha não é a mesma coisa que um bisturi, falei para ele. Aí veio no meu braço e enfiou a agulha:- Você está sentindo dor? Eu falei assim: - Claro anestesia é daqui pra baixo, não é daqui para cima [...] aí ele pegou cortou-me, tirou meu filho[...]. (E.8, 17 anos)

O nascimento é um momento especial na vida de qualquer mulher, principalmente, quando a mãe é adolescente, porque esta fase da vida é cercada de dúvidas e inquietações. É lastimável, portanto, que esta adolescente tenha sido maltratada por um profissional de saúde no momento em que mais necessitava de acolhimento. A comunicação verbal com a adolescente foi realizada de maneira impessoal, fria e desrespeitosa, quando deveria ser permeada por solidariedade e respeito, considerando-se sua condição de sujeito de direito. O profissional neste caso sequer considerou o significado e a importância daquele momento para a adolescente. Naquele momento, a adolescente encontrava-se fragilizada física e emocionalmente, necessitando de alguém que lhe transmitisse segurança, compreensão, e companheirismo, além de um olhar carinhoso e uma escuta terapêutica. As narrativas evidenciaram que os profissionais de saúde devem propiciar uma escuta sensível para a clientela para que estas possam falar sobre suas necessidades. Mas não basta simplesmente ouvir, faz-se necessário que a assistência seja planejada a partir desta escuta atenta para que se possa realmente atender as necessidades de cada indivíduo.

A Portaria 569/Grupo da Mulher (GM), de 01 de Junho de 2000, instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), este determina os princípios da atenção que deve ser prestada e estimula estados, municípios e serviços de saúde a cumprirem seu papel, proporcionando a cada

mulher o direito de cidadania mais elementar, dar à luz, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade (BRASIL, 2000)

A violência institucional e/ou obstétrica é um fenômeno conhecido e reconhecido na percepção dos profissionais de saúde, particularmente, dos participantes deste estudo. Contudo, estes consideram que ainda em processo de construção quanto a sua definição, categorização e denominação, sendo comum surgirem aspectos polêmicos e de divergência entre os envolvidos (SENS e STAMM. 2019)

A enfermagem, por sua vez, tem uma formação acadêmica diferenciada da formação do profissional médico e, portanto, sua prática é mais abrangente do ponto de vista político e assistencial. A atuação do profissional de enfermagem possui um forte enfoque preventivo e educativo, com o escopo de esclarecer a clientela e conscientizá-la de seus direitos e cidadania.

Um dos profissionais de saúde, ao atender a adolescente na unidade hospitalar, não a acolheu devidamente, uma vez que [...] o acolhimento é considerado um dispositivo potente às multiplicidades do cuidado, o qual transmite confiabilidade ao indivíduo estabelecendo e sustentando processos terapêuticos. O compromisso e a disponibilidade da equipe em acolher e escutar produz vínculos e horizontaliza as relações intersubjetiva[...] (CARVALHO et al, 2019)

A E.8 contou que não conseguiu ver seu filho nascer e acordou quando o procedimento cirúrgico estava no fim. A adolescente relata que se desesperou porque não presenciou o parto e achou que o bebê podia ter morrido. Acalmou-se pouco depois quando sua mãe informou que seu filho não chorou logo ao nascer, mas, estava bem e sob observação.

Com base no perfil do universo pesquisado, é possível afirmar que boa parte das participantes possuía vulnerabilidade social, considerando-se que estas conviveram em núcleos familiares desagregados, foram expostas aos mais variados tipos de violência e, por isso, tinham maior probabilidade de desenvolverem baixa auto-estima.

Ainda assim, a E.12, embora, tenha vivenciado violência por parte de seu padrasto, a mesma tenta conviver com ele e superar o que viveu. A narrativa de vida desta adolescente, é emblemática: a adolescente vivenciou períodos difíceis com seu primeiro parceiro, separou-se dele e arrumou um emprego para reconstruir sua história. A reconstrução de sua vida já inclui até mesmo um novo relacionamento.

A narrativa da E. 8, evidenciou a fragilidade de uma adolescente que não recebeu apoio no início de sua gravidez. Muito embora tenha enfrentado adversidades durante a gestação, ela demonstrou

satisfação com o nascimento do filho. Recebeu o apoio da mãe ao longo de sua internação prolongada causada por infecção hospitalar na incisão cirúrgica.

A E.6 é outro exemplo de tenacidade. Apesar de ter enfrentado muitas dificuldades em sua curta existência, ela demonstra ânimo para brigar na justiça pela guarda de seus filhos, ainda que seu futuro seja tão incerto.

As adolescentes, cada uma à sua maneira e dentro de suas possibilidades, tentaram superar a falta de coesão familiar, as violências vivenciadas, as ausências paternas e maternas, e as dificuldades oriundas do baixo poder econômico.

A maneira como as pessoas enfrentam suas dificuldades tem sido objeto da análise de autores em distintas perspectivas. Inicialmente, a resiliência foi pensada nas ciências exatas, na física e na engenharia, as quais faziam a analogia com materiais, como se estes fossem elásticos, e por possuírem a capacidade de retornarem às suas formas originais, mesmo após passar por deformações (ARAÚJO, TEVA, & BERMÚDEZ, 2015).

Posteriormente, o termo foi adaptado para as ciências humanas e da saúde, denotando a capacidade de resistir às adversidades, a força necessária para a saúde mental estabilizar-se durante a vida, mesmo após a exposição a riscos. Expressando a habilidade de se acomodar e reequilibrar frente às adversidades. (ASSIS et al, 2006)

O conceito de resiliência toma como ponto de partida o reconhecimento de que há uma gama de respostas dos indivíduos a todos os tipos de adversidades. Contudo, alguns indivíduos podem ter melhores respostas que outros a uma mesma situação, e em alguns casos em particular as experiências negativas podem surtir um efeito sensibilizante ou mesmo fortalecer frente as adversidades (RUTTER, 2012).

Enquanto processo, a resiliência não pode ser considerada imutável, visto que essa, desenvolve-se e modifica-se ao longo da vida, necessitando no entanto, de equilíbrio entre os fatores de risco e proteção e da capacidade do indivíduo para gerir, de acordo com as características desenvolvimentais (APARICIO et al, 2020).

Pessoas que possuem uma rede de apoio social mais ampliada possuem a possibilidade de desenvolver maior resiliência com o uso dos recursos psicológicos e de proteção contra as adversidades, e tornarem-se menos propensas aos prejuízos originados pelas adversidades vivenciadas (ARAÚJO et al, 2019).

O apoio social e familiar são considerados essenciais como ações protetoras dos riscos associados à maternidade no período da adolescência, uma vez que reduzem a ansiedade associada à gravidez e ao desempenho das tarefas referentes a maternidade, promovendo responsividade, sensibilidade e expressão de afeto para com o seu filho. Uma relação positiva com o pai do bebê igualmente é promotora da qualidade do ajustamento à gravidez (ESTEVES et al, 2018). Resiliência, por fim, corresponde à habilidade que o indivíduo possui para criar e utilizar estratégias que possibilitem a ressignificação das situações adversas vivenciadas, corroborando para que este supere e o fortaleça-se por meio destas. Deste modo, pode-se considerar que a resiliência se dá a partir da interação entre a vulnerabilidade e a proteção, determinada por atributos individuais, familiares e sociais, num processo dinâmico, que deve ser desenvolvido e estimulado (SANTOS; SOUZA; SANTANA, 2019).

Fatores foram identificados neste estudo como facilitadores do aumento da vulnerabilidade das adolescentes participantes como: baixo poder econômico; gestação na adolescência; desarmonia familiar; ausência de relação mãe-filha positiva; ambiente familiar não coeso e família numerosa. Contudo, outros fatores foram identificados nas narrativas de adolescentes, os quais funcionaram como responsáveis pelo aumento da resiliência destas a partir de suas narrativas: coesão familiar; conexão com pelo menos um dos pais e união entre irmãos.

Neste estudo estas questões foram trabalhadas, com o referencial dos conceitos de vulnerabilidade e de resiliência, os quais são opostos, ou seja, quanto mais vulnerável é o indivíduo, menos resiliente ele será e vice-versa. A resiliência é resultante de intervenções de apoio e de amor, as quais perpassam as relações intra e inter-familiares. O aumento ou a diminuição da resiliência dependerá do apoio e do acolhimento dos membros que compõem a rede pessoal e social do indivíduo.

CONCLUSÃO

O estudo atingiu ao objetivo proposto. Ao analisar a Narrativa de vida de adolescentes evidenciou-se a condição de vulnerabilidade social às Infecções Sexualmente Transmissíveis. As narrativas evidenciaram que as adolescentes sofreram violências de gênero e sexual, geralmente, por um familiar, assim como, sofreram violência institucional no momento da parturição.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L.O.; BARLEM, E.L D. Perfil das ocorrências policiais de violência contra a mulher. Acta Paul Enferm: v.26, n.6, p.547-553, dez, 2013.

APARÍCIO, g ET AL. Estudo comparativo da percepção de resiliência por pais e crianças/adolescentes, *Acta Paul Enferm*, 2020; 33:e-APE20190178

ARAÚJO, L.F, Teva, I. & Bermúdez, M. (2015). Resiliencia en adultos: Una revisión teórica. *Terapia Psicológica*, 33(3), 257-276.

ARAUJO, L. F. et al. Análise da Resiliência entre Pessoas que Vivem com HIV/AIDS: Um Estudo Psicossocial. *Psic.: Teor. e Pesq*, Brasília, v. 35, e35416, 2019. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722019000100514&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Apr. 2020. Epub Oct 24,

2019. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35416.4>

ASSIS, Simone Gonçalves de et al. Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversa com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/CLAVES/CNPq, 2006.

AYRES, J.R.C.M. O jovem que buscamos e o encontro que queremos ser: a vulnerabilidade como eixo de avaliação de ações preventivas do abuso de drogas, DST e AIDS entre crianças e adolescentes. In: TOZZI, D., SANTOS, N.L., AMARO, C.M., ALMEIDA, E., SILVA, E.J., PEREIRA, M.L. (Orgs.) *Papel da educação na ação preventiva ao abuso de drogas e às DST/AIDS*. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1996. p. 15-24. (Série Ideias, 29).

AYRES JRCM et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs Of Young People Living With HIV/AIDS. *American Journal of Public Health* [online]. 2006 [cited 2020 Apr]; 96(6): 1001-06.

BARRETO MJ, RABELO AA. A família e o papel desafiador dos pais de adolescentes na contemporaneidade. *Pensando fam.*[online]. 2015 [cited 2020 Apr];19(2): 34-42. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679494X201500020004&lng=pt&nrm=iso

BERTAUX, D. *Los relatos de vida*. Barcelona: Bellaterra, 2005.

BERTAUX, D. *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. Natal: EDUFRN, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Disponível em:

http://www.spp.org.br/Portaria_569_GM.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim epidemiológico*, Brasília, v. 49. jun.2018

CARMO ME, GUIZARDI FL. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2018 [cited 2020 Apr 09]; 34(3): e00101417. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2018000303001&lng=en.

CARVALHO, M.F.A.A. et al. Acolhimento e cuidado à pessoa em uso problemático de drogas [Embracing and caring for problematic drug users] [Acogimiento y cuidado a la persona en uso problemático de drogas]. Revista Enfermagem UERJ, [S.l.], v. 27, p. e42493, out. 2019. ISSN 0104-3552. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/42493/30988>>. Acesso em: 12 abr. 2020. Doi :<https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.42493>.

CATALDO UHP. A família de ontem e de hoje: desagregação ou transformação? Braz. J. of Develop. [online]. 2019 [cited 2020 Apr]; 5(6): 5037-5050.

COELHO, E. B. S.; SILVA, A. C. L. G.; LINDNER, S. R. Centro de Ciências da Saúde.

Curso Atenção a Homens e Mulheres em Situação de Violência por Parceiros Íntimos -

Modalidade a Distância. Violência: definições e tipologias [recurso eletrônico] / Universidade

Federal de Santa Catarina; organizadores, Elza Berger Salema Coelho, Anne Carolina Luz Grüdtner Silva, Sheila Rubia Lindner.-Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014. 32 p. Disponível em:

<https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/1862/Definicoes_Tipologias.pdf?squence=1>. Acesso em: 10 abr. 2020.

CORTES, L.F.; PADOIN, S. M.M.; KINALSKIB, D. D. F. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. Revista Gaúcha de Enfermagem: v.37, n.esp, p.1-9, abr, 2016.

ESTEVES I et al. A importância da resiliência e de um suporte social efetivo na vivência da gravidez e maternidade precoces. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental [online]. 2018 Nov [cited 2020 Apr 12]; (spe6): -16. Available from:

http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602018000200002&lng=pt.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. Ciência & Saúde Coletiva, 10 (2):357-363,2005.

LOURENÇO Lélío Moura, Costa Dayane Pereira. Violência entre Parceiros Íntimos e as Implicações para a Saúde da Mulher. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. [Internet]. 2020 Jan [citado 2020 Abr 12] ; 13(1): 1-18. Disponível em:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198382202020000100010&lng=pt.
<http://dx.doi.org/10.36298/gerais2020130109>.

MAIA K. et al. O papel das mulheres pobres brasileiras na estrutura familiar monoparental feminina: uma análise do ano 2012. Revista Econômica [online]. Dez. 2015 [cited 2020 Apr];17(2): 97-122.

MARANHÃO T et al. Atitudes e reações familiares e sociais diante da gravidez na adolescência. Revista de Enfermagem UFPE online [online]. 2018 Apr 4; [Cited 2020 Abr 10]; 12(4): 840-848. Available

from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234547>

OLIVEIRA NHD. Recomeçar: família, filhos e desafios. São Paulo: Cultura Acadêmica; 2009.

RUTTER M. Resilience as a dynamic concept. *Dev Psychopathol.* 2012; 24(2):335-44.

SANTOS, LKP, Souza, MVO, Santana, CC. Ações para o fortalecimento da resiliência em adolescentes. *Cien Saude Colet* [periódico na internet] (2019/Mar). [Citado em 12/04/2020]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/acoes-para-o-fortalecimento-da-resiliencia-em-adolescentes/17146?id=17146>

SENS Maristela Muller, Stamm Ana Maria Nunes de Faria. A percepção dos médicos sobre as dimensões da violência obstétrica e/ou institucional. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2019 [cited 2020 Apr 12]; 23: e170915. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100277&lng=en. Epub Aug 26, 2019. <https://doi.org/10.1590/interface.170915>. 6

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher e a prática

assistencial na percepção dos profissionais da saúde. *Rev. Texto contexto -enferm.* vol.24 no.1 Florianópolis Jan./Mar. 2015. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B01)

[07072015000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B01](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072015000100229&lng=en&nrm=iso&tlng=pt#B01)>. Acesso em: 10 abr. 2020.

SOUZA, LB, PANÚNCIO-PINTO MP, FIORATI RC. CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE SOCIAL: bem-estar, saúde mental e participação em educação. *Cad. Bras. Ter. Ocup.* [online]. 2019 June [cited 2020 Apr 12]; 27(2): 251-269. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S252689102019000200251&lng=en.

VIEIRA I.M., COUTINHO S.M.S. Representações Sociais de Família para Adolescentes Institucionalizados em um Município Norte Fluminense. *Rev. Psicol. IMED* [online]. 2019 [cited 2020 Apr];11(2): 34-50. Available from:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272019000200004&lng=pt&nrm=iso>

WAISELFSZ, J.J. Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais. FLACSO. 1ª Edição Brasília – DF – 2015. Disponível

em:<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>.

Acesso em: 10 abr. 2018.

Capítulo 49

IMPLEMENTAÇÃO DA SAE A UMA PACIENTE PORTADORA DE AIDS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

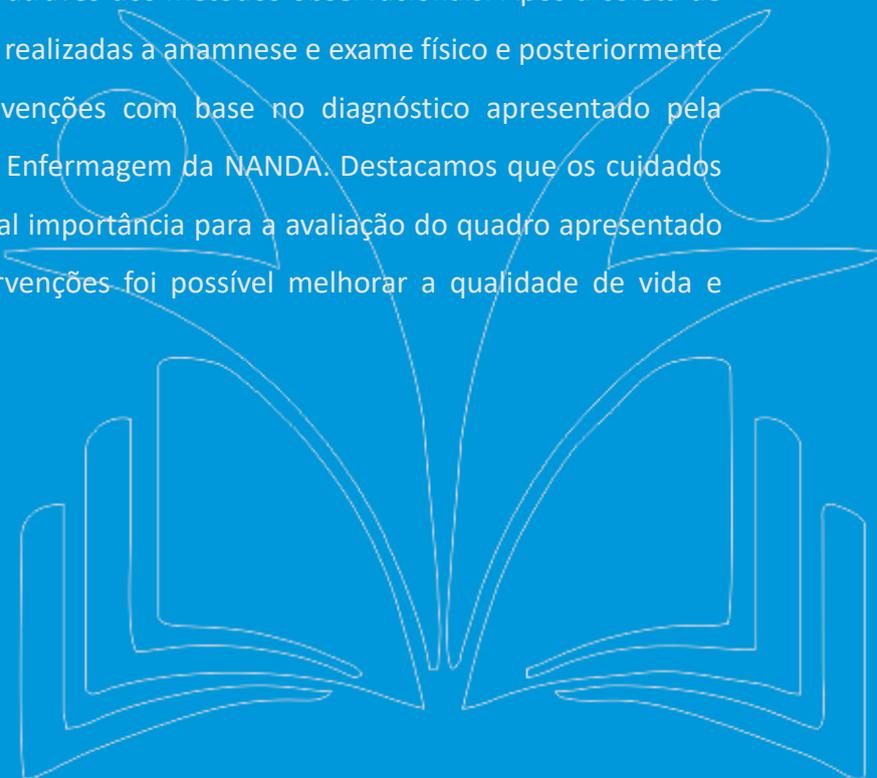
[DOI: 10.37423/200400697](https://doi.org/10.37423/200400697)

Allana Roberta De Souza - lanasouza7@hotmail.com

Ana Bárbara Simões Luz Alves - barbara-simoes@hotmail.com

Elba Moreira Matos - elbammatos@gmail.com

RESUMO: Este relato de experiência se refere à Sistematização da Assistência de Enfermagem à uma paciente com diagnóstico de HIV. A paciente encontrava-se internada em uma Unidade de Clínica Médica no Hospital Geral Clériston Andrade, localizado no município de Feira de Santana – BA, no ano de 2015. Foi realizado por acadêmicas de enfermagem no Estágio Curricular da Disciplina de Saúde do Adulto I, através de uma abordagem qualitativa, que descreveu a realidade do estudo através dos métodos observacionais. Após a coleta de dados realizada em prontuário, foram realizadas a anamnese e exame físico e posteriormente foram traçados diagnósticos e intervenções com base no diagnóstico apresentado pela paciente segundo os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA. Destacamos que os cuidados de enfermagem foram de fundamental importância para a avaliação do quadro apresentado pela paciente, pois através das intervenções foi possível melhorar a qualidade de vida e conforto da paciente.



1.INTRODUÇÃO

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é regulamentada no Brasil como um método que organiza o trabalho profissional, possibilitando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de enfermagem, organizado em cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem. (SILVA et al, 2015)

A Resolução COFEN 272/2002 conceitua a Sistematização da Assistência de Enfermagem como: atividade privativa do enfermeiro, utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando ações da assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade.

A SAE tem demonstrado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, uma vez que faz parte da reorganização e sistematização das práticas em saúde. No cenário nacional vivenciamos uma mudança paradigmática do modo de produzir saúde, que é iniciada com o movimento da Reforma Sanitária na década de 1970 e que culmina com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Obtivemos avanços significativos na propositura. No entanto, essa mudança depende de muitos esforços dos atores envolvidos nos diversos cenários dos serviços, academia e comunidade para que sua construção cotidiana ocorra. (CASTILHO et al, 2009)

O Conselho Federal de Enfermagem afirma que a SAE deve ocorrer em todas as instituições de saúde brasileiras, públicas e privadas, considerando sua institucionalização como prática de um processo de trabalho adequado às necessidades da comunidade e como modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo enfermeiro. O Conselho considera que a implantação da SAE constitui, efetivamente, melhora na qualidade da assistência de enfermagem. (COREN-SP, 2002)

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é considerada um dos maiores problemas da atualidade. É causada pelo vírus HIV, que ao se replicar provoca a morte das células-alvo, causando imunodeficiência e predispondo os indivíduos a inúmeras infecções oportunistas. ao considerar tal cenário, este estudo tem como objetivo apresentar um relato de vivência de acadêmicas de enfermagem em estágio curricular da disciplina de saúde do adulto, ao propor um plano de cuidado específico através da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) à paciente deste estudo, uma

vez que a mesma também é portadora de outras patologias: Hipertensão Arterial Sistêmica, Angina de peito, Neoplasia maligna, Depressão e Diabetes Mellitus tipo 1.

2.MÉTODOS

Este estudo consistiu num relato de experiência de acadêmicas de Enfermagem, no qual são descritas as vivências das autoras no processo de implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), através do estágio curricular em Saúde do Adulto I. Trata-se de uma abordagem qualitativa, que descreve a realidade do estudo através dos métodos observacionais.

O relato de experiência é um método de pesquisa descritiva na qual são apresentadas ações vivenciadas no âmbito de estudo, possibilitando reflexão acerca das práticas e processos de trabalho desenvolvidos no período de estudo. O estágio foi realizado na Clínica Médica do Hospital Geral Clériston Andrade em Feira de Santana – BA, durante os dias 19 a 26 de março de 2015.

Como método, inicialmente foi realizada coleta de dados no qual foi analisado um caso de AIDS onde a obtenção de dados se deu a partir dos prontuários médicos e informações fornecidas pela paciente que estava internada, e observada em regime hospitalar.

3.RESULTADOS E DISCUSSÕES

O Hospital Geral Clériston Andrade (HGCA), local onde foi realizado o estudo, é o maior hospital público do interior da Bahia no atendimento de média e alta complexidade, possui atualmente 300 leitos e a maior emergência de Feira de Santana e região.

No primeiro momento foi realizada a coleta de dados em prontuário e selecionada a paciente com o diagnóstico principal de AIDS, tendo como comorbidades Hipertensão Arterial Sistêmica, Angina de peito, Neoplasia maligna, Depressão e Diabetes Mellitus tipo 1.

Foi realizada anamnese, exame físico e aferição de sinais vitais e preenchimento da Evolução de Enfermagem. Em seguida foram traçados os diagnósticos e intervenções de acordo com os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA.

Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: intolerância a atividade, relacionada ao desequilíbrio entre a oferta e demanda de oxigênio, evidenciada por dispneia aos mínimos esforços; medo relacionado a separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante

evidenciado por tentativa de suicídio. Risco para infecção relacionado a imunossupressão, débito cardíaco alterado relacionado a frequência cardíaca alterada evidenciada por níveis pressóricos aumentados. A partir do levantamento destes diagnósticos, foram propostas as seguintes intervenções de enfermagem: administrar oxigênio conforme prescrição, elevar cabeceira 45º, solicitar acompanhamento psicológico, realizar eletrocardiograma no caso de dor precordial; verificar pulso, pressão arterial e a respiração antes e após qualquer atividade; prover alimentação hipossódica e hipocalórica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos através da associação do conhecimento teórico-prático que a finalidade de implantar a SAE nas instituições hospitalares é a de organizar o cuidado a partir da adoção de um método sistemático, proporcionando ao enfermeiro a redefinição do seu espaço de atuação, do seu desempenho no campo da gerência em saúde e da assistência em Enfermagem.

É importante ressaltar a importância da cogestão que possibilita aos profissionais de saúde autonomia para desenvolver suas atividades na assistência à saúde, o que permite que mudanças significativas ocorram no processo de saúde que atendam às demandas de saúde da população, fortalecendo dessa forma o Sistema Único de Saúde (SUS).

Pois através da SAE é possível detectar o diagnóstico precocemente, assegurando que os cuidados de enfermagem sejam realizados corretamente, reduzindo as infecções, tempo de internações e reinternações, dessa forma não sobrecarregando o SUS.

Destacamos que os cuidados de enfermagem foram de fundamental importância para a avaliação do quadro apresentado pela paciente, pois através das intervenções foi possível melhorar a qualidade de vida e conforto da paciente.

Palavras-chave: HIV; AIDS; SAE.

REFERÊNCIAS

Cavalcante BLL, Lima UTS. Relato de experiência de uma estudante de Enfermagem em um consultório especializado em tratamento de feridas. J Nurs Health, Pelotas (RS) 2012 jan/jun;1(2):94-103

Silva et al. Sistematização da Assistência de Enfermagem na graduação: um olhar sob o Pensamento Complexo Rev. Latino-Am. Enfermagem jan.-fev 2015;23(1):59-66

Castilho et al A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. Texto contexto - enferm. vol.18 no.2 Florianópolis Apr./June 2009

Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo. Resolução nº 272/2002: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem- SAE nas Instituições de Saúde Brasileiras. 2002 [acesso 2015 Mai 04]. Disponível em <http://corensp.org.br/072005/>

Capítulo 50

PERFIL DE DOCENTES E DISCENTES NO ENSINO E APRENDIZAGEM DA APLICABILIDADE DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIVERSIDADE PRIVADA

[DOI: 10.37423/200400698](https://doi.org/10.37423/200400698)

Maria Diocléia da Costa Rezzuto (Enfermeira obstetra e emergencista).

Fabiana de Oliveira Paiva (Enfermeira Generalista).

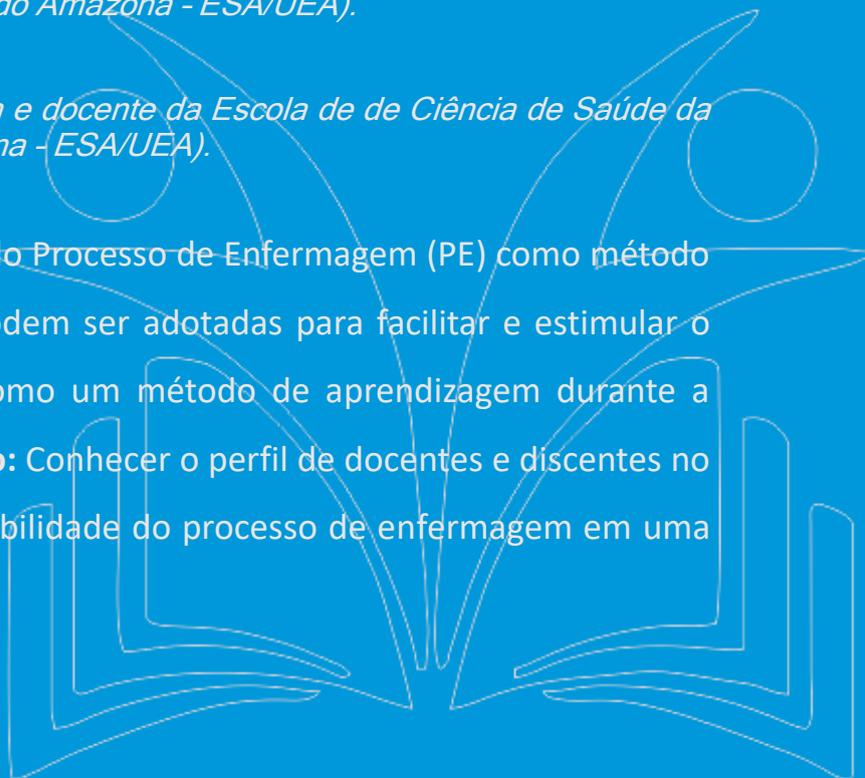
Pamela Galvão Ramos (Enfermeira emergencista).

Manoel Luiz Neto (Doutor e docente da Escola de Ciência de Saúde da Universidade do Estado do Amazona - ESA/UEA).

Antonio Manuel Sousa (Doutor em Saúde Coletiva e docente da Escola de Ciência de Saúde da Universidade do Estado do Amazona - ESA/UEA).

Elizelza Guerreiro Menezes (Doutora e docente da Escola de de Ciência de Saúde da Universidade do Estado do Amazona - ESA/UEA).

RESUMO: Introdução: O ensino do Processo de Enfermagem (PE) como método uniforme são estratégias que podem ser adotadas para facilitar e estimular o saber sistematizado e aplicar como um método de aprendizagem durante a formação dos discentes. **Objetivo:** Conhecer o perfil de docentes e discentes no ensino e aprendizagem da aplicabilidade do processo de enfermagem em uma universidade privada.



Métodos: Trata-se de uma pesquisa de natureza aplicada, com abordagem quantitativa e com uso do método descritivo, realizada no período de agosto a outubro de 2015, implementada através da aplicação de um formulário semiestruturado contendo dez questões objetivas para discentes e docentes.**Resultados:** A amostra constituída por 227 discentes e 19 docentes aplicado em uma universidade privada na cidade de Manaus-AM. com resultados significativos da pesquisa na qual 88,99% dos discente sabem realizar o PE, sendo que 35,24% dos discentes tem dificuldades em fazer o Diagnóstico de Enfermagem e 19,88% tem dificuldades na implementação, 64,32% aplicam o PE de vez em quando , 39,65% não relacionam a teoria de enfermagem com PE, 41,41% dos docentes tem uma metodologia diferenciada, percepção dos discentes 51,40% refere que a didática é organizada e planejada a teoria de enfermagem mais utilizado no ensino do PE com 100% dos resultados foram as de Wanda Horta as necessidades humanas básicas e 94,74% dos docentes buscam se atualizar e especializar para aplicar o PE . Conclusão: Este estudo irá contribuir para desenvolver o PE, uma vez que fornece estrutura para tomada de decisão, tornando-a mais científica, menos intuitiva e prioriza a necessidade do paciente.

Descritores: Enfermagem; Processo de Enfermagem; Ensino-Aprendizagem.

INTRODUÇÃO

O Processo de ensino e aprendizagem nas escolas de enfermagem foram conceitos revolucionários no século XIX através das percepções de Florence Nightingale, que serviram de modelo para a construção de conhecimentos como sistematizar as teorias e práticas dos cuidados de enfermagem, uma arte e ciência que requeria treinamento organizado, prático e científico para cuidar das doenças (OGUISSO, 2005). No Brasil ganha relevância as primeiras escolas de enfermagem moderna, na qual implantou o sistema nightingaleano-americano. As perspectivas da enfermagem no Brasil convêm citar mudanças em seus paradigmas por volta de 1960 através da enfermeira Wanda Horta, e sua Teoria das Necessidades Humanas Básicas. Suas principais ferramentas são ações sistematizadas e inter-relacionadas, através do Processo de Enfermagem (PE) e são voltadas aos indivíduos, a família e a comunidade (HORTA, 1979).

A enfermagem moderna utiliza o Processo de Enfermagem que é regulamentado através da Resolução 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), e dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem em ambiente público ou privado, em que ocorre o cuidado de enfermagem, e dá outras providências. O planejamento da Assistência em Enfermagem é uma atividade privativa do enfermeiro, definida legalmente desde a aprovação da Lei do Exercício Profissional nº7498/86 (COFEN, 2009). Santos; Ramos (2012), abordam que existem alguns sistemas de classificação que favorecem a padronização da linguagem facilitando o desenvolvimento de pesquisas, do processo de ensino aprendizagem e promoção da cientificidade do cuidado. Destacam-se como sistemas de classificação Taxonomia II da NANDA Internacional; Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC); Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC); Sistema de OMAHA (classificação para a saúde comunitária); Sistema de Classificação de Cuidados Clínicos (CCC); e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), que foi desenvolvida com a unificação de vocabulários da Enfermagem, como a NANDA, NIC, NOC, e sistema da OMAHA, entre outros.

Tannure; Pinheiro (2010), afirmam que a Sistematização da Assistência de Enfermagem SAE é uma metodologia científica, na qual tem sido implementada na prática assistencial, proporcionando maior segurança aos pacientes, melhora a qualidade da assistência e conseqüentemente dá uma maior autonomia aos profissionais de enfermagem, propicia respaldo científico, segurança e direcionamento para as atividades realizadas, contribuindo para maior credibilidade e competência ao enfermeiro.

Assim, este estudo tem o objetivo de conhecer o perfil de docentes e discentes no ensino e aprendizagem da aplicabilidade do processo de enfermagem em uma universidade privada, a partir desses princípios e as perspectivas atuais desse instrumento metodológico na graduação de enfermagem, indicam questionamentos para aplicar o PE de forma uniforme ou seja, que todas as disciplinas participem desse processo, com estratégias para facilitar esse método e estimular os discentes a desenvolverem o raciocínio diagnóstico e o julgamento clínico nas intervenções de enfermagem.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo de natureza aplicada, com abordagem quantitativa e uso do método descritivo, realizada em uma universidade privada na cidade de Manaus, nos meses de agosto a outubro de 2015, implementada através da aplicação de um formulário semiestruturado contendo dez questões objetivas para discentes e docente.

Na visão de Barros e Lehfeld (2000), a pesquisa aplicada é aquela que o pesquisador é movido pela necessidade de conhecer para a aplicação imediata dos resultados. Contribui para fins práticos, visando à solução mais ou menos imediata do problema encontrado na realidade.

Para Polit e Beck (2011) a abordagem quantitativa é uma estratégia básica que utiliza questionários e revistas para responder as questões propostas às hipóteses formuladas.

Segundo Cervo, Bervian e Silva (2007), A pesquisa descritiva observa, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis), sem manipula-los. Procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com outros, sua natureza e suas características.

Os participantes da pesquisa foram dezenove docentes (19) e duzentos e vinte e sete discentes (227), do Curso de Graduação em Enfermagem do Centro Universitário do Norte- UNINORTE. Foram respeitadas integralmente as determinações da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. Por essa razão, o processo de coleta dos dados teve início após o projeto ter sido aprovado e liberado a CAAE Nº 46370015.70000516 através do parecer consubstanciado Nº 058934/2015 do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Amazonas. Os dados coletados foram agrupados no programa EPIINFO para cálculo de porcentagens,

e transcritos através de gráficos feitos no Microsoft Excel® 2010 e tabelas feitas no Microsoft Word® 2010.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

1.1.CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A população abrangeu 19 docentes com tempo de formação entre 3 a 31 anos, com faixa etária de 25 a 55 anos, 68,42% do sexo feminino e 31,58% masculino, e 227 discentes, distribuídos nos períodos 6º (24,67%), 8º (33,92), 9º (18,50) e 10º (22,91%), na faixa etária de 19 a 59 anos, com prevalência de 79,7% do sexo feminino e 20,26% masculino.

Os dados apresentados na (Tabela 1), em relação à realização do Processo de Enfermagem apontam 88,99% sabem realizar todas as etapas e 11,01% dos discentes não sabem realizar a SAE, de modo que os questionamentos dos docentes sobre a metodologia aplicada conforme a (Tabela 3) mostram que 31,58% é por falta de desinteresse dos discentes em buscar conhecimentos para o aperfeiçoamento do ensino.

Tabela 1- Caracterização do Processo de Enfermagem, 2015.

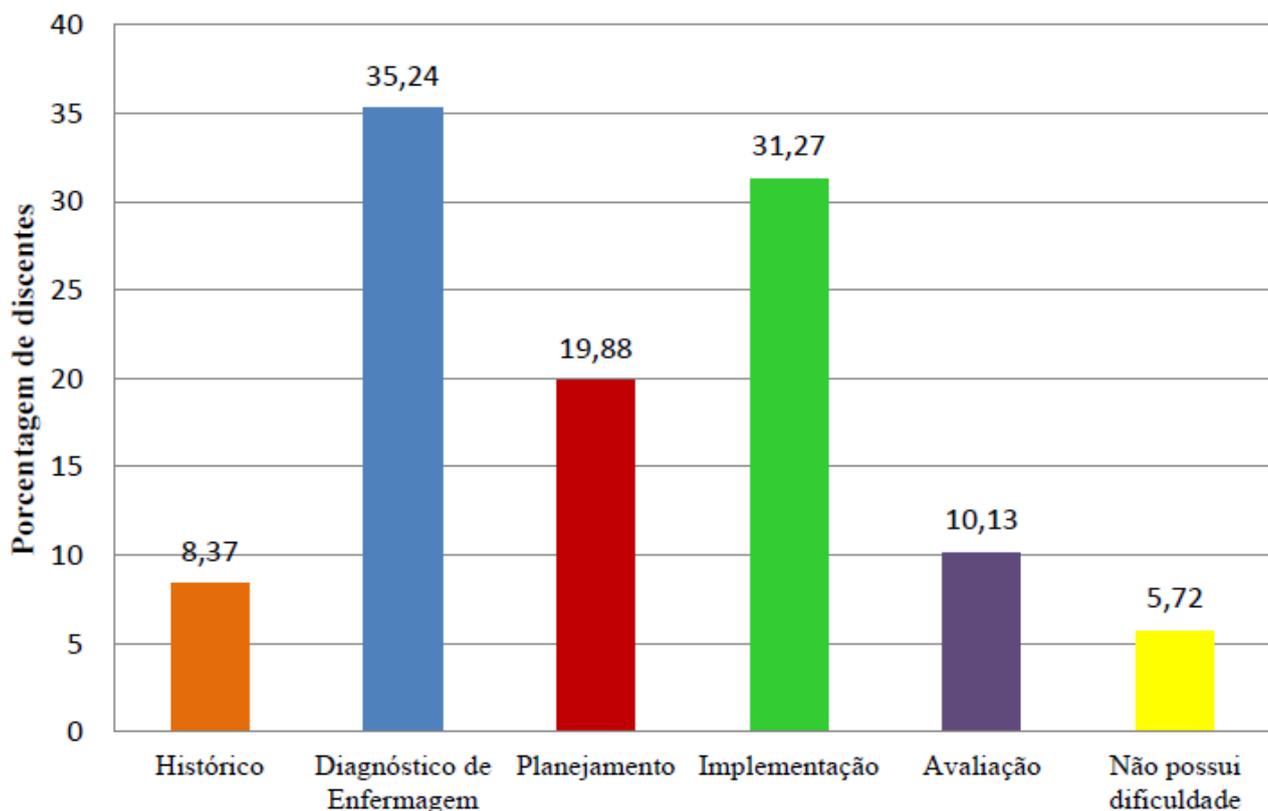
Sabe realizar todas as etapas do PE (n=227)	n	%
Sim	202	88,99
Não	25	11,01
Total	227	100,00

Fonte: Neto; et al, 2015.

Silva; Santiago (2011), afirmam que na graduação as disciplinas de Semiologia em enfermagem permitem alcançar o primeiro passo para o Processo de enfermagem, sendo que as bases semiológicas encaminham os discentes a otimizarem as condições de ensino dos fundamentos teóricos e práticos para correta leitura e adequada interpretação dos sinais e sintomas evidenciado pelo corpo examinado, essa interpretação inteligente são válidas por parte dos discentes quando diante das intervenções sobre o paciente, e a capacidade de julgamento sobre as ações e condutas primordial ao cuidado

O (Gráfico 1) demonstra que 35,24% dos discentes possuem dificuldades em realizar o diagnóstico de enfermagem enquanto que 31,27% refere também dificuldade na implementação da assistência de enfermagem.

Gráfico 1- Caracterização das Dificuldades nas Etapas do Processo de Enfermagem, 2015.



Fonte: Neto; et al, 2015.

Fontes (2010), em seu estudo realizado na Universidade Federal da Paraíba, relata que 59,8% dos discentes não sabem realizar o diagnóstico, porém apenas 17% relatam ter fortemente a detenção de conhecimento e julgamento clínico para realizar diagnóstico de enfermagem. Enquanto 37,9% dos discentes afirmam ter habilidades de implementar as intervenções de enfermagem. Para a autora, essa dificuldade deve-se a falta de sintonia entre teoria e prática, e também, a fragilidades acadêmicas, devido a poucas oportunidades de aprendizagem da prática dos conteúdos ministrados em sala de aula.

Sobre a caracterização das estratégias utilizadas para aplicabilidade do PE na (Tabela 2), 75,73% dos discentes considera necessário conhecer as teorias para implementar o PE, porém, 18,50%

reconhecem o valor das teorias, e que o conhecimento durante a graduação é insuficiente. Quanto à uniformidade das disciplinas do PE. 69,60% Acha necessário, pois facilita a aplicação do PE; 22,03% Acha importante aplicar em todas as disciplinas, em contrapartida 42,29% dos discentes relatam que os docentes limitam-se em aplicar o PE, e cerca de 32,76% consideram o processo de ensino insuficientes. Ao perguntarmos sobre que estratégias devem ser adotadas para a aplicação do PE, 24,67% refere que os docentes devem trabalhar o ensino com meio de dinâmicas uns com os outros e 40,53% acham que os docentes devem estimular os discentes a desenvolverem o raciocínio diagnóstico e o julgamento clínico.

Tabela 2- Caracterização das Estratégias utilizadas para aplicabilidade do PE, 2015.

VARIÁVEIS	ESTATÍSTICA	
	n	%
Você acha necessário o conhecimento das teorias de enfermagem para implementação do PE (n=227)		
Acha desnecessário	9	3,96
Com certeza, são regras básicas para que o PE tenha resultados positivos.	171	75,73
Não há necessidade de conhecimento de teorias	5	2,20
Reconhecem o valor das teorias, porém o conhecimento durante a graduação é insuficiente.	42	18,50
Em sua opinião você acha que deve existir uniformidade das disciplinas no ensino do PE (n=227)	n	%
Acho desnecessário	12	5,29
Acho necessário, pois facilita a aplicação do PE	158	69,60
Acho importante aplicar em todas as disciplinas.	50	22,03
Acho que não influencia no decorrer da formação acadêmica.	7	3,09
Os docentes limitam-se em aplicar o PE (n=227)	n	%
Todos aplicam o PE.	58	25,55
Limitam-se em aplicar o PE.	96	42,29
O conhecimento do processo do ensino é insuficiente.	73	32,76
Estratégias que podem ser adotadas para facilitar a aplicabilidade da PE (n=227)	n	%
Trabalhar o ensino com dinâmicas uns com os outros	56	24,67
Planejar aulas baseadas em atitude clínica	41	18,06
Estimular os discentes a desenvolverem o raciocínio e diagnóstico e o julgamento clínico.	92	40,53
Trabalhar em grupos na solução de problemas apresentados em estudos de casos.	38	16,74

Fonte: Neto; et al, 2015.

Potter e Perry (2009), diz que as teorias servem para descrever ou prescrever medidas referentes ao cuidado de enfermagem, oferecendo justificativas bem fundamentadas sobre como e o porquê os enfermeiros devem realizar determinadas intervenções.

Segundo Semim (2009), no seu estudo realizado em Porto Alegre, mostra que os discentes criticam a falta de estímulos dos docentes e que gostariam que eles despertassem as suas capacidades críticas e reflexivas, facilitando o ensino e a aprendizagem.

Gubert (2011), relata sobre a Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, que traz os princípios da educação e dentre elas, o princípio da interdisciplinaridade, que é uma das principais dificuldades do Enfermeiro educador, devido a sua prática assistencial e sua prática na docência, que resulta em uma influência fragmentada de conhecimentos que já existe, despreparo para atuação na educação e a transferência da sua prática docente, da forma como o enfermeiro havia vivenciado em sua própria formação.

Sobre os métodos pedagógicos referentes à (Tabela 3) 47,37% dos docentes afirmaram que os conteúdos ministrados sobre o PE foram compreendidos ao longo das disciplinas pelos discentes, e durante a caracterização da amostra pode-se verificar que o relacionamento professor/aluno facilita o aprendizado em 31,58% e 15,79%, afirmam que os acadêmicos são desinteressados em buscar mais conhecimento, plano de aula, sobre o método que utiliza para aplicabilidade do PE 63,16% responderam que desenvolvem habilidades cognitivas, na busca de informações e raciocínio lógico para obtenção de resultados positivos com os discentes, No que diz respeito sobre o desempenho das atividades como enfermeiro-educador, 57,89% dos docentes articulam a metodologia de ensino e percebe a capacidade do discente na tomada de decisão para solução do problema. Em relação a uniformidade nas disciplinas no ensino do PE, 78,95% (Tabela 3) dos entrevistados, alegaram que “Sim”, deve haver essa uniformidade.

Concluindo a análise da (Tabela 3), vimos que 73,68% dos docentes entrevistados afirmam que a percepção do ensino/aprendizagem do PE melhora, organiza e contempla a prática clínica. 26,31% dos docentes alegaram que o motivo que o PE ainda não foi totalmente implantado na prática assistencial na cidade de Manaus devido o enfermeiro recém-formado não tem habilidade e conhecimentos suficientes para implementar o PE nas instituições de saúde e 26,31% que a deficiência começa quando o discente tem uma visão empírica da aprendizagem do PE.

Tabela 3- Caracterização dos Métodos Pedagógicos, 2015.

VARIÁVEIS	ESTATÍSTICA	
	n	%
Sobre a prática pedagógica do enfermeiro educador, a metodologia atende as expectativas dos discentes (n=19)		
Os conteúdos foram compreendidos ao longo da disciplina	9	47,37
O relacionamento professor/aluno facilita o aprendizado	6	31,58
Os acadêmicos são desinteressados em buscar mais conhecimento	3	15,79
Tenho domínio do no ensino do PE, sendo que os discentes não buscam conhecimentos teóricos e práticos.	1	5,26
No seu plano de aula, qual o método que utiliza para aplicabilidade do PE (n=19)	n	%
Para obter o resultado de ensino do PE, utilizo a didática correspondente com o interesse dos discentes.	3	15,79
Para obter resultados positivos e desenvolver habilidades cognitivas, busca de informações e raciocínio lógico por parte dos discentes.	12	63,16
Para obter resultados positivos eu aplico uma forma dinâmica e prática.	1	5,26
Para obter resultados positivos só aplico método teórico	-	-
No desempenho de suas atividades como enfermeiro educador, de que maneira analisa as percepções dos discentes no desenvolvimento do raciocínio clínico durante o ensino do PE (n=19)	n	%
Articula a metodologia de ensino e percebe a capacidade do discente na tomada de decisão para solução do problema.	11	57,89
Observando as dificuldades no desenvolvimento de do diagnóstico de enfermagem, pois é a etapa mais trabalhosa.	4	21,05
Interação e habilidades aprendidas no ensino do PE serão adquiridas somente no decorrer da prática assistencial.	2	10,53
Interação e habilidades aprendidas no ensino do PE serão adquiridas somente no decorrer da prática assistencial.	2	10,53
O ensino do PE deve ter uniformidades nas disciplinas (n=19)	n	%
Sim	15	78,95

Nem sempre	3	15,79
Isso raramente é feito	1	5,26
O que contempla a aprendizagem sobre a aplicação do PE (n=19)	n	%
A percepção do ensino\aprendizagem do PE melhora, organiza e contempla a prática clínica.	14	73,68
Contempla as mudanças educacionais, contudo há necessidade de enfatizar na instituição de ensino métodos que possibilitem o desenvolvimento contínuo do PE.	5	26,32
A matéria que ministro não contempla o PE.	-	-
Por qual motivo o PE não é implantado na prática assistencial (n=19)	n	%
Na graduação a aprendizagem dos discentes sobre o PE foi deficiente.	4	21,05
O enfermeiro recém formado não tem habilidade e conhecimentos suficientes para implementar o PE nas instituições de saúde.	5	26,31
A deficiência começa quando o discente tem uma visão empírica da aprendizagem do PE.	5	26,31
Os saberes teóricos e práticos na graduação são insuficientes para implementar o PE nas instituições.	1	5,26
Não responderam o motivo	4	21,05

Fonte: Neto; et al, 2015

Leadebal et al (2009), acredita que o protagonismo do docente no processo de ensino é um importante auxílio para obtenção de conhecimento. E no que se refere ao desinteresse dos alunos, os autores ainda relatam que a adoção exagerada de métodos de exposição dos docentes, pode ser o responsável pelo desinteresse dos discentes pelos conteúdos ensinados, o que afeta no aprendizado.

Este resultado corrobora com os estudos de Zani (2006), ressalta que o discente para aprender, precisa realizar um trabalho cognitivo de análise e revisão dos conhecimentos, a fim que propiciem altos níveis de competência.

Ainda sobre os estudos de Zani (2006), o processo de ensino é partilhado pela atuação simultânea do docente e do discente, onde há uma junção da atuação desses atores na construção do conhecimento e assim estimula a atividade mental dos discentes e não simplesmente a ter atitudes receptivas.

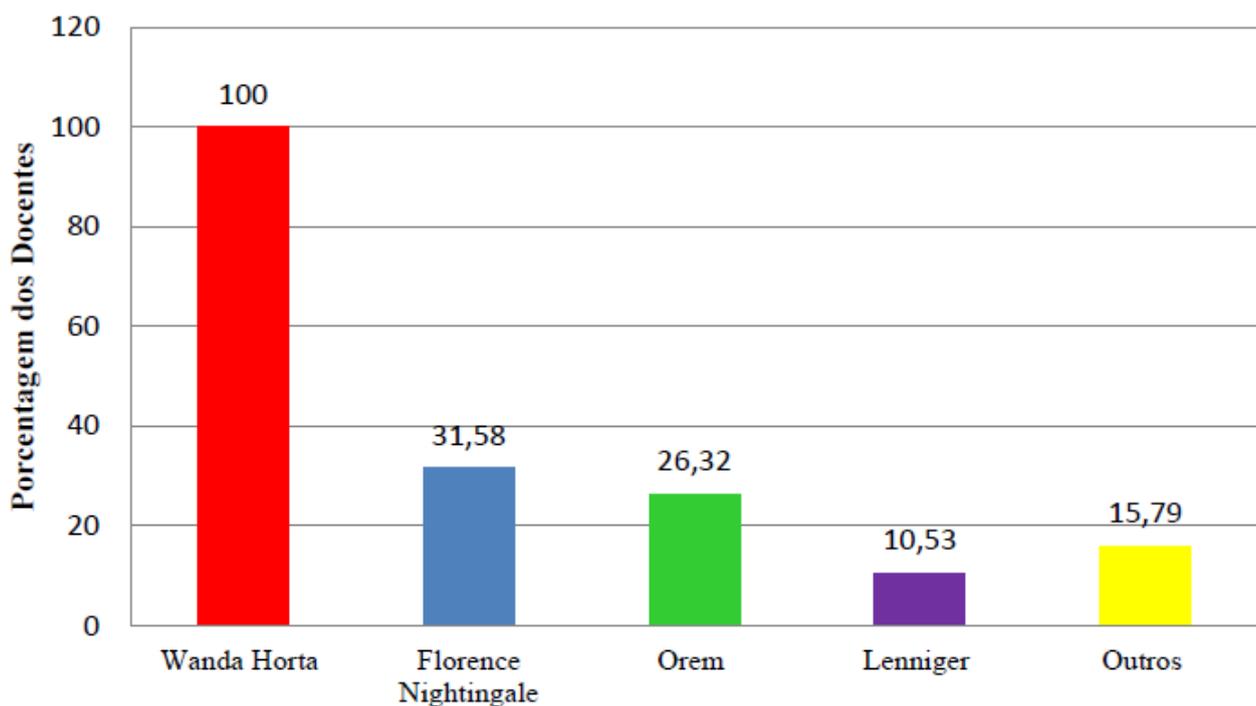
Dell'Acqua (2002), considera a forma mais adequada para ministrar o conteúdo do PE, é o ensino da teoria e prática pelo mesmo docente, visto que dessa forma permitiria a continuidade, coerência e inter-relação do tema, introduzido na teoria e aplicado a prática.

Carvalho et al (2007), descrevem que, em decorrência das dificuldades no ensino, os profissionais na prática assistencial se restringem na utilização do PE, ou a aplicação parcial de suas etapas. Constatou-

se nesse mesmo estudo que também existe insegurança dos profissionais em realizar todas as etapas do PE por não dominá-las, o que resulta em uma desvalorização desse método.

Sobre as teorias de enfermagem (Gráfico 2) mais utilizada na graduação pelos docentes no ensino do PE, é a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (100%), seguindo pela teoria ambientalista de Florence Nightingale (31,58%), Orem do autocuidado (26,32%) e por fim a teoria transcultural de Lenniger (10,53%).

Gráfico 2- Caracterização das Teorias de Enfermagem utilizadas no ensino do PE, 2015.



Fonte: Neto; et al, 2015.

Segundo Matos et al (2010), os dados de uma pesquisa realizada no estado do Paraná mostram as teorias de enfermagem mais citadas pelos entrevistados, onde em primeiro está a teoria de Wanda Horta (60%), Orem (17,1%), Lenniger (11,4%). Os mesmos autores enfatizam, que o ensino das teorias fornece ao aluno base para assistência e conhecimento das raízes científicas da profissão, sendo o ensino no início da graduação, com continuidade ao longo da formação.

Enfatizando que na cidade de Manaus, por haver inúmeras culturas, nota-se que há necessidade de usar outras teorias, como a teoria transcultural, devido as diferentes culturas, raças e etnias; nas unidades básicas, na atenção primária, a teoria de Orem do autocuidado, todas elas são importantes

para um grupo específico, não somente para classificar os diagnósticos de acordo com a necessidade do indivíduo, mas também para planejar cuidados mais fidedignos e eficazes. E a base da assistência de enfermagem são as teorias, sendo assim importante o ensino das mesmas durante a graduação, não somente a de Wanda Horta, por ser brasileira, mas todas, pois cada uma possui sua especificidade.

Durante a caracterização da amostra sobre a didática na percepção dos discentes na (Tabela 4) 51,40% refere que a didática é organizada e planejada sendo que 48,60 % dos discentes questionam que a didática não é aplicada de forma adequada, os resultados são coerentes quando se refere que 64,32% aplicam o PE de vez em quando, 39,65% não relacionam a Teoria de enfermagem com PE, enquanto 41,41% dos docentes aplicam metodologia diferenciada, isso é notório e favorece dificuldade no decorrer da graduação em desenvolver o raciocínio clínico, seguido de 51,1% aplicam o PE através de estudo de casos.

Tabela 4- Caracterização da Didática utilizada no ensino para a aplicação do PE, 2015.

VARIÁVEIS	ESTATÍSTICA	
	n	%
A didática é organizada e planejada (n=227)		
Sim	117	51,40
Não	109	48,60
Todos os docentes aplicam o PE (n=227)		
De vez em quando.	146	64,32
Sim, sempre.	38	16,74
Sim, mas não em consonância com a teoria.	32	14,10
Não, nunca.	11	4,85
Dificuldades encontradas na graduação do ensino do PE (n=227)		
Metodologia diferente em cada disciplina.	94	41,41
Relacionar a teoria com o PE	90	39,65
Não esclarecimento adequado durante as aulas teóricas pelos docentes.	28	18,33
Não aplicabilidade do PE no campo da prática	15	6,61
Na graduação desempenham atividades para a aplicabilidade do PE (n=227)		
Sim, através do estudo de caso.	116	51,10
Sim, através de palestras, mapas mentais, entre outros.	54	23,79
Não, falta de metodologia de ensino.	48	21,15
Não há interação entre docente/discente	9	3,96

Fonte: Neto; et al, 2015.

Cordeiro (2010), afirma que a prática pedagógica pode ser considerada como o trabalho de repassar, ou transmitir, saberes específicos ou ainda, um processo que está intrinsecamente ligado à teoria e à

prática da docência. Nesse sentido, torna-se importante investigar como os docentes estão compreendendo suas práticas e quais suas percepções sobre as mesmas.

Rodrigues; José Sobrinho (2007), ressaltam que as práticas pedagógicas levam a reflexão acerca da formação do docente enfermeiro é essencial devido à complexidade da prática profissional inserido na tarefa da educação e acrescentam que geralmente a docência em saúde é considerada secundária deixando de reconhecer a existência de uma relação de ensino, aprendizagem na qual os cenários desse processo são docentes, discente, pacientes, profissionais de saúde e comunidade.

Carvalho, et al (2007), mencionam que a falta de uniformidade no estabelecimento em cada uma das etapas do PE são o fato de haver múltiplas abordagens teóricas para coleta de dados, diversas taxonomias de classificação da prática tem dificuldade a compreensão por parte dos docentes potencializando a noção de complexidade, o autor resalta que o ensino exige abordagem contínua ao longo da formação do discente que poderia ser direcionado por complexidade progressiva, a adoção do PE poderia ser constituída em um eixo curricular.

Fontenele; Cunha (2014), afirmam que estes profissionais chegam à docência, por saberes fundamentais para o exercício dessa atividade, é um desafio para as instituições formadoras e também para aqueles que recebem estes docentes em processo de formação.

Sobre a especialização do enfermeiro-educador na (Tabela 5) indica que 94,74% dos docentes sempre buscam se atualizar e especializar para aplicar um método de ensino sobre o PE, da mesma forma o resultado da pesquisa indicam que 68,42% dos docentes revelam ter especialização de MBA em docência do ensino superior ou Educação Profissional na Área da Saúde e 47,37% estão se especializando nos saberes didáticos-pedagógicos.

Tabela 5- Caracterização sobre a especialização do enfermeiro-educador, 2015.

	ESTATÍSTICA	
	n	%
Busca aperfeiçoamento sobre métodos para aplicação do PE (n=19)		
Sempre busco me atualizar e especializar,	18	94,74
Analiso a turma se corresponde com o meu método de ensino e valorizo somente os interessados em aprender.	1	5,26
Tem especialização de MBA em docência do ensino superior na instituição que desempenha sua atividade (n=19)		
Sim	13	68,42
Não	3	15,79
Conclusão em andamento	3	15,79
Qual a prática do enfermeiro educador (n=19)		
Tenho especialização nos saberes didáticos- pedagógicos.	9	47,37
Estou me especializando nos saberes didáticos- pedagógicos.	9	47,37
Somente um desenvolvimento técnico adequado para o desempenho e trocas de experiência.	1	5,26

Fonte: Neto; et al, 2015.

Segundo Brasil (2001), o ensino na graduação em enfermagem é conduzido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais na Resolução CNE/CES No 1133, assegura que o ensino de enfermagem os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem. Portanto é necessária a formação generalista, humanista, crítica e reflexiva a qualificação desse profissional para o exercício de Enfermagem, e assim desenvolverem com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.

Rodrigues; José Sobrinho (2007), afirmam que para o enfermeiro assumir o papel de professor ele precisa possuir conhecimento na área específica bem como do processo educativo. A formação pedagógica é essencial no planejar, organizar e implementar o processo do ensino-aprendizagem, essa formação tem propósito de valorizar e avaliar o diagnóstico dentro do universo cognitivo e cultural dos discentes como processo interativo.

Diante da importância do papel do enfermeiro docente Boaventura (2007), aborda o ensino do Processo de enfermagem deve ser enfatizado nas instituições de ensino, visando despertar nestes futuros profissionais o interesse do PE afim de que possam ser habilitados a realizá-los em todas as suas etapas.

CONCLUSÃO

O estudo permitiu determinar o perfil de docentes e discentes sobre o ensino e aprendizagem do Processo de Enfermagem elencando os resultados para uma avaliação principalmente nas dificuldades em realizar o diagnóstico de enfermagem e a implementação, uma vez que essa metodologia científica demonstra uma importância na prática assistencial, esses recursos de conhecimentos são desenvolvidos na graduação e são fundamentais para atingir os objetivos, de forma que o PE seja sistematizado com etapas que não podem ser transpostas, os diagnósticos de enfermagem são utilizados para identificar os resultados esperados e dinamizar uma assistência de enfermagem com ações que consiste em elaborar planos de cuidados, é inegável o avanço da aprendizagem do PE, pois permitem tomadas de decisão e conseqüentemente maior autonomia para os profissionais de enfermagem, além da importância de segurança, respaldo científico e direcionamento de uma assistência segura aos pacientes.

No entanto outro fator da pesquisa foi investigar se metodologia aplicada do ensino PE no curso de graduação em enfermagem consegue contemplar a prática clínica, a compreensão do ensino/aprendizagem melhora e organiza a vivência dessa prática, de forma que são aplicados nesse ensino estudo de caso, palestras e mapas mentais entre outros, há necessidades de enfatizar na instituição de ensino o desenvolvimento contínuo, o limite desse ensino implica na implantação e implementação com sucesso nas instituições de saúde, para que PE o tenha destaque de reconhecimento com vistas as ações sistematizadas e que possa beneficiar o futuro profissional com reflexões a buscar aperfeiçoamento e atualizações para que esse instrumento de trabalho torne-se uma realidade benéfica para a Enfermagem.

Quanto ao resultado de verificar se a metodologia aplicada pelos docentes atende as necessidades para o desenvolvimento do raciocínio clínico diagnóstico durante o ensino do PE, revelou neste estudo que os docentes articulam uma metodologia de ensino, mas que precisa de atenção no que tange relacionar a teoria de enfermagem com o PE, portanto, é notório que isso favorece maior dificuldade no decorrer da graduação, a capacidade da didática e pedagogia são práticas fundamentais nos conhecimentos e competências que lhes permitem desenvolver o trabalho com segurança, criatividade e eficiência, dessa forma é percebido que a instituição de ensino tem proporcionado capacitação aos docentes como: treinamentos, oficinas da SAE, fórum, debates e mesa redonda, são formas de desenvolver e conduzir a busca de métodos dinâmicos, ilustrativos, explicativos,

dramatizados e exemplificados, pois assim capacitados ajudam os discentes a desenvolverem o raciocínio diagnóstico e o julgamento clínico, essa interação uns com os outros sistematiza construção de conhecimentos.

O intuito dessa pesquisa é fornecer informações atualizadas do ensino e aprendizagem sobre o PE na cidade de Manaus, e contribuir para que a instituição de ensino focalize nesta metodologia de ensino do PE, dando continuidade em todas as disciplinas, ou seja, o princípio da interdisciplinaridade, e por fim os futuros enfermeiros serão capazes de gerar atitudes competentes quando estiverem atuando no campo de trabalho para implantar e implementar no cotidiano da prática hospitalar na instituição de saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, Aidil Jesus da Silveira, LEHFELD, Neide Aparecida de Souza, Fundamentos de metodologia científica: um guia para iniciação científica. 2a ed. São Paulo: Makron BooksMcGraw-Hill, 2000.

BRASIL. Resolução CNE/CES No 1133, de 01 de Outubro de 2001. Diário Oficial de União, Brasília, 03 de out., 2001. Seção 1E, p. 131. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/ces1133.>> Acesso em 07 de outubro de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos- Res. CNS 466/12. Disponível

em: < http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2013/06_jun_14_publicada_resolucao.html.> Acesso em 07 de outubro de 2015.

BOAVENTURA, Ana Paula. Ensino do Processo de enfermagem: percepção dos alunos do curso de graduação em enfermagem. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação. 2007 fev 19; São José dos Campos (SP), Brasil. São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba; 2009. Disponível

em <[>](http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2007/trabalhos/saude/epg/EPG00168_02C.pdf). Acesso em 15 de outubro de 2015.

CARVALHO, E.C. et al. Obstáculo para a implementação do processo de Enfermagem no Brasil. Rev. Enferm. UFPE online. Julho 2007. Disponível

em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewFile/17-8781-1-/pdf_172.>. Acesso em 06 de Outubro de 2015.

CERVO, Amado Luiz; BEVIAN, Pedro Alcino; SILVA; Roberto da. Metodologia científica. 6 ed.. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COFEN Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358/2009. De 23 de Outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de

Enfermagem, nos ambientes públicos e privados, em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem.

CORDEIRO, Valdete Jane. Prática pedagógica no processo ensino-aprendizagem: um estudo de caso na escola profissionalizante Senac/Concórdia, SC .B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof., Rio de Janeiro, v. 36, n.3, set./dez. 2010. Disponível em <<http://www.senac.br/bts/363/artigo7.pdf> > Acesso em 07 de outubro de 2015.

DELL'ACQUA, M.C.Q; MIYADAHIRA,A.M.K. Ensino do processo de enfermagem nas escolas de graduação em enfermagem do estado de São Paulo. Rev. Latino-am Enfermagem 10(2): 185-91,2002. Disponível em < <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1649>> . Acesso em 07 de outubro de 2015.

FONTES, W.D; Leadebal, O.D.C.P; FERREIRA, J.A. Competências para aplicação do processo de enfermagem: autoavaliação de discentes concluintes do curso de graduação. Rev. Rene. Fortaleza, v.11,n.3,p.86-94,jul./set.2010. Disponível

em < http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_pdf/a09v11n3.pdf >Acesso em 06 de Outubro de 2015.

FONTENELE, Geisa, Machado; CUNHA, Renata Cristina de. Formação Pedagógica dos Docentes de Enfermagem em uma Instituição de Ensino Superior na Cidade de Paranaíba- PI. Rev. Educ. e Ling. Campo Mourão, v3, n. 5, JI/dez. 2014. Disponível

em < <http://www.fecilcam.br/revista/index.php/educacaoelinguagens/article/view/670> > acesso em 07 de outubro de 2015.

GUBERT, Edilmara; PRADO, Marta Lenise. Desafios na prática pedagógica na educação profissional em enfermagem. Rev. Eletr. Enf., 2011. Disponível

em < <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a15.pdf> > Acesso em 06 de Outubro de 2015.

HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.

LEADEBAL, O.D.C.P; et al. Análise das bases Didático-Pedagógicas para o ensino da Sistematização da Assistência de Enfermagem. Rev . Min. Enferm;13(1):64-75, jan/Mar,2009. MATOS, J.C. et al. Ensino de teorias de enfermagem em cursos de graduação em enfermagem do estado do Paraná- Brasil. Rev Acta Paul Enferm 2011;24(1);23-8. Disponível

em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=578370&indexSearch=ID#refine> > Acesso em 06 de Outubro de 2015.

MODESTO, Camilla Leoncio. et al. O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem. Rev Interd. v. 7, p.113-122, jan. fev. mar, 2014. Disponível

em: < <http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/248>>. Acesso em 06 de Outubro de 2015.

OGUISSO, Taka. Trajetória histórica da enfermagem. Barueri, SP: Manole, 2005.

POLIT, D.F; BECK, C.T. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7 ed., Porto Alegre: Artmed, 2011.

POTTER, Patricia; PERRY, Anne Griffin. Fundamentos de Enfermagem. Ed.8, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2009.

RODRIGUES, M. T. P.; JOSÉ SOBRINHO, A. C. M. Enfermeiro professor: um diálogo com a formação pedagógica. Rev. Bras. Enferm- -maio-jun; 59(3): 456-9. Disponível

em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000400019> acesso em 07 de outubro de 2015. SANTOS, Raquel Bezerra dos ; RAMOS, Karla da Silva. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Centro Obstétrico. Rev. bras. enferm. vol.65 no.1 Brasília Jan./Feb. 2012.

SILVA, C.R.I; SILVA, R.C.L; SANTIAGO, L.C. Semiologia em enfermagem. São Paulo: Roca, 2011.

SEMIM, G.M.; SOUZA,M.C.B.M; CORREIA,A.K. O processo de enfermagem no cotidiano dos acadêmicos de enfermagem e enfermeiros. Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.20,n.1,p.69-79,jan.1999. Disponível em Acesso em 06 de Outubro de 2015.

TANNURE, Meire Chucre. PINHEIRO, Ana Maria. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia Prático. ed 2, Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2010.

ZANI, A.V; NOGUEIRA,M.S. Incidentes críticos do processo de ensino aprendizagem do curso de graduação em enfermagem, segundo a percepção de alunos e docentes. Rev. Latino-am Enfermagem setembro-outubro, 2006.

Capítulo 51

DIAGNÓSTICO DE SAÚDE DA MICRO-ÁREA 01 DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MACAXEIRA/ALTO DO BURITY

[DOI: 10.37423/200400703](https://doi.org/10.37423/200400703)

Taciana Albuquerque Campos Ferraz (Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco).

Karoline Ribeiro Alves (Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco).

Tatiana Priscilla de Oliveira Cavalcanti (Acadêmica de Enfermagem do 7º período da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG) da Universidade de Pernambuco).

Ivana Arrais de Lavor N. Xavier (Fonoaudióloga Residente do Programa Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Faculdade de Ciências Médica/UPE).

Nathalia Christina Monteiro de Souza (Terapeuta ocupacional, Residente do Programa Multiprofissional Integrada em Saúde da Família da Faculdade de Ciências Médica/UPE).

Dulcilene de Araujo (Enfermeira, Especialista em Saúde Pública e em Educação profissional, Professora auxiliar da UPE).



INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) é a atual estratégia de reorientação da assistência à saúde no Brasil. No que tange às características do processo de trabalho, o diagnóstico de saúde é um instrumento que define estratégias e possibilita a construção de linhas de cuidado⁽¹⁾. O diagnóstico é “a caracterização de uma situação, orientada pelos propósitos que dão origem ao mesmo”, visa analisar dada realidade com vistas a desenhar um quadro de necessidades e soluções, é a etapa fundamental no planejamento das ações de uma Equipe de Saúde da Família (ESF)⁽²⁻³⁾.

O diagnóstico caracteriza-se pela sintonia com os princípios da universalidade, equidade e integralidade das ações, estrutura-se na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde, trazendo complexos desafios a serem superados. Outrossim, para a realização do diagnóstico é necessário as seguintes etapas: a) definição do sujeito do diagnóstico; b) coleta das informações necessárias para descrever a situação; c) explicação da situação de saúde através dos dados coletados; d) prognóstico da situação de saúde e; e) avaliação da situação de saúde⁽⁴⁾. E no intuito de orientar o processo de trabalho estabelecendo prioridades no atendimento domiciliar, fora aplicado a Escala de Risco das Famílias de Coelho & Savassi⁽⁵⁾, baseada em eventos sentinelas constantes na Ficha A, permitindo classificar as famílias que demandam maior atenção e a posteriori realizar um planejamento estratégico. Neste sentido, as Acadêmicas de Enfermagem do 7º período da Universidade de Pernambuco – UPE, realizaram o diagnóstico de saúde do presente estudo como exercício curricular ao longo da disciplina de Saúde Coletiva e Epidemiologia II.

OBJETIVO

Conhecer o contexto sócio-econômico-cultural e ambiental dos determinantes do processo saúde doença das famílias catalogadas na atividade.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo de análise situacional, como relato de experiência. Foi realizado na Microárea 01 pertencente à Equipe III da Unidade de Saúde da Família (USF) Macaxeira/Burity, Distrito Sanitário III, da Cidade do Recife. As estudantes realizaram cadastramento, atualização e levantamento de dados das famílias por meio da Ficha A; consolidaram os dados, elegeram as famílias de risco segundo Escala de Risco Familiar de Coelho & Savassi e diagnosticaram a situação de saúde das

famílias. Todas essas etapas foram realizadas sob a supervisão do ACS da micro-área estudada, preceptoria das Residentes de Saúde da Família da UPE e Tutoria dos Docentes da disciplina de Saúde Coletiva e Epidemiologia II.

RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados referem-se àqueles mais significativos dentre os que foram obtidos. A micro-área analisada conta com 159 famílias cadastradas, totalizando 683 pessoas. Avaliando os dados sócio-demográficos, observa-se que o sexo feminino prevalece com 51%, e a faixa etária evidenciada é a de 20-39 anos de idade (37%), idade economicamente ativa e reprodutiva. Da população referida, 103 pessoas do sexo masculino e 109 do feminino referiram possuir vínculo empregatício, enquanto 10 do sexo masculino e 20 do feminino nunca trabalharam fora de casa. Com relação à escolaridade, na faixa da 5ª a 8ª encontra-se 35% da população total. Do quantitativo geral das crianças e adolescentes indagados a cerca da frequência escolar, 68% referiram freqüentar a escola e 32% não. Com relação à raça/cor, pouco mais da metade (50,2%) declarou-se parda, 34,9% referiram ser branca, 12,6% preta e 2,3% outras. Essa micro-área está situada geograficamente numa estrutura de platôs, o acesso é feito por meio de escadas, as ruas são calçadas e muito estreitas, permitindo assim, quando possível, a passagem de um único automóvel por vez. Todas as casas são de alvenaria e possuem energia elétrica. A maioria dos domicílios ocupa as chamadas “áreas de risco” constituídas por encostas de morro com inclinação igual ou superior a 30°⁽⁶⁾. Com relação ao destino do lixo domiciliar é realizada coleta pública com uma freqüência de 4 a 7 vezes por semana, porém, em algumas ruas há lixo em terreno baldio e em peridomicílio, notando-se, uma falta de conscientização por parte dos moradores quanto à preservação ambiental. A maior parte dos domicílios (64,15%) refere presença de muita muriçoca, daí a importância de reforçar as ações de educação em saúde, principalmente no que diz respeito ao lixo que é depositado nos terrenos baldios, dessa forma, um agravante da situação saúde-doença que contribui para o acúmulo de muriçocas que lá existem. Quantidade significativa dos domicílios possui banheiro, 98,7% dos entrevistados, dos quais 96,2% são dentro do domicílio e 80,4% tem descarga com água encanada. Com relação ao tratamento da água, a maioria dos moradores (29,1%) opta pela água mineral, seguida pela opção filtrada (27%), sem tratamento (25,4%), cloração (16,2%), fervura (2,1%) e (0,2%) não informado. Quanto à origem da água de abastecimento 100% recebem água do sistema geral, sendo que 99,4% possuem canalização interna, e 0,6% referiu ter torneira somente no terreno. A armazenagem de água pelos moradores se dá predominantemente em tonéis e garrafas (53,3%) – relato importante para avaliar risco de

disseminação da Dengue - seguida pela caixa d'água, com 42,4%; cisterna, com 3,1% e 1% não armazena. Em relação ao destino dos dejetos, 99,3% tem o aporte do sistema geral de esgoto. A grande maioria (74,21%) da população não está vinculada a um plano de saúde, ou seja, predominantemente usuários dependentes do SUS, sendo que 41,8% recorrem a Unidade de Saúde em caso de doença e quase na mesma proporção (41,36%) procura o hospital. Diante do exposto, salientamos que o PSF é uma estratégia para reverter a forma atual da assistência à saúde, destacando a produção social da doença por meio da troca de informações e experiências entre as equipes e a comunidade. No que se refere à participação em grupos, 87,6% da população participa de grupos religiosos, enquanto que 12,4% frequenta demais grupos existentes na comunidade, visto que a participação nos grupos oferecidos é muito pequena, vale salientar a necessidade de orientação aos moradores sobre os programas existentes na USF. Ao aplicar a Escala de Risco das Famílias de Coelho & Savassi, na referida micro-área, foram registradas 44 famílias com risco maior ou igual a 9, 35 famílias com risco médio (7-8), 34 famílias com risco menor (5-6), 31 famílias com risco baixo (1-4), e 6 famílias com risco zero.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo oportunizou o melhor entendimento a cerca da importância do diagnóstico de saúde para o planejamento das ações da ESF a partir da análise e discussão dos dados. Assim, a ESF pode intervir na vida da comunidade em direção à melhoria das condições de vida, tendo consciência de que nenhuma ferramenta será capaz de abranger toda a problemática evidenciada, e que, embora todas sejam necessárias, nenhuma suplantará o diagnóstico, marco fundamental para dar início a todo um processo de mudança. A identificação das condições de vida e saúde desta comunidade possibilitará uma organização das linhas de cuidado adequadas à realidade desta, de modo a potencializar os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade do usuário, melhorando sua qualidade de vida.

CONTRIBUIÇÕES/IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

- Organiza os programas implantados pelos profissionais que atuam numa USF, segundo as necessidades reais da população.
- Descreve os indicadores necessários para sistematização da assistência de enfermagem nas USF.
- Favorece ao planejamento das ações de saúde para uma população.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL Ministério da Saúde Portaria nº648 de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o PSF e o PACS. http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf
2. TESTA, M. Planificação estratégica no setor de saúde. CENDES/UCV,1981. Trad. Elizabeth Artmann. In RIVIERA, F. J. U. (org.) Planejamento e programação em saúde: um enfoque estatégico. São Paulo, Cortez, 1989.
3. SANTOS, M. H. A. V.; FIGUEIREDO, M. I. T.; BORGES, O.; SANTANA, Z. H.; MONEGO, E. T. - Diagnóstico em saúde coletiva - ferramenta para o planejamento da equipe de saúde da família do setor Vila Nova. Gurupi (TO). Revista da UFG, Vol. 6, No. Especial, dez 2004
4. MOREIRA, M. I. B.; Diagnóstico em saúde como instrumento do Programa de Saúde da Família - possibilidade de construção de espaços coletivos para a constituição de sujeitos? 2001. Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP, Ribeirão Preto-SP, 2001.
5. Coelho FLG, Savassi LCM. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das Visitas Domiciliares.
6. GOMES, Luciana Carvalho. Traçando o Risco: Análise das Práticas Urbanas em Áreas de Morros, o caso da Vila Nova Buriti-Recife. 2005. Mestrado (Programa de Pós-Graduação em Arquitetura e Urbanismo). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, 2005.

DESCRITORES: Diagnóstico de saúde, Saúde da Família, Risco Familiar.

ÁREA TEMÁTICA: Gestão da Atenção Básica em Saúde e a precarização do Trabalho da Enfermagem.

Capítulo 52

USO DE ATIVIDADES LÚDICAS PARA ORIENTAÇÕES QUANTO A PREVENÇÃO E CONTROLE DE ARBOVIROSES

[DOI: 10.37423/200400720](https://doi.org/10.37423/200400720)

Lúcia Helena Monteiro Nunes (Graduada de Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes)

lucia_helena_1001@hotmail.com

Leandra Maciel da Silva (Graduada de Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes)

leandramaciel7@gmail.com

Luckmilla da Rocha Ferreira Vital (Graduada de Enfermagem pelo Centro Universitário Tiradentes)

luckmillarochasaude@gmail.com

Lorena Sampaio Almeida (Professora do Centro Universitário Tiradentes - UNIT, Doutoranda em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas do Centro Universitário Tiradentes).

lorenasampaioalmeida@hotmail.com



RESUMO: Arbovírus são vírus transmitidos por artrópodes, assim denominados pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos, estes vírus causam doenças em humanos e outros animais de sangue quente. O *Aedes aegypti* é o principal transmissor das arboviroses urbanas no Brasil, com destaque para a dengue, chikungunya e infecção por zika vírus (ZIKV), e isso acontece quando ele pica uma pessoa doente em busca de alimentação, após a ingestão do sangue infectado é necessário em média de 10 dias para se tornar um vetor e poder infectar novos hospedeiros. Das três doenças transmitidas pelo mosquito, a dengue é considerada um agravo com maior prevalência em países tropicais e um dos maiores desafios para a saúde pública, no Brasil, com o agravo da situação, o poder público tem intensificado as ações de controle já existentes em todo o país. Desta forma, os objetivos deste artigo consistem em relatar a experiência de uma atividade educativa utilizando atividades lúdicas para o controle e prevenção de arboviroses, além de analisar a incidência das arboviroses no Brasil e no estado de Alagoas, identificando as seguintes variáveis: casos prováveis, a variação e a incidência por 100.000 habitantes. Através de apresentações, dinâmicas e discussões lúdicas foi possível transmitir o conhecimento das crianças, retirando dúvidas de forma divertida para eles, entendendo que estes podem passar o que foi visto e atuar como agentes ativos na prevenção e controle dos agravos em seus domicílios para redução do número de casos.

Palavras-chave: Infecção por Arbovirus; Dengue; Zika; Chikungunya.

INTRODUÇÃO

Arbovírus são vírus transmitidos por artrópodes, são assim denominados pelo fato de parte de seu ciclo replicativo ocorrer nos insetos, os arbovírus que causam doenças em humanos e outros animais de sangue quente são membros de cinco famílias virais: Bunyaviridae, Togaviridae, Flaviviridae, Reoviridae e Rhabdoviridae (LOPES *et al*, 2014). Como destaque para esses tipos de agravos transmitidos pelos arbovírus, denominados arbovirose, encontram-se: dengue, zika e chikungunya.

O vírus dengue é classificado como um arbovírus mantendo-se na natureza pela multiplicação em mosquitos hematófagos do gênero *Aedes*, pertencem a família Flaviviridae, existem quatro sorotipos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4, e todos podem causar tanto a forma clássica da doença quanto formas mais graves (BRASIL, 2019). Sendo esta a mais antiga das três destacadas, desde de 1986 enfrenta-se de forma ininterrupta suas epidemias (VALLE, AGUIAR, 2015).

Já a chikungunya, torna-se de destaque, pois quase 100% dos casos apresentam características debilitantes para os indivíduos, como dor intensa nas articulações, redução na mobilidade e consequente perda de qualidade de vida (VIANA *et al*, 2018).

O Zika vírus (ZIKV), foi identificado em humanos pela primeira vez em 1952 na Uganda, continente africano, chegando ao Brasil somente em 2014 devido a um evento futebolístico de ordem mundial. No caso da infecção por ZIKV o que mais se destaca são as possíveis consequências, como a síndrome congênita, caracterizado pela presença de um crânio reduzido (microcefalia), com atraso no desenvolvimento, dentre outros (ALMEIDA *et al*, 2019).

O *Aedes aegypti* é o vetor responsável pela transmissão das arbovirose urbanas no Brasil, e isso acontece quando ele pica uma pessoa doente para prover alimento, após a ingestão do sangue infectado é necessário em média de 10 dias para se tornar um vetor e poder infectar novos hospedeiros. O mosquito coloca seus ovos em água parada e seu desenvolvimento ocorre, geralmente, sob temperaturas entre 30°C e 32°C, sendo raro o desenvolvimento em temperaturas abaixo de 16°C, o que explica o alto número de infectados no território brasileiro (ALMEIDA *et al*, 2017).

Assim, devido as condições ocasionadas por essa urbanização rápida, observa-se a reemergência das arbovirose, doenças transmitidas por vetores, com destaque para a Chikungunya e ZIKV em vários países das Américas. A entrada desses vírus no Brasil, país já endêmico para a dengue, representa um grande desafio para a saúde pública, pois todos estão suscetíveis às infecções e ainda não existem antivirais específicos, tampouco vacinas para prevenção (VIANA *et al*, 2018).

Esse número de destaca ainda mais pelo número de pessoas residentes em áreas de risco, áreas urbanas com características que propiciam a reprodução do vetor, como esgotamento sanitário ineficiente e coleta de lixo insuficiente (ALMEIDA *et al*, 2017). Até 2008, uma parcela da população mundial residia em áreas rurais, exclusivamente neste ano, houve o primeiro registro do número superior de pessoas na área urbana, em comparação com a rural, cerca de 3,3 bilhões de pessoas residiam agora nos grandes centros. Espera-se que em 2030, aproximadamente 5,0 bilhões de indivíduos, dois terços da população mundial, residirão em áreas urbanas, enquanto que a população rural reduzirá para 28 milhões de pessoas (WHO, 2008).

Desta forma, os objetivos deste artigo consistem em relatar a experiência de uma atividade educativa utilizando atividades lúdicas para o controle e prevenção de arboviroses, além de analisar a incidência das arboviroses no Brasil e no estado de Alagoas, identificando as seguintes variáveis: casos prováveis, a variação em porcentagem dos casos do mesmo período de 2018 e 2019 e a incidência por 100.000 habitantes.

Para alcançar tal fim, o presente artigo consiste em um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, na modalidade de relato de experiência após uma atividade extra muro durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Tiradentes, visando fortalecer a interdisciplinaridade entre a saúde e a educação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

UMA ANÁLISE SOBRE OS CASOS REGISTRADOS EM ALAGOAS E NO BRASIL

A prevenção e o controle dessas arboviroses exigem a aplicação do conhecimento acumulado por diversos parceiros com integração das intervenções. A redução da letalidade depende do diagnóstico precoce de casos, um sistema de referência ágil, manejo adequado, reorientação da rede de assistência durante epidemias e capacitação de profissionais de saúde em todos os níveis de atenção (SES/SP, 2017). Na Tabela 1 a seguir encontram-se os casos prováveis de dengue, a incidência por 100.000 habitantes e a variação em porcentagem em Alagoas e no Brasil durante o período de 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019.

Tabela 1 - Casos prováveis e incidência por 100.000 habitantes de dengue entre 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019, considerando dados nacionais e do estado de Alagoas.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	CASOS PROVÁVEIS (N)		VARIACÃO %	INCIDÊNCIA por 100.000 hab.	
	2018	2019		2018	2019
Alagoas	893	4.862	444,5	26,9	146,3
BRASIL	159.678	965.037	504,4	76,6	462,9

Fonte: (BRASIL, 2019).

No período de 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019, foram registrados 965.037 casos prováveis de dengue no Brasil, em Alagoas durante este mesmo período foram registrados 4.862 casos prováveis de dengue o que significa uma incidência de 146,3 para cada 100.000 habitantes. No mesmo período de 2018, foram registrados 159.678 casos prováveis de dengue no Brasil, e no estado de Alagoas foram registrados 893 casos prováveis de dengue configurando uma incidência de 26,9 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2019).

Das três doenças transmitidas pelo mosquito, a Dengue é considerada um agravo com maior prevalência em países tropicais e um dos maiores desafios para a saúde pública, no Brasil, a população está bastante susceptível principalmente devido às condições do meio ambiente e aos hábitos como o acúmulo de lixo, caixas de água abertas, entre outros que favorecem o desenvolvimento e a proliferação do agente transmissor (CAVALCANTE *et al*, 2017).

Na Tabela 2 a seguir encontram-se os casos prováveis de chikungunya, a incidência por 100.000 habitantes e a variação em porcentagem em Alagoas e no Brasil durante o período de 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019 (mesmo período em destaque anteriormente).

Tabela 2 - Casos prováveis e incidência por 100.000 habitantes de chikungunya entre 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019, considerando dados nacionais e do estado de Alagoas.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	CASOS PROVÁVEIS (N)		VARIACÃO %	INCIDÊNCIA por 100.000 hab.	
	2018	2019		2018	2019
Alagoas	55	414	652,7	5,9	20,5
BRASIL	57.320	53.083	-7,5	27,5	25,4

Fonte: (BRASIL, 2019).

Os casos de chikungunya igualmente aos casos de dengue conforme observado na tabela 1 aumentaram expressivamente, no período de 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019, foram identificados 53.083 casos prováveis de chikungunya no Brasil, em Alagoas durante este período foram 414 casos prováveis de chikungunya com incidência de 20,5 por 100.000 habitantes. No mesmo período de 2018, foram registrados 57.320 casos prováveis de chikungunya no Brasil, e 55 casos prováveis de chikungunya configurando uma incidência de 5,9 por 100.000 habitantes em Alagoas.

Com o agravamento da situação, o poder público tem intensificado as ações de controle já existentes em todo o país. Contudo, tais ações mostram-se ineficazes na diminuição do índice de infestação da população sendo assim um aumento de novos casos de arboviroses transmitidas (SOUZA, 2018).

Na Tabela 2 a seguir encontram-se os casos prováveis de infecção por ZIKV, a incidência por 100.000 habitantes e a variação em porcentagem em Alagoas e no Brasil durante o período de 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019.

Tabela 3 - Casos prováveis e incidência por 100.000 habitantes de infecção por ZIKV entre 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019, considerando dados nacionais e do estado de Alagoas.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	CASOS PROVÁVEIS (N)		VARIACÃO %	INCIDÊNCIA por 100.000 hab.	
	2018	2019		2018	2019
Alagoas	53	167	215,1	1,6	5,0
BRASIL	4.884	6.104	25,0	2,3	2,9

Fonte: (BRASIL, 2019).

No período de 30 de dezembro de 2018 à 25 de maio de 2019, foram registrados 6.104 casos prováveis de infecção por ZIKV no Brasil, sendo confirmados 475.892 casos de dengue, 29.762 casos de chikungunya, 1.299 casos de infecção por ZIKV, já em Alagoas durante este período foram registrados 167 casos prováveis de infecção por ZIKV e incidência de 5,0 por 100.000 habitantes. No mesmo período de 2018, foram registrados 4.884 casos prováveis de infecção por ZIKV no Brasil, e no Estado de Alagoas foram registrados 53 casos prováveis de infecção por ZIKV configurando uma incidência de 1,6 por 100.000 habitantes (BRASIL, 2019).

A partir destes dados observa-se que são imprescindíveis mudanças das práticas de prevenção de doenças e promoção à saúde, sendo necessário pensar no trabalho interdisciplinar e multiprofissional como estratégia alcançável e desejável, pois nenhum trabalhador isolado consegue obter

resolutividade suficiente para atender às demandas, pois favorece a articulação das ações e a integração dos saberes e viabiliza o desenvolvimento de ações conjuntas (BORGES, SAMPAIO e GURGEL, 2012).

RELATANDO A EXPERIÊNCIA DE MULTIPLICAR CONHECIMENTO EM ARBOVIROSES

A interdisciplinaridade consiste no encontro de diferentes disciplinas visando a construção de um novo saber, é produzida através da intersecção dos diferentes saberes e visões, possibilitando a formação de profissionais que tenham possibilidades mínimas de trabalhar em conjunto e criar condições para um cuidado mais integrado e integrador (BISPO *et al*, 2014)

Visando fortalecer as relações entre os estudantes e a comunidade, e promover orientações sobre as arboviroses, visto que houve um aumento na incidência desses agravos, como visualizado anteriormente, uma atividade interdisciplinar foi planejada, durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I do curso de graduação em Enfermagem, em parceria com a Equipe de Saúde da Família onde estava sendo executado o estágio, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família, o Programa de Pós-graduação em Sociedade, Tecnologias e Políticas Públicas, para execução da disciplina de Seminários Temáticos do Curso de Doutorado de uma das autoras, e a direção da Escola Municipal Padre Pinho, localizada no bairro de Cruz das Almas. Nesta oportunidade abordamos, de forma lúdica o tema para os alunos do 6º ano do ensino fundamental, com paródias, encenações, e material impresso, demonstrando como deve ser realizada a prevenção e o controle das arboviroses, expondo as peculiaridades de cada arbovirose e finalizando com a discussão de questões que envolvessem os assuntos expostos durante a aula. No primeiro momento, como demonstra a Figura 1, a proposta foi de realizar uma exposição dialogada sobre as arboviroses, expondo os principais sintomas, formas de prevenção e de transmissão destas doenças, reportando para a realidade dos alunos.

Figura1 – Aula expositiva sobre as formas de prevenção das arboviroses.



Fonte: Elaboração própria (2019).

A Figura 2 a seguir apresenta alguma das participantes no planejamento e execução do projeto com os alunos que foram alvo, importante destacar que para agregar a atenção das crianças foram utilizadas metodologias lúdicas, como o uso de uma fantasia de mosquito, para ensinar as características do mosquito e a importância de realizar em casa medidas de prevenção e controle deste. O lúdico consiste em uma forma de ensinar utilizando brincadeiras e jogos, para que as crianças ou adultos possam praticar aquilo que estão a aprender e fixem o conteúdo de forma mais facilitada, sendo assim vem sendo cada vez mais utilizada pelos professores e facilitadores (As atividades lúdicas podem acontecer de inúmeras formas, podendo ocorrer através de desenhos, pinturas, jogos, músicas, oficinas de teatro, trabalho em grupo, dentre outros, tudo o que a imaginação possa criar, cabendo ao professor avaliar a idade da turma e a compatibilidades das atividades que almeja realizar com os estudantes (LUCHETTI *et al*, 2011).

Figura 2 – Equipe de alunas estagiárias em enfermagem junto com a psicóloga do NASF.



Fontes: Elaboração própria (2019).

Sendo assim, a idade dos alunos norteou a equipe para escolha de jogos e músicas, para que os mesmos pudessem participar e juntamente retirar dúvidas. De acordo com Silva (2011, p.3) brincar é importante para que a criança aprenda a controlar impulsos, manter o equilíbrio, além de auxiliar no processo de aprendizagem, a compreender e se relacionar com o mundo, pois desenvolvem a capacidade cognitiva. O jogo escolhido foi de perguntas e respostas sobre a temática arboviroses, com questionamentos cotidianos sobre o que fazer para evitar as infecções, sobre tratamento e riscos, foi utilizada uma forma de premiação para os que acertassem, incentivando os demais a participarem. A atividade acabou sendo de sucesso, com todos participando e retirando dúvidas sobre o conteúdo. A seguir foi entregue a letra da paródia criada anteriormente com informações relevantes sobre arboviroses, realizada uma leitura para que compreendessem e depois todos cantaram juntos para fixação do conteúdo, o que acabou sendo proveitoso, pois como era uma música popular no Brasil, todos participaram de bom grado, pedindo, inclusive, repetição da música, concluindo então a atividade educativa de forma positiva.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A interdisciplinaridade é um dos pontos chaves para prevenção de doenças e promoção de saúde, visto que com ela podemos alcançar os mais diversos campos, sendo assim, através da parceria entre as

equipes supracitadas houve uma discussão importante sobre como realizar o controle e prevenção de arboviroses, formando multiplicadores de informações.

A brincadeira por si só consiste em uma ferramenta interdisciplinar, visto que diversas áreas de conhecimento conseguem utilizar a mesma para orientações e fixação de informações, e foi o que ficou claro após o término da atividade educativa, o lúdico proporcionou uma oportunidade significativa para o desenvolvimento das crianças, para que estas apreendessem um conteúdo que implica em ter ou não saúde e se tornassem a partir daquele momento multiplicadores e mediadores em seus domicílios e demais locais que frequentem, ao avaliar possíveis focos de reprodução de vetores das arboviroses e propagassem o que aprenderam para a comunidade.

REFERÊNCIAS

LOPES, N. *et al.* Características gerais e epidemiologia dos arbovírus emergentes no Brasil. *Revista Pan-Amazônica de Saúde*, v. 5, n. 3, p. 55-64, 2014.

ALMEIDA, L. S. *et al.* Distribuição dos casos de infecção por vírus Zika vírus (ZIKV) na Região Metropolitana de Maceió. *Confins*, v. 41, 2019.

ALMEIDA, L. S. *et al.* Saneamento, Arboviroses e Determinantes Ambientais: Impactos na saúde urbana. *Cien & Saúde Colet.* 2019.

BISPO, E. P. F. *et al.* Interdisciplinaridade no ensino em saúde: o olhar do preceptor na Saúde da Família. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 18, p. 337-350, 2014.

BORGES, M. J. L. *et al.* Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, p. 147-156, 2012.

BRASIL. Dengue Virus e Vektor. FIOCRUZ, 2019. Disponível

em: <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/sobreovirus.html> Acesso em: 09 de setembro de 2019.

BRASIL. Monitoramento dos casos de arboviroses urbanas transmitidas pelo Aedes (dengue, chikungunya e Zika) até a Semana Epidemiológica 21 de 2019. Brasília, 2019.

BRASIL. Vírus Chikungunya. FIOCRUZ MINAS, 2019. Disponível

em: <http://www.cpqrr.fiocruz.br/pg/virus-chikungunya/> Acesso em: 09 de setembro de 2019

CAVALCANTE, M. S. O. *et al.* O planejamento das ações de enfermagem no controle das arboviroses transmitidas pelo *aedes aegypti*. Caruaru, 2017.

LUCHETTI, A. J. *et al.* Educação em Saúde: Uma Experiência com Teatro de Fantoches no Ensino Nutricional de Escolares. *CuidArte em Enfermagem*, v. 5, n. 2, p. 97-103, jul./dez. 2011.

SECRETARIA DA SAÚDE - GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Diretrizes para a prevenção e controle das arboviroses no estado de São Paulo. São Paulo, 2017.

SILVA, V. N. A Contribuição do Brincar como Recurso Pedagógico na Sala de Alfabetização da Escola Milton da Costa Ferreira. Revista Científica de Ciências Sociais Aplicadas da EDUVALE. Jaciara, v. 4, n. 6, 2011.

VALLE, D.; AGUIAR, R.; PIMENTA, D. Lançando luz sobre a dengue. Cienc Cult, v. 67; n. 3; pp. 4-5. 2015.

VIANA, L. R. C. *et al.* Arboviroses reemergentes: perfil clínico-epidemiológico de idosos hospitalizados. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52, 2018.

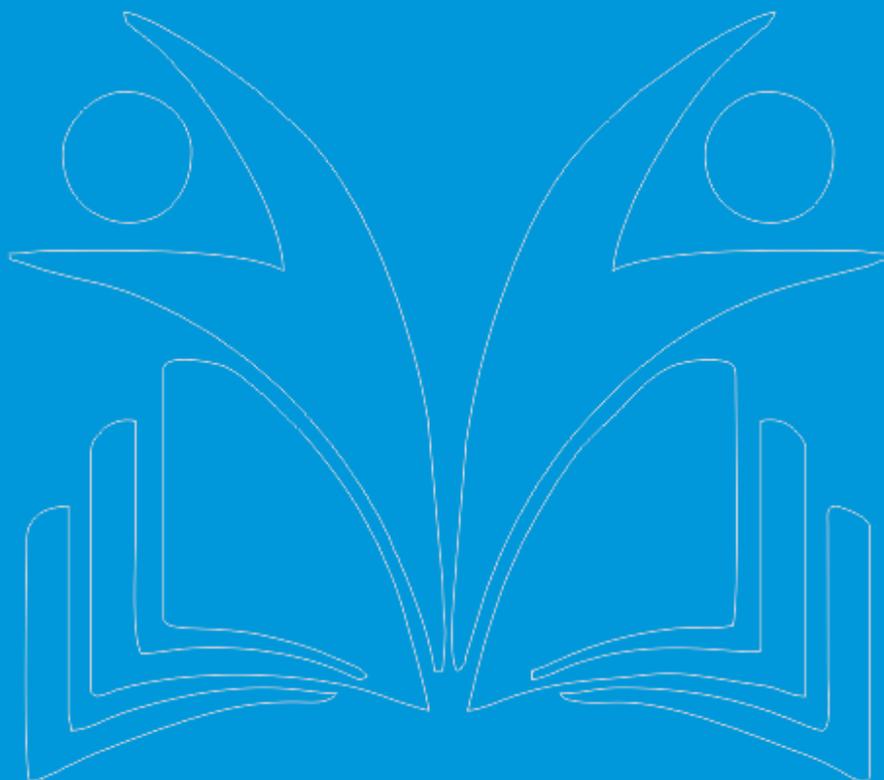
WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. World Urbanization Prospects: The 2007 Revision. United Nations Department of Economic Social Affairs/Population Division. New York, 2008.

Capítulo 53

O PAPEL DA COMUNICAÇÃO EFETIVA E TERAPÊUTICA NO
PROCESSO DO CUIDADO.

[DOI: 10.37423/200400739](https://doi.org/10.37423/200400739)

Maria José Caetano Ferreira Damaceno - marin.mjcf@hotmail.com



INTRODUÇÃO

A intencionalidade deste texto é instigar reflexões acerca das interfaces da Comunicação no cuidado ofertado ao indivíduo diante de suas necessidades de saúde, não competindo mais as práticas pautadas no modelo hegemônico.

O profissional da saúde ou o graduando ao fazer saúde carece nortear a prática nos princípios da Clínica Ampliada. Mas o que é Clínica Ampliada?

Para esta resposta é válido ponderar que no decorrer dos anos tem se intensificado discussões sobre o cuidado prestado ao indivíduo nos diferentes Níveis de Atenção à Saúde no Sistema Único da Saúde. De modo, a incorporar a compreensão de que a pessoa é um ser singular, abrangendo os aspectos biopsicossocial e espiritual.

Neste contexto, insere-se a Clínica Ampliada como proposta almejada da Atenção em Saúde voltada para a abordagem centrada na pessoa e não na doença. Fortalecendo a importância de explorar a enfermidade e as experiências do indivíduo com a doença, proporcionando subsídios na elaboração de um plano terapêutico, no qual o indivíduo se faz participativo em sua construção, ao expor seus sentimentos, idéias, expectativas e efeitos que o adoecimento tem proporcionado para si e sua família.¹ Acrescenta-se, que, nesta conjuntura favorecerá maior adesão ao tratamento seja medicamentoso ou não medicamentoso.

Haja vista que esta atuação em saúde pautada no Método Clínico Centrado na Pessoa possibilita humanização e resolutividade dos problemas de saúde do usuário. Todavia, demanda do profissional ou estudante em cenário prático habilidades para o alcance da escuta qualificada e do acolhimento.

Desta forma, as Diretrizes Curriculares dos Cursos da área da Saúde por meio da Resolução nº 569 de 8 de Dezembro de 2017 ratifica a necessidade do desenvolvimento de competências e habilidades para a formação dos profissionais de saúde com um perfil generalista, humanista, crítica e reflexiva, que valorize as necessidades reais do SUS, findando a integralidade do cuidado, a autonomia do sujeito, a criação de vínculos e a humanização das ações.²

Esta mesma Resolução ressalta a importância da Educação e Comunicação em Saúde ao aspirar um cuidado pautado na participação e no diálogo, buscando o bem-estar do indivíduo, famílias, grupos e comunidades.²

Em relação ao bem estar no âmbito individual e coletivo, emerge, segundo Prado-Gascó et al (2019)³ a precisão durante a formação profissional a elaboração de programas educacionais favoráveis para o desenvolvimento de habilidades que garantam esta práxis. Cassiani et al (2017)⁴ em sua pesquisa sobre a situação da Educação em Enfermagem na América Latina e no Caribe explanam que os currículos abrangem, geralmente, os princípios da Saúde Universal e da Atenção Primária à Saúde, bem como os subjacentes às modalidades de uma formação transformativa a partir do pensamento crítico, da solução de problemas, da tomada de decisão clínica baseada em evidências, bem como e aprendizagem contínua.

Assim é impossível realizar o cuidado holístico se não houver comunicação terapêutica e efetiva entre os profissionais, indivíduo e família. Segundo Silva (2005)⁵ e Guzinski (2019)⁶, para a comunicação ser efetiva não pode se resumir apenas à fala, pois acontece de forma não verbal, com o olhar, toque, escrita e mudança corporal. Ademais, acrescenta-se a importância da escuta qualificada vislumbrada pela Política Nacional de Humanização.

A Comunicação não abrange apenas a verbalização, sua concepção compreende aspectos complexos. O ser humano desde o início dos tempos teve como aro de ligação a comunicação. Necessária para a sobrevivência/evolução da espécie e das tecnologias do mundo, bem como, para a socialização das pessoas.⁷ Spagnuolo⁷ ainda expõe que a comunicação pode ser vista como “função vital”, por meio da qual as pessoas se relacionam.

Freire (1983)⁸ relata que a comunicação está no centro do processo do pensamento: "Todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que se dá através de signos lingüísticos. O mundo humano é, desta forma, um mundo de comunicação".

É imprescindível atentar-se a modelos que se apresentam como paradigmas da comunicação e expressam ideologias comunicacionais da sociedade, com a finalidade de embasar juntamente com outros requisitos as práticas do cuidado. Menciona-se o Modelo Unilinear, no qual a comunicação se dá em um único sentido, colocando na condição de sujeito quem emite a mensagem e na condição de objeto quem recebe a mensagem.⁹ Indaga-se, este modelo permite a co-participação de maneira ativa do usuário do sistema de saúde no acompanhamento de seu processo saúde doença?

Em contrapartida traz para a discussão o Modelo Dialógico, que questiona o caráter ético do modelo unilinear, propondo o diálogo como comunicação e coloca o emissor e receptor na condição de sujeitos.⁹

O Modelo Estrutural, por sua vez, questiona a eficácia do modelo unilinear, alegando a questão da ideologia presente nos meios, colocando emissor e receptor na condição de objeto. Por fim, apresenta-se o Modelo Diagramático, colocando o emissor e receptor ambos na condição de sujeito e objeto do processo comunicacional.⁹

No âmbito da saúde há várias teorias da comunicação, uma delas a teoria de Ruesh, que traz o conceito de comunicação terapêutica, que consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto-realização, para enfrentar seus problemas.¹⁰

Silva (2009)¹¹ relata que o profissional da saúde deve ter conhecimentos fundamentais sobre as bases teóricas da comunicação para conquistar a confiança e vínculos entre profissionais e a comunidade. Destaca que é imprescindível a comunicação efetiva para possibilitar o paciente conceituar seus problemas e, a partir do entendimento do seu estado de saúde, empregar as intervenções adequadas.

Deste modo, considerando que o indivíduo possui necessidades básicas de saúde do como vínculo, autonomia, boas condições de vida e acesso às tecnologias da saúde apresentadas por Cecílio (2001)¹², e, para estas necessidades serem contempladas, o fazer em saúde depende também de como a comunicação é desenvolvida entre a tríade profissional-indivíduo-família, bem como, entre a equipe de saúde.¹³

Por conseguinte, este estudo tem a intenção de proporcionar reflexões quanto a importância da comunicação efetiva e terapêutica no processo do cuidado, uma vez que, o indivíduo não deve ser visto especificamente pela sua enfermidade, e sim pela sua integralidade, individualidade, assumindo um papel ativo no processo saúde e doença.

METODOLOGIA

Estudo reflexivo a partir de vivências enquanto graduanda em Enfermagem, posteriormente profissional assistencial na Estratégia Saúde da Família, e atualmente docente nos cursos de

Enfermagem e de Medicina na Fundação Educacional do Município de Assis, no interior de São Paulo. Embasado em textos científicos indexados em base de dados como LILACS (Literatura Latino-

RESULTADOS

As vivências proporcionaram a percepção de distintos fatores interferentes no cuidado, sendo a comunicação considerada um fator de grande impacto no cuidado.

O profissional da saúde além de “saber fazer” pautado na ciência, precisa desenvolver habilidades de comunicação, pois, esta será a chave fundamental para a aquisição de uma prática pautada em princípios e diretrizes respectivamente da Atenção Básica como integralidade, equidade, longitudinalidade e cuidado centrado na pessoa.¹⁴

Marques (2009)¹⁵ cita que enfermeiros carecem formular estratégias de comunicação para atender as necessidades de usuários hospitalizados, quando estes geralmente têm sua comunicação prejudicada por problemas físicos, químicos ou mecânicos.

Em meio à necessidade de uma práxis transformadora, valorando a comunicação, o autor Silva et al (2020)¹⁶ ao abordar em sua pesquisa os desafios para a enfermagem no Brasil aponta a existência de dificuldades no campo da formação e do mercado de trabalho que podem influenciar esta prática almejada. Demonstrando que no cotidiano não é meramente simples realizar o fazer em saúde perante os fatores como a demanda elevada de atividades; a jornada de trabalho extensa, por vezes em mais de uma instituição; e o fator emocional. Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BIREME.

a prevenção, promoção e/reabilitação da saúde o indivíduo carece ser o protagonista de sua história.

REFERÊNCIAS

- 1- Lopes JMC, Ribeiro JAR. A pessoa como centro do cuidado na prática do médico de família. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(34):1-13.
- 2- Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569 DE 8 de Dezembro de 2017. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf>.
- 3- Prado-Gascó, VJ.; Giménez-Espert, MC.; Valero-Moreno, S..The influence of nurse education and training on communication, emotional intelligence, and empathy. Rev. Esc. Enferm. USP ; 53: e03465, 2019.
- 4- Cassiani, SH. de B. et al. The situation of nursing education in Latin America and the Caribbean towards universal health. Rev. latinoam. enferm.; 25: e2913, 2017.

5- Silva, MJP. Comunicação tem remédio – A Comunicação nas relações interpessoais em saúde. 3° ed. São Paulo (SP): Edições Loyola; 2005.

6- Guzinski C. et al. Boas práticas para comunicação efetiva: a experiência do round interdisciplinar em cirurgia ortopédica. Rev. Gaúcha Enferm. 2019; 40 (spe): e20180353.

7- Spagnuolo, RS, Pereira, MLT. Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura. Rev. Ciência Saúde Coletiva. 2007 Nov-Dez; 12(6): 1603-10.

8- Freire P. Extensão ou comunicação? Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

9- Teixeira RR. Modelos Comunicacionais e práticas de saúde. Interface Comunic, Saúde, Educ. 1997 Agost; 1(1): 7–42.

10- Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev. Bras Enferm. 2008 Maio-Junh; 61(3): 312-8.

11- Silva, JPG et al. Consulta de enfermagem a idosos: instrumentos da comunicação e papéis da enfermagem segundo Peplau. Esc. Anna Nery Rev. Enferm ; 19(1): 154-161, Jan-Mar/2015.

12- Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R. Mattos RA. (Org.) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.

13- Pontes AC, Leitão IMTA, Ramos IC. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Rev. Bras Enferm. 2008 Maio-Junh; 61(3): 312-8.

14- Marques RC, Silva MJP, Maia FOM. Comunicação entre profissional de saúde e familiares de pacientes em terapia intensiva. Rev. Enferm. UERJ. 2009 Jan-Mar; 17(1).

15- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

16- Silva, MCNeri da; Machado, MH. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, 2020 Jan; 25(1): 7-13.

17- Machado, MMT; Leitão GCM; Holanda FUX. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. Rev Lat. Am. Enfermagem. 2005 Set-Out; 13(5): 723-8.

18- Rodrigues MVC, Ferreira ED, Menezes TMO. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. Rev. Enferm. UERJ. 2010 Jan-Mar; 18(1): 86-91.

Autora: Maria José Caetano Ferreira Damaceno. Rua Santa Cecília, 800, Centro, Assis -SP Cep: 19806051. Telefone: 18 99790 6024. E-mail: marin.mjcf@hotmail.com

I Graduada em Enfermagem e Mestre em Saúde e Envelhecimento pela Faculdade de Medicina de Marília-FAMEMA, Marília-SP. Especialista em Docência na Saúde, Saúde Pública com ênfase no Programa Saúde da Família e Preceptoría no SUS. Docente do Curso de Enfermagem e de Medicina do

Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA da Fundação Educacional do Município de Assis-FEMA. Assis-SP, Brasil.

Capítulo 54

AS VERTENTES DO CUIDADO DOMICILIAR AO IDOSO ACAMADO E DEPENDENTE NA PERCEPÇÃO DO FAMILIAR CUIDADOR

[DOI: 10.37423/200400741](https://doi.org/10.37423/200400741)

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro (Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Fátima Helena do Espírito Santo (Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade Federal Fluminense).

Cleisiane Xavier Diniz (Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Fernanda Farias de Castro (Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Cássia Rozária da Silva Souza (Enfermeira, Doutora, Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

RESUMO: Introdução: O cuidado domiciliar a idoso dependente é uma vertente de sérios agravos vivenciados em muitos lares. Apesar das mudanças ocorridas no cenário nacional em relação às políticas de proteção ao idoso, estas ainda se apresentam restritas na oferta de serviços, programas e amplitude da intervenção no caso daqueles que perdem sua autonomia funcional. Dessa forma, os idosos passam a depender de cuidados domiciliares, muitas vezes proporcionados por familiares sem suporte técnico e social para sua realização ao idoso no domicílio. **Objetivo:** Este estudo objetivou identificar como se dá o cuidado domiciliar ao idoso acamado e dependente, a partir da percepção do familiar cuidador, avaliando suas dificuldades e o apoio da equipe de saúde que o acompanha. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem exploratório-descritiva, realizada em uma Unidade Básica de Saúde, na periferia do município de Parintins, Amazonas. Foram realizadas entrevistas com roteiro semiestruturado, com o familiar cuidador. A amostra intencional de 100% da população de acamados correspondeu a sete familiares cuidadores.

Resultados: Na percepção do familiar cuidador, os cuidados mais executados dizem respeito à higiene e alimentação, porém, a maioria, sente-se despreparada para o cuidado e sobrecarregada pelas demandas decorrentes da doença apresentada pelo idoso. Na percepção do familiar cuidador a equipe de saúde é muito ausente nas visitas e poucas são as orientações que recebem da mesma.

Conclusão: A integração da família ao cuidado deixa de ser somente um ato legal, pois alcança a necessidade diária de procedimentos ao cuidado ao idoso acamado e dependente, principalmente quando o quadro patológico se estende por longos períodos. Desta forma, considerando o aumento do número de idosos que poderão necessitar desta modalidade de cuidado e a necessidade dos cuidadores familiares em relação ao apoio formal no cuidado domiciliar, torna-se essencial e urgente a melhoria desses cuidados, sob a responsabilidade da equipe de saúde de orientar e acompanhar o familiar cuidador.

Palavras-chave: Envelhecimento; Cuidador familiar; Idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma das consequências da transição demográfica, que tem diferentes matizes nas mais diversificadas regiões do Brasil, mas que vem, em todas elas, acompanhada de modificações no perfil epidemiológico, com aumento da morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Esse fato aponta para a necessidade de mudanças nas políticas públicas visando atender as vicissitudes da população envelhecida, tais como as deficiências físicas e mentais e a dependência de cuidados para a realização das atividades de vida diária, consideradas as ações mais básicas de sobrevivência do ser humano (LUCCHESI, 2017).

Para Bierhalset al (2017), é fundamental que os profissionais da saúde busquem assumir o compromisso de oferecer à população idosa uma atenção em saúde que leve em consideração os aspectos para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável. Para isso, deve-se planejar meios para prevenir o desenvolvimento de doenças crônicas e degenerativas ou, pelo menos, restringir seus agravos e complicações. Os idosos que, por alguma doença ou deficiência física, vivem acamados, enfrentam uma série de obstáculos interpessoais, na realização das atividades da vida diária e apresentam maior necessidade de ajuda da família.

Mesmo considerando o envelhecimento como um processo não patológico, não se pode observá-lo apenas de forma cronológica, pois outras condições influenciam diretamente tal processo, podendo levar às incapacidades possíveis de serem prevenidas. Como o envelhecimento é um processo natural da redução progressiva das respostas adaptativas do corpo ao ambiente, é natural que, com o avançar da idade, as doenças crônicas se tornem mais prevalentes nessa população. Além disso, essas doenças exigem tratamentos contínuos e podem vir acompanhadas de disfunções e/ou algum nível de dependência. Isso leva a acreditar que a deficiência de cuidados especializados sobre as morbidades agudas levará a efeitos crescentes sobre os gastos com cuidados de longa duração na cronificação e agudização dessas doenças.

Segundo Schmeling et al. (2017), as condições de saúde do idoso brasileiro torna-se um desafio a mais para a saúde pública, num país que já convive com tantas carências de investimentos na área da saúde e com tantas outras demandas da população. Dentre tantos desafios, a saúde do idoso acamado é uma vertente de sérios agravos vivenciados em muitos lares, englobando fatores socioeconômicos e culturais que interferem nos casos em que o idoso retorna ao lar com sua capacidade funcional reduzida e com necessidade de intervenções que promovam um ambiente seguro e funcional, além

da continuidade do cuidado. Dentro dessa realidade, esse idoso passa a exigir uma demanda de ações cuidativas, ficando a família ou um membro dela responsável por assumir o papel de cuidador, mesmo não tendo o preparo para desempenhar essa atividade (SANTANA, 2017).

A capacidade funcional ou funcionalidade que se refere à manutenção das habilidades físicas e mentais para execução das atividades cotidianas necessárias a uma vida independente e autônoma, reflete bem-estar e qualidade de vida, sendo considerada um indicador importante da saúde geriátrica. Ao contrário, a incapacidade funcional se constitui em forte preditor de mortalidade em idosos (OLIVEIRA-FIGUEIREDO, 2017). Lima-Costa et al. (2016), mostram a importância das diferenças sociais no funcionamento físico dos idosos brasileiros, com pior desempenho entre os que possuem menor nível educacional. Idosos com baixo nível socioeconômico também são os que têm pior funcionamento para execução das tarefas da vida diária. Assim, se persistirem as disparidades sociais na prestação de cuidados para os idosos brasileiros, provavelmente continuarão a aumentar o número deles com limitações físicas (LIMA-COSTA et al., 2016).

São diversas as políticas de saúde que se debruçam sobre a promoção à saúde do idoso, como a Política Nacional do idoso, disposta sob a Lei 8.842/94, Estatuto do Idoso, Lei 10.741/2003, e Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, Lei 2.528/2006. Mas, ainda assim, observa-se a falta de cuidado aos idosos seja por parte dos profissionais de saúde, ou por parte da família, visto que em muitas condições os cuidados necessários são negligenciados e/ou desconhecidos. Em se tratando do cuidado domiciliar, a negligência, muitas das vezes, está relacionada à falta de preparo dos membros das famílias, tanto por desconhecerem, quanto por ignorá-los. Muitas famílias, desse modo, optam por institucionalizar o idoso, por não conseguirem muitas vezes responder os desafios que o cuidado ao idoso trás.

Para Watanabe et al. (2009), é difícil decidir pela institucionalização de um familiar idoso, principalmente na cultura brasileira, portanto, faz-se necessário dar atenção especial a essa família. É de extrema importância conhecê-la e identificar as relações entre seus componentes, incluindo o próprio idoso. O envolvimento da pessoa idosa no planejamento do cuidado é fundamental para que ele compreenda as necessidades de seu cuidador e o porquê de tais cuidados necessitem ser implementados.

No Caderno de Atenção Domiciliar do Ministério da Saúde (2012), as práticas de cuidado em saúde no domicílio aparecem como uma das principais propostas de cuidados aos idosos acamados e dependentes. Silva e Silva (2017) compreende a Atenção Domiciliar (AD) como uma potencialidade

inovadora que se dá pela permeabilidade das equipes aos diferentes aspectos vivenciados pelos usuários e suas famílias, assim como pela produção de um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença. A atenção domiciliar surge como uma das melhores alternativas ao cuidado hospitalar, possibilitando o retomar ao domicílio como espaço para produção de cuidado e de desinstitucionalização.

Cuidar de um idoso acamado e dependente de cuidados, em diferentes instâncias, é algo complexo, pois implica em uma série de mudanças e adaptações tanto da parte de quem cuida quanto de quem é cuidado. Quando as orientações não chegam aos familiares, os idosos ficam mais vulneráveis a todas as condições do dia à dia dentro de seus próprios lares e deixam de receber os cuidados necessários. A falta de conhecimento ou de preparo por parte dos membros das famílias e/ou dos seus cuidadores compromete de forma direta os resultados dos cuidados oferecidos aos mesmos.

Ao assumir o papel de cuidador, os familiares acabam normalmente abandonando todos seus projetos de vida, bem-estar social, saúde física e mental para prestar cuidados ao seu idoso (REIS et al., 2016). Neste contexto, o familiar cuidador assume toda a sobrecarga, e, não estando preparado para a nova função, gera sobre si um grande desgaste físico, crises de ansiedade, quadros depressivos presentes em tantos deles, afetando sua saúde, bem-estar, autoestima e satisfação pela vida. Sendo assim, estudos inferem que a qualidade de vida dos cuidadores familiares é afetada devido à sobrecarga da tarefa de cuidar, principalmente quando não se tem ajuda de outros familiares e da equipe de saúde, uma vez que eles se tornam mais susceptíveis às doenças de ordem física e psicológicas (ALMEIDA et al, 2018; RANGEL et al., 2019).

A função assumida, quase sempre, repentinamente, é destinada a um membro da família, na maioria das vezes, sem preparo psicológico ou técnico, realizada por um acordo familiar ou por exclusiva falta de opções, mesmo que este não saiba, não tenha sido consultado ou não seja essa sua escolha. Isso gera conflitos pessoais, familiares e profissionais se este desempenha outras funções laborais. Tais circunstâncias podem gerar um estado de estresse prolongado, levando o cuidador a ignorar suas próprias necessidades e negligenciar o autocuidado, resultando em doenças ou até mesmo em óbito precoce. Por outro lado, evidências sugerem que a sobrecarga dos cuidadores pode levar, em última instância, à negligência assistencial da pessoa cuidada (NUNES et al, 2018).

Por isso, o cuidado ao idoso acamado exige a participação e apoio de uma equipe interdisciplinar e multiprofissional, onde a participação do enfermeiro é fundamental no processo de promoção da

saúde por meio do aconselhamento familiar. O cuidado às pessoas idosas deve ser encarado tanto do ponto de vista da pessoa que recebe os cuidados como daquele que cuida. Deve contemplar não só a qualidade dos serviços oferecidos aos idosos por seus familiares, como também o impacto que as tarefas do cuidado têm na qualidade de vida dos cuidadores familiares (KÜCHEMANN, 2012).

Nesta perspectiva, esta pesquisa se propôs a identificar como se processa o cuidado domiciliar ao idoso acamado e dependente, a partir da percepção do familiar cuidador, avaliando suas dificuldades e o apoio da equipe de saúde que o acompanha.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com abordagem exploratório-descritiva, realizada na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS) Irmão Francisco Galliane, localizada no bairro periférico Itaúna 2, no município de Parintins, no interior do estado do Amazonas. O município de Parintins é o segundo mais populoso do estado, com 114. 273 habitantes, conforme estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística em 2019. Localiza-se no extremo leste do estado, dista 372 quilômetros em linha reta da capital Manaus, com acesso somente por via fluvial e aérea. Na UBS Irmão Francisco Galliane estão cadastradas 1.204 famílias. Conta com uma equipe de 19 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 05 técnicos de Enfermagem, 02 técnicos auxiliares de serviço bucal, 02 enfermeiros, 02 médicos com especialização em pediatria e mastologia, 02 dentistas, 01 fisioterapeuta; 01 fonoaudiólogo; 2 assistentes sociais e 02 nutricionistas do Núcleo de apoio a Saúde da Família (NASF).

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA), via Plataforma Brasil, e aprovado pelo Parecer: 2.247.699 (CAAE 69270617.8.0000.5016), a fim de garantir os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e, logo após a sua aprovação, foi iniciada a pesquisa. A todos os participantes foi apresentado o TCLE para conhecimento e assinatura em duas vias. Também foi explicitado que a participação na pesquisa seria voluntária, possuindo o sujeito o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo e a todos os participantes foi assegurada a confidencialidade e sigilo com relação às suas identidades e respostas

A composição da amostra da pesquisa seguiu o critério de representatividade qualitativa, denominada amostra intencional. A amostra intencional é constituída de pessoas, escolhidas intencionalmente, em função da relevância que apresentam em relação ao assunto (POLIT, BECK, 2011). A amostra foi constituída por 07 (sete) familiares cuidadores de idosos acamados e dependentes, cadastrados e atendidos pela equipe da unidade de saúde em questão, constituindo 100% da população de acamados acompanhados pela equipe de saúde da UBS em questão.

O instrumento que possibilitou o acesso aos dados dos participantes constou de um roteiro de entrevista semiestruturado, constituído por questões abertas, articuladas aos objetivos da pesquisa, sem, contudo, limitar a fala dos participantes às questões pré-determinadas. A análise e aprofundamento das entrevistas possibilitou uma maior compreensão acerca do fenômeno. Os participantes foram entrevistados individualmente em sua própria residência. Com o consentimento dos participantes, as entrevistas foram gravadas utilizando-se um gravador de voz e, posteriormente, transcritas na íntegra e tratadas, destacando os elementos fundamentais para a compreensão do estudo em curso e seus resultados.

Os dados coletados foram submetidos a três etapas sistemáticas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação, tendo como referencial metodológico a técnica de análise de conteúdo proposto por Bardin (2011), no qual são realizadas leituras das entrevistas e, em seguida, a organização em categorias para uma melhor compreensão e entendimento do conteúdo. Para preservar a identidade e anonimato dos sujeitos da referida pesquisa, foi utilizado nome de pássaros para os cuidadores familiares.

Identificou-se 100% de cuidadores do sexo feminino, a maioria com idade superior a 60 anos, cuidando dos pais idosos e assumindo toda a responsabilidade por eles. As entrevistas foram analisadas e agrupadas em três categorias temáticas: I – A importância do cuidar na perspectiva do cuidador familiar; II - Dificuldades e sobrecargas percebidas pelo cuidador familiar; III–O apoio da equipe da equipe de saúde no cuidado domiciliar ao idoso acamado e dependente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I – A importância do cuidar na perspectiva do cuidador familiar

A maioria das cuidadoras entrevistadas corresidia com o idoso, o que, por um lado, pode facilitar o desempenho das atividades assistenciais, mas, por outro, pode contribuir para condições econômicas

desfavoráveis, pois o gasto se torna maior, principalmente quando os mesmos não possuem renda e sobrevivem numa situação de corresponsabilidade, vivendo da renda do idoso enquanto lhe oferece cuidado (NUNES et al., 2018).

Ao serem questionadas sobre a importância dos cuidados que prestam ao seu idoso, observa-se consonância nas respostas, onde o cuidado de higiene corporal, alimentação e administração de medicamentos aparecem como as principais atividades executadas pelos cuidadores familiares.

Eu acho importante. Deixei tudo para cuidar dela. Trato, dou banho, faço merenda. De 3 em 3 horas ela está comendo. E, graças a Deus, ela está bem. (Araponga, 64 anos)

É importante por tudo o que podemos fazer por ela. Ela já não consegue usar o banheiro, tomar o remédio e, tudo o que a gente pode fazer por ela, a gente faz. Ela sente dores e não consegue ficar boa. (Cardeal, 65).

Eu penso que cuidando dele ele vai ter mais vida, porque se não cuidar também vai prejudicar ele. Assim, cuidando ele vai ficar melhor (Uirapuru, 60 anos).

É muito importante a higiene no idoso, como se fosse uma criança recém-nascida. Se não tiver higiene ela vai ficar toda assada. Acamada há 18 anos, não é fácil cuidar do idoso acamado (Andorinha, 63 anos).

É importante porque eu dou conforto para ele nesse sofrimento que ele tá passando. Eu deixo ele melhor com meus cuidados e evito que ele fique pior (Bem-te-vi, 59 anos).

É importante, mas se eu pudesse cuidar né? Só que eu não posso e ninguém me ajuda. Eu preciso sair e ele fica só com meu filho aqui. Quando eu chego que eu vou fazer as coisas para ele (Beija-flor, 61anos).

É importante, muito importante, principalmente porque ela não anda, não fala, não faz mais nada por ela. Então, é muito importante eu dar banho, dar de comer, limpar as partes dela quando urina ou faz cocô. É de maior importância (Sabiá, 68).

Percebe-se que as dificuldades de autocuidado estão relacionadas, em sua maioria, com a mobilidade prejudicada do idoso, associada a diversas causas, como a neuropatia diabética, cardiopatias, osteoartrites, osteoporose, doença de Parkinson, déficits sensoriais e barreiras ambientais. Para Murta (2012), os idosos devem ser encorajados a serem os mais ativos possível e, quando em repouso inevitável no leito, o cuidador deve realizar os exercícios de amplitude de movimentos ativos e de fortalecimento com os membros sadios e passivos nos membros prejudicados. Mas como realizar tal

atividade, se na maioria dos casos os idosos utilizavam redes o dia todo em vez de cama ou poltrona, e os cuidados ficavam sob responsabilidade de uma outra idosa cuidadora? Essa falta de condições restringe a possibilidade de uma reabilitação, mantendo o idoso num grau progressivo de dependência ainda maior.

Contudo, não é somente a mobilidade física prejudicada do idoso que deve conduzir os cuidados a um idoso acamado. É importante realizar os cuidados relacionados com a socialização, o incentivo, a alimentação e a prevenção da subnutrição de forma ativa. Alguns agravos na saúde dos acamados estão ligados à deficiência nutricional, como atraso na cicatrização, demência, hipotensão ortostática, aumento do risco de infecção e úlcera por pressão (PEREIRA, 2011). Todos esses agravos poderiam ser evitados ou minimizados se uma abordagem mais adequada fosse implementada pelo cuidador e pela equipe de saúde.

O cuidado com a alimentação é um dos requisitos de maior atenção pois requer um modo de preparo, com observância para a consistência do alimento e para as doenças de base que estão sendo tratadas ou sob controle; para o aporte proteico-calórico necessário com observância para o uso dos alimentos adequados; para as técnicas de administração dos alimentos para prevenir engasgos e aspiração; para a higienização dos utensílios usados ou do cateter de alimentação enteral. Assim, uma das condições básicas de manutenção da vida, a nutrição, fica sob a responsabilidade do familiar cuidador, que nem sempre possui condições de dar esse aporte ou não tem orientação de como realiza-la com cuidado e segurança.

II -Dificuldades e sobrecargas percebidas pelo cuidador familiar

A súbita ocorrência dos problemas de saúde que levam o idoso a viver acamado, como quedas com fratura de membros, principalmente os inferiores ou regiões que comprometem a capacidade de caminhar ou manter-se de pé, ou os Acidentes Vasculares, desencadeiam entre muitos problemas familiares a difícil decisão de cuidar deste indivíduo. Muitos idosos ao deixarem de necessitar de cuidados médicos, são levados para suas casas, onde geralmente não há infraestrutura, tampouco preparo pessoal para atendê-lo. Em alguns casos, como desse estudo, os idosos serão cuidados por outros idosos. Então como esperar boas perspectivas para a velhice se a geração de novos idosos está sobrecarregada com os cuidados de outros idosos acamados e dependentes e sem ajuda de familiares e profissionais da saúde?

A situação de despreparo técnico dos cuidadores, somados aos seus problemas de saúde podem comprometer ainda mais a saúde desse cuidador e o acompanhamento do idoso acamado, como se percebe no relato de Araponga, Uirapuru e Cardeal. Por vezes, as atividades executadas vêm acarretar sobrecargas pessoais, alterações no modo de viver e exteriorização de sentimentos de sofrimento, posto que não conseguem administrar bem o cuidado de si à medida que cuidam do outro. São idosas cuidando de outros idosos. Ao relatarem as maiores dificuldades enfrentadas para prestar cuidados aos seus idosos acamados, a maioria relatou a mobilidade prejudicada, o que requer um maior esforço do cuidador.

A maior dificuldade é colocar na cadeira. É carregar. É só eu que cuido, então sinto dor nas minhas costas. Então eu só dou banho melhor quando meu irmão me ajuda a colocar e levar para dar banho. (Araponga, 64 anos)

Empurrar a cadeira é para mim, a parte mais difícil, porque ele é muito pesado e às vezes parece que não vou aguentar fazer o que tem que fazer. (Uirapuru, 60 anos)

Ela não anda, então depende de mim para carregar pra todo lugar que for. E não tenho apoio da família, só eu que fico com ela e isso me sobrecarrega. Às vezes me sinto doente porque já não sou tão nova pra essas coisas. (Cardeal, 65 anos).

Na maioria dos casos que dizem respeito ao idoso acamado e dependente, a família é a principal responsável pelo apoio social, funcional, econômico, material, afetivo, além do cuidado direto. Essa assistência toma formas nas tarefas domésticas, higiene, companhia, apoio afetivo em tempos normais e de crise, transporte, acompanhamento a diversos lugares, cuidados com a medicação e outras atividades de vida diária (NUNES et al., 2018). Assim, questionados sobre o que consideravam bom e o que precisariam melhorar nesse cuidado, necessidades diversas foram citadas, especialmente relacionadas ao ambiente físico da casa e a necessidade de ajuda de outros familiares.

Poderia melhorar a estrutura do ambiente. Minha vontade era colocar esse banheiro bem perto, para eu colocar ela lá na cadeira de rodas e levar para o chuveiro. Forrar o quarto dela para colocar um ar condicionado que aqui é muito quente. (Araponga, 64 anos)

Apoio da família. Não temos apoio da família. É só a gente mesmo. Às vezes é só eu. Essa é a minha maior dificuldade. (Cardeal, 65 anos)

Na verdade, tudo é bom. O que poderia ser melhorado seria ajuda da família para cuidar dele, porque não tenho ajuda, né? É só eu. Se tivesse apoio com certeza seria melhor para ele, principalmente. (Uirapuru, 60 anos).

Eu cuido com amor, mas se outra filha ou filho ajudasse seria melhor ainda. (Beija-flor, 61 anos)

Estudos têm mostrado um quadro nada alentador a respeito dos familiares que cuidam de idosos. Além de nem sempre estarem preparados para prestarem um trabalho à altura do necessário, os mesmos nem sempre apresentam boa saúde. Ser cuidador familiar demanda trabalho, tempo, energia, recursos financeiros, carinho, esforço, boa vontade e paciência. Portanto, cuidar de um idoso acamado, dependente e fragilizado não pode ser tarefa para uma pessoa apenas, e muito menos para uma cuidadora familiar, idosa ou não, despreparada profissionalmente e que não dispõe de serviços de apoio e de uma política de proteção para o desempenho dessa atividade. Ou seja, o trabalho do cuidado necessita ser repensado e reestruturado com vista a atender adequadamente às necessidades e às expectativas tanto daqueles que necessitam de cuidados, quanto daqueles que prestam cuidados. (KÜCHEMANN, 2012)

III - O apoio da equipe da equipe de saúde no cuidado domiciliar ao idoso acamado e dependente

Os serviços de saúde adotaram estratégias para descentralizar o cuidado e modificar o modo tradicional de produção da saúde e, dentre estas estratégias, a principal é a inclusão da atenção domiciliar entre as modalidades de atendimento. Esta estratégia possui como característica a visita da equipe de saúde ao domicílio do usuário, objetivando realizar a avaliação das suas necessidades e as de seus familiares, considerando a disponibilidade do serviço e executando plano assistencial ao cliente com suas especificações, além das orientações (MARQUES, FREITAS, 2009). O atendimento domiciliar pressupõe ações complexas, exige inúmeras técnicas e periodicidade da equipe de saúde no acompanhamento, de acordo com as necessidades evidenciadas.

Quando questionadas se o cuidado passa a ser melhor com o apoio e as visitas das equipes de saúde, as respostas demonstraram certo grau de insatisfação com a equipe de saúde.

É, mas eles demoram muito para vir. Quando eles vêm e estou em casa até que me ensinam bastante sobre como cuidar dele e isso me ajuda a cuidar melhor (Beija-flor, 61 anos).

Na verdade, não vejo diferença, porque eles vêm muito rápido e demoram para virem de novo. Então, eu cuido do meu jeito mesmo. A gente cuida do mesmo jeito sem eles. (Sabiá, 68 anos).

Bem, eles vêm aqui de repente explicar quando é que têm que levar no médico. Mas ensinar a cuidar mesmo não. Eu que cuido, eu que sei das necessidades dele (Uirapuru, 60 anos).

Eu sei cuidar da mesma forma, mas o médico também é importante. Eles estando aqui ou não ela recebe os cuidados do mesmo jeito (Araponga, 64 anos).

O Ministério da Saúde, na cartilha de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento (BRASIL, 2010), preconiza que os serviços de saúde atendam aos idosos por meio de uma equipe multidisciplinar, preferencialmente com formação em saúde do idoso e envelhecimento. Também chama a atenção para a valorizando do ambiente familiar no processo de cuidado, destacando a necessidade da presença da equipe de saúde no ambiente familiar levando orientações, incentivo e cuidados necessários à manutenção da saúde e do bem-estar do idoso acamado e do familiar cuidador. Questionados se recebiam orientações sobre os cuidados ao idoso acamado pela equipe de saúde, os entrevistados responderam:

Não recebo nenhuma. Só vem visitar raramente e ver como ela está, mas nunca me deram uma palestra sobre os cuidados com ela. (Araponga, 64 anos)

Nenhuma orientação. Só o médico que as vezes orienta, só para a gente dar remédio, somente isso. (Cardeal, 65 anos)

Ele está assim há cinco meses e eles só vieram aqui uma vez porque eu chamei. E também não trouxeram o resultado do exame dele então não fizeram nada. Ficaram de voltar e não voltaram até hoje (Andorinha, 63 anos).

Eles só ajudam de vez em quando. Deveriam vir mais vezes todos os meses pelo menos. (Sabiá, 68 anos)

Uma vez que eles vieram, me parabenizaram e orientaram a cuidar bem dela. E me orientaram a manter repouso por causa da minha pressão (Uirapuru, 60 anos).

Muitas são as necessidades do idoso acamado e, por isso, a ausência do profissional de saúde ou da equipe de saúde passa a ser um agravante. Orientações que o familiar cuidador precisaria receber não são repassadas e isso também acaba expondo o idoso ao risco de um cuidado negligenciado por ambos. Para o familiar cuidador, a ausência das visitas da equipe da Saúde da Família em suas residências deixa lacunas que os mesmos se veem obrigados a preencher de sua própria maneira. Ao se depararem diariamente com a condição de dependência de seu familiar idoso, as famílias encontram o desafio de ser, a partir de então, o aporte de cuidados necessários à vida e à sobrevivência. É inevitável para o familiar cuidador conviver diariamente com diversas dúvidas. Para

Lavinsky e Vieira (2010), os profissionais de saúde, especialmente a enfermeira, poderiam minimizar essa situação oferecendo orientações básicas à família de como cuidar do seu familiar em casa. A orientação/educação para a saúde certamente traria grandes benefícios para aquele que é cuidado e aliviaria a sobrecarga para aquele que cuida. O familiar que não tem capacitação profissional e orientações sobre o que fazer no cuidado domiciliar emerge nele os “achismos” sobre a condição do idoso e do tipo de cuidado que deve prestar.

O desconhecimento sobre a forma de cuidar desencadeia no familiar cuidador uma série de sentimentos referentes às dúvidas e dificuldades enfrentadas, gerando conflitos intradomiciliares. Portanto, sendo essa uma necessidade de resolutividade, requer um certo grau de preparo que poderia ser suprido com as ações da equipe de saúde durante as visitas organizadas para tais fins.

CONCLUSÃO

A melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas deve ser o foco principal de qualquer política pública e, para isso, é preciso promover cuidado, proteção e respeito à subjetividade, tanto na esfera privada da família como nos espaços sociais compartilhados. Pela relevância de seu papel, especial atenção deve ser dedicada às famílias que possuem pessoas idosas em suas residências. É preciso que lhes sejam oferecidos serviços públicos de assistência domiciliar, oportunidade de formação de cuidadores familiares e apoio e orientações continuadas, para prevenir o esgotamento físico e mental dos cuidadores.

A assistência domiciliar à saúde, proporcionada pela equipe de saúde e pela família, é uma das ferramentas que, dentre outras, pode ajudar a cuidar do idoso acamado e dependente, e auxiliar o indivíduo que envelhece a se manter saudável, autônomo e independente. Mas para que essa modalidade represente uma opção concreta de assistência é fundamental entender que ela exige uma série de pré-requisitos. O primeiro, e mais importante, talvez seja entendê-la como uma mudança de cultura na assistência à saúde, observando tudo que envolve o idoso acamado ou dependente: sua família, a saúde, infraestrutura, o financeiro, o social, ou seja, o biopsicossocial do indivíduo, além de identificar as suas representações sociais. A falta de tempo, de transporte, de recursos humanos e tantas outras justificativas não podem mais servir de alibi para a não realização do acompanhamento domiciliar.

A falta de conhecimento por parte dos membros das famílias e/ou dos seus cuidadores, a ausência da equipe de saúde no seu papel de agente educador, os desgastes promovidos aos cuidadores pelo processo de cuidar sem ajuda de outros familiares, a idade avançada da maioria dos cuidadores comprometem de forma direta os resultados dos cuidados oferecidos aos mesmos, tornando-os mais vulneráveis a todas as condições do dia a dia dentro de seus próprios lares.

Enfatiza-se a importância desta pesquisa como meio oportuno de contribuir para uma reflexão sobre o tipo de cuidado executado pelo familiar cuidador e a carência de uma ação mais efetiva da equipe de saúde, no sentido de perceber as dificuldades enfrentadas e ajudar o cuidador naquilo que for possível, principalmente nas orientações dos cuidados necessários ao idoso. Neste sentido integrar a família ao cuidado deixa de ser somente um ato legal e alcança a necessidade diária no processo saúde doença do idoso acamado e dependente, principalmente quando o quadro patológico se estende por longos períodos ou fases.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L.P.B.; MENEZES, T.M.O.; FREITAS, A.V.S.; PEDREIRA, L.C. Características sociais e demográficas de idosos cuidadores e motivos para cuidar da pessoa idosa em domicílio. REME – Rev Min Enferm, 22:e-1074, 2018.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2011.

BIERHALS, C.C.B.K. et al. Necessidades dos cuidadores familiares na atenção domiciliar a idosos. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 25(2870):01-08, 2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. : il.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. Sociedade e Estado. Brasília: 27(1): 165-180, jan-abr. 2012.

LIMA-COSTA, MF et al Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. International Journal for Equity in Health, 15:137, 2016.

LUCCHESI, G. Envelhecimento populacional: perspectivas para o SUS. In Brasil 2050: desafios de uma nação que envelhece. Câmara dos Deputados, Centro de Estudos e Debates Estratégicos, Consultoria

Legislativa; relator Cristiane Brasil; consultores legislativos Alexandre Cândido de Souza (coord.), Alberto Pinheiro et al. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2017.

MARQUES, G.Q.; FREITAS, I.B.A. Experiência Piloto de assistência a domicílio: anciãos, acamados de uma unidade básica de saúde, Porto Alegre, Brasil. *Rev. Escola de Enfermagem*, 43(4): 825-832, 2009.

MURTA, G.F. Saberes e práticas para o ensino e aprendizado de enfermagem. 4 ed. São Paulo: Ed. difusão, 2012.

NUNES, D.P. et al. Cuidadores de idosos e tensão excessiva associada ao cuidado: evidências do Estudo. SABE *Rev Bras Epidemiol*, 21(SUPPL 2): E180020.Supl.2 p. 1-14, 2018.

OLIVEIRA-FIGUEIREDO, D.S.T. Prevalência de incapacidade funcional em idosos: análise da Pesquisa Nacional de Saúde. *Rev Rene*, 18(4):468-75, jul-ago 2017.

PEREIRA, M.F.C. Cuidadores Informais de Doentes de Alzheimer: Sobrecarga Física, Emocional e Social e Psicopatologia. Dissertação. 204fl. Mestrado em Ciências de Enfermagem. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel de Salazar da Universidade do Porto. Porto (Portugal), 2011

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: ArtMed; 2011

RANGEL, R.L.; SANTOS, L.B.; SANTANA, E.S.; MARINHO, M.S.; CHAVES, R.N.; REIS, L.A. Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Familiar de Idosos com Dependência Funcional. *Rev. Aten. Saúde*, 17(60):11-18, 2019

REIS, L.A.; SANTOS, K.T.; GOMES, N.P.; REIS, L.A. Determinantes da sobrecarga e desconforto emocional em cuidadores de idosos. *Rev Enfermagem Contemporânea*, 5(1):59-67, 2016

SANTANA, E.S. Representações Sociais de idosos com dependência funcional sobre família: Memória das relações familiares. Dissertação (Mestrado em Memória: Linguagem e Sociedade) – Programa de Pós-Graduação em Memória: Linguagem e Sociedade. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, 2017.

SCHMELING, C.M. et al. Avaliação de risco à segurança do paciente no domicílio. *Rev Brasileira de Atenção Domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, Ano III - Número III - jan./jun., 2017.*

SILVA, Y.C.; SILVA, K.L. Relações de poder estabelecidas na atenção domiciliar entre cuidadores e profissionais. *Rev Brasileira de Atenção Domiciliar. Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Assistência Domiciliar, Ano III - Número III, p. 29- 6, jan./jun. 2017.*

WATANABE, H.A. et al. Rede de atenção à pessoa idosa. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/ Fundação Padre Anchieta, 2009.

Capítulo 55

CONSULTA AO ADOLESCENTE ESCOLAR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA BASEADO NA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400753](https://doi.org/10.37423/200400753)

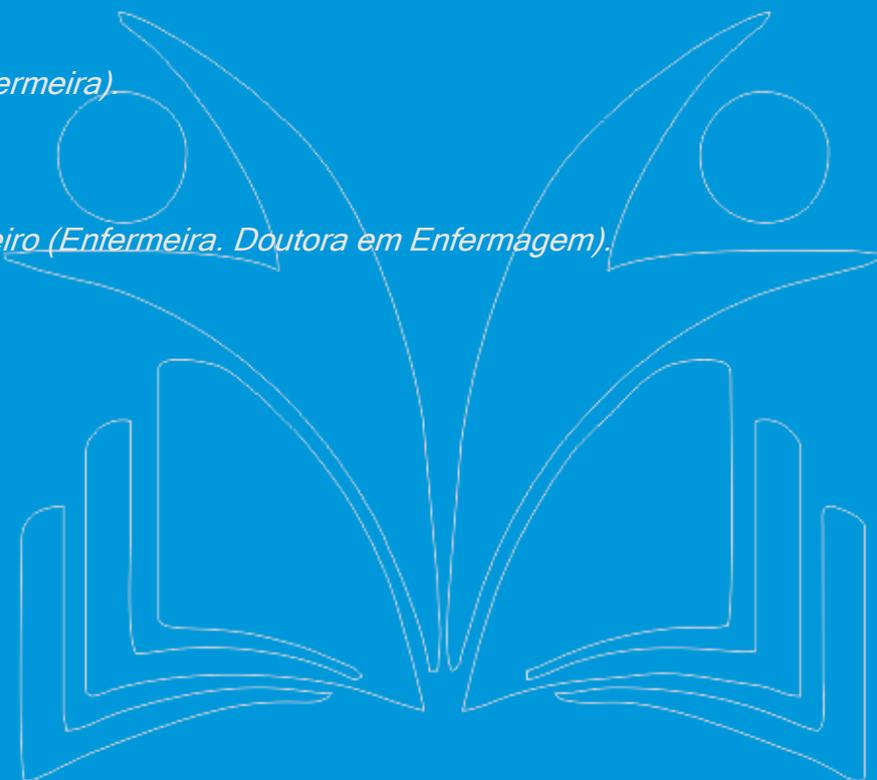
Denize Ferreira Ribeiro (Enfermeira. Mestre em enfermagem).
denizeg3@gmail.com

Andrea Rosane Souza Silva (Enfermeira. Doutora em Enfermagem).
andreafacipe@gmail.com

Tatiana da Silva Costa (Enfermeira. Pós-graduanda em Enfermagem do Trabalho).
tatiana.tati30@hotmail.com

Raphaella da Fonseca Araújo (Enfermeira)
raphaella.faraujo@outlook.com

Estela Maria Leite Meireles Monteiro (Enfermeira. Doutora em Enfermagem).
estelapf2003@yahoo.com.br



INTRODUÇÃO

Na fase da adolescência, são muitas as dificuldades sofridas pelos jovens: experimentam sentimentos de inferioridade, descontentamento com a escola, timidez, medos específicos variados, dificuldades em estabelecer amizades e questões relacionadas à sexualidade. Já numa fase mais tardia, predominam-se os conflitos relacionados com a escolha da profissão e maiores responsabilidades, e surgem, também, dúvidas e medos em relação ao futuro. Todos esses sentimentos podem construir de maneira positiva, ao ajudá-los na realização de anseios e aspirações, mas podem ser destrutivos e leva-los muitas vezes a depressão. No âmbito da vulnerabilidade, valores, atitudes, hábitos e comportamentos dos adolescentes se encontram em processo de formação. Simultaneamente, a sociedade e a família passam a exigir do indivíduo, ainda em crescimento e maturação, maiores responsabilidades com relação a sua própria vida. Por outro lado, fatores externos constituem uma poderosa influência sobre o modo como adolescentes e, também, os jovens pensam e se comportam, podendo atuar positivamente ou de maneira negativa no processo de formação desses sujeitos. A escola é um espaço que contribui para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e de interagir socialmente, favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico e político sendo um lugar apropriado as ações de saúde. O governo federal brasileiro no ano de 2007 buscou agregar dois setores importantes, o da educação e o da saúde, através da implementação de políticas públicas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira instituindo o programa saúde na escola (pse) que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, neste cenário assim como nos demais espaços que ocupa, o enfermeiro, deve atuar de maneira sistemática nas ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, sendo um dos responsáveis pela criação do vínculo entre os adolescentes e os serviços e um elo na formação de sujeitos críticos e emponderados sobre sua saúde.^{1,2}

DESCRIÇÃO METODOLÓGICA:

trata-se de um estudo do tipo relato de experiência³ cujo objetivo foi descrever a vivência da consulta de enfermagem ao adolescente escolar e identificar os principais diagnósticos de enfermagem frente ao caso abordado segundo a taxonomia da north american nursing diagnosis association (nanda).⁴ este trabalho emergiu de um projeto de extensão intitulado consulta de enfermagem ao adolescente: promoção à saúde no cenário escolar, proposto pelo departamento de enfermagem da universidade federal de pernambuco. O cenário do estudo foi uma escola pública estadual, situada no engenho do meio, recife, pe. A abordagem ao adolescente foi feita mediante assinatura de termo de

consentimento livre e esclarecido (tcle), respeitando os preceitos éticos da resolução 466/12. A coleta de dados foi realizada através de entrevista estruturada, durante a consulta de enfermagem e em ambiente privativo.

RESULTADOS

A adolescente l.r.m.a, 18 anos e 11 meses, sexo feminino, em 14/12/2015 compareceu a escola, acompanhada do filho de 3 anos. Relatou na anamnese morar com o marido, ao qual é casada há 5 anos, e com o filho, em uma casa alugada de alvenaria, com 5 cômodos, água encanada, coleta regular de lixo, energia elétrica e saneamento básico. Refere ter alergia à polaramine e dipirona. Diz ainda ter desenvolvido gastrite, devido uso de contraceptivo (ciclo 21) e que por esse motivo foi ao médico a fim de mudar a medicação, quando engravidou do 2º filho (dum: 15/10/2015). Relata não usar preservativos em suas relações decorrente da alergia ao látex. Mostra-se interessada e com dúvidas sobre a gravidez e tipos de parto. Diz que seu primeiro filho nasceu de cesariana e que teve complicações pós-operatórias, mas que tem medo de sentir a dor do parto normal. Diz ter vontade de colocar um diu hormonal porque o de cobre aumentará o fluxo menstrual, porém devido alto custo prefere ligar as trompas. Iniciou sua vida sexual aos 11 anos. Relata apresentar corrimento esbranquiçado, sem odor, prurido, lesão ou hiperemia local, em pouca quantidade, e que utiliza em sua higiene íntima shampoo para bebês da johnson. Quanto a sua auto percepção, sente-se madura e alegre, porém acha-se gorda para os padrões e muito baixa. Possui planos para o futuro de terminar a escola no supletivo próximo ano (devido gravidez) e em seguida fazer cursinho para entrar em uma faculdade de direito (quer ser juíza) a fim de acompanhar o marido que é da área (no momento trabalha como mecânico). Refere vender joias e croché por razões financeiras e por prazer. Sente-se rejeitada socialmente por ser casada e mãe tão jovem, mesmo assim tem vários amigos. Relata fazer 6 refeições por dia, não fuma e bebe socialmente desde os 12 anos de idade. Diz ainda ter experimentado loló, porém não gostou. Diverte-se quando está na companhia da família, namorando ou jogando no celular. Sua primeira menstruação foi aos 9 anos, diz ter um ciclo menstrual regular. Refere ter tido hpv há um tempo, mas que se curou. Diz ter contraído a infecção quando usou o short de uma amiga emprestado. Diagnósticos de enfermagem segundo a nanda (2015-2017), por ordem de prioridade: conhecimento deficiente relacionado a informação insuficiente ou informações errôneas quanto a higiene íntima, dst's, métodos contraceptivos, evidenciado por conhecimento insuficiente (domínio 5, classe 4); distúrbio da imagem corporal relacionado a alterações na percepção, evidenciado por alterações na visão do próprio corpo (domínio 6, classe 3); dor crônica relacionada a

condição relacionada a pós-trauma, evidenciado por autorrelato (domínio 12, classe 1); (risco de) resposta alérgica ao látex relacionado a história de reação ao látex (domínio 11, classe 5); conforto prejudicado relacionado a controle situacional insuficiente, evidenciado por autorrelato de sentir-se rejeitada socialmente devido ser casada e mãe tão jovem (domínio 12, classe 3); risco de recuperação cirúrgica retardada relacionado a história de atraso em cicatrização de ferida em cesariana anterior (domínio 11, classe 2). Conclusão: diante da responsabilidade do cuidar está relacionada ao papel da enfermagem, suas demandas e decisões sobre as intervenções propostas seriam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. contribuições para a enfermagem: evidenciando a importância da consulta de enfermagem associada com a sistematização da assistência a ser prestada ao adolescente, frente à vulnerabilidade deste público torna-se cada vez mais visível a necessidade da atuação da enfermagem e equipe multidisciplinar na escola, com o encaminhamento necessário na rede de atenção, de referência e contra-referência, ao escolar. Descritores: adolescente, cuidados de enfermagem, saúde escolar

REFERÊNCIAS

1. brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. Instrutivo pse /passo a passo programa saúde na escola tecendo caminhos da intersectorialidade. – Brasília: ministério da saúde, 2011.
2. World health organization (who). The ottawa charter for health promotion. Geneva: who; 1986.
3. Leo ccc, gonçalves a. Modalidades metodológicas em pesquisa científica, a partir de recortes da experiência de saúde coletiva, epidemiologia e atividade física da unicamp. Maringá, v. 21, n. 3, p. 411-441,
3. Trim. 2010. 4. North american nursing diagnosis association. Nursing diagnoses: definitions and classification: 2015-2017. Philadelphia: nanda; 2015.

Capítulo 56

REGISTROS DE ENFERMAGEM: DIFICULDADES DOS ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

[DOI: 10.37423/200400757](https://doi.org/10.37423/200400757)

Jéssica Rodrigues de Oliveira - jessica.rodrigues.o@hotmail.com

Profa Dra. Teresa Celia de Mattos Moraes dos Santos - teresacelia@terra.com.br

RESUMO: Introdução: Os registros de enfermagem têm a finalidade essencial de fornecer informações, garantir a continuidade nas 24h da assistência prestada e assegurar a comunicação entre a equipe de saúde. **Objetivo:** identificar a dificuldade na realização de anotação de enfermagem (AE) e evolução de enfermagem (EE) e se há influência da experiência profissional prévia na área, na realização dos registros de enfermagem. **Método:** trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória e quantitativa. Realizada com 61 graduandos do curso de enfermagem de uma universidade do Vale do Paraíba Paulista. Utilizou-se um questionário com questões abertas e fechadas. Aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da universidade de Taubaté sob o no 1.138.486. Os dados foram quantificados pelo programa Microsoft Excel 2010. **Resultados:** houve predomínio de 57,58% que não possui experiência profissional. Dos que possuem experiência, 19,67% tem menos de cinco anos e 26,23% são técnicos de enfermagem. Não houve dificuldade na passagem e/ou recebimento da AE (65,57%) e na EE (55,74%); e 44,26% afirmam a influência profissional no estágio de prática profissional durante a graduação. Quanto às dificuldades no preenchimento das AE, predominou: experiência como principal obstáculo dados necessários para preenchimento, diferença de conteúdo ministrado entre o corpo docente, ordem das informações propostas e dificuldade nos termos técnicos, e para as EE, predominou: diferenças de conteúdo ministrado pelo corpo docente, experiência, coleta de dados, confusão entre teorias, e ordem das informações.

Conclusão: conclui-se que não houve dificuldade na passagem e/ou recebimento das AE e EE, e houve a influência profissional no estágio de prática.

Palavras-Chave: Estudantes de enfermagem; Registros de enfermagem; Educação em enfermagem.

1 INTRODUÇÃO

Em retrospectiva histórica sobre auditoria encontra-se que os primeiros registros hospitalares foram encontrados no Antigo Egito, isso comprova que os prontuários existem há cerca de dois mil anos (Riolino & Kliukas, 2003). Na Grécia Antiga encontraram-se traços de prontuários preservados até hoje, mas foi Hipócrates quem fez os primeiros registros sobre as doenças de seus pacientes no ano de 460 antes de Cristo. Efetivamente só em 1137, no Hospital São Bartolomeu de Londres encontraram-se documentações de pacientes (Mezzomo, 1977).

Em 1580, na Itália, Camilo de Lellis passou a exigir que, dentre os documentos dos pacientes, constasse a prescrição médica individual, prescrição alimentar, passagem de plantão e relatórios de enfermagem em cada plantão. Em 1877, o Hospital Geral de Massachussets, nos Estados Unidos, começou a arquivar os documentos clínicos, organizando assim o Serviço de Arquivo Médico e Estatística e, em 1928 foi fundada a Associação Americana de Arquivo Médico. No ano de 1952, no Brasil, foi criada a Lei Alípio Correia Neto na qual, era dever dos hospitais filantrópicos a documentação das histórias clínicas completas de todos os pacientes. No Brasil foi fundada em 18 de julho de 1966 a Associação Brasileira de Arquivo Médico e Estatístico (Mezzomo, 1977).

Nos registros efetuados pela equipe de enfermagem (o enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem), têm a finalidade essencial de fornecer informações sobre a assistência prestada, assegurar a comunicação entre os membros da equipe de saúde e garantir a continuidade das informações nas 24 horas, condição indispensável para a compreensão do paciente de modo global (COREn, 2009).

As anotações efetuadas pela equipe de enfermagem consistem no mais importante instrumento de avaliação da qualidade da atuação da enfermagem. Observa-se que 50% das informações referentes ao cuidado do paciente são fornecidos pela equipe de enfermagem. Assim, fica clara a necessidade de registros corretos e frequentes no prontuário do paciente (Santos et al., 2003).

De acordo com a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem - COFEn-191/96, para a execução da anotação de enfermagem é necessária à atenção para alguns detalhes, como: cabeçalho completo; deve ser feita em horário e não em turno; o termo paciente ou cliente não deve ser utilizado, tendo em vista que a folha de anotação é individual; deve ser feita no início do plantão e complementada durante este; a letra de quem realiza a anotação deve ser legível para que possa ser entendida por quem a leia; deve seguir uma sequencia cefalopodálico; quando tiver erros utilizar os termos “digo”,

“correção” e nunca corretores ortográficos; utilizar somente siglas padronizadas e ao final de cada anotação deve conter carimbo, assinatura e número do COREn do profissional que a realizou (COFEn, 1996).

Segundo o estudo “Características de anotações de enfermagem encontradas na auditoria”, realizado em Curitiba (PR), há diversos problemas no registro de enfermagem, levando em consideração a grafia, falta de atenção, e até falha de informações entre as equipes diante do registro (Luz et al., 2007).

Infelizmente, apesar de todo o avanço tecnológico, ainda existem inúmeras instituições de saúde que utilizam o método de registro manual. Observa-se, portanto, a prática de uma enfermagem que evoluiu em termos de conhecimentos técnico-científicos, mas enfrenta um grande desafio, que é aplicar a teoria à prática e adquirir novos conhecimentos a partir da experiência vivenciada pela prática (conhecimento tácito) (Santos et al., 2003).

Com base na experiência pessoal, além da importância de um cuidado bem prestado ao paciente e interação entre as equipes, identificou-se que há uma dificuldade para a realização da anotação e evolução de enfermagem, mesmo com a preconização já pré-estabelecida pelo COREn.

A compreensão dos estudantes em formação de Enfermagem, diante da exposição de diferentes opiniões do corpo docente do curso, em relação ao preenchimento dos registros de enfermagem, como as anotações e evoluções, junto a presença de experiência de alguns estudantes já atuantes na área, ou falta dela, faz-se nesse estudo, dois questionamentos prioritários: a) Qual a compreensão e dificuldade dos alunos, diante de maneiras distintas de ensinamento para o preenchimento das anotações e evoluções de enfermagem? b) Qual a influência de experiência, ou falta dela, de atuação na área de enfermagem?

Assim, frente a esse questionamento, possibilitou-se uma reflexão sobre a importância do encadeamento de informações expostas aos estudantes, e a necessidade de padronização e sistematização, dentro da Universidade, diante do assunto exposto. Nessa perspectiva, espera-se que este estudo contribua para mostrar a necessidade de mudanças, no sentido de observar e tornar prático, a opinião dos discentes, com intuito de formar melhores profissionais para o mercado de trabalho.

Diante do contexto, essa pesquisa visa identificar a compreensão e dificuldade dos estudantes, diante de maneiras distintas de ensinamento para o preenchimento das anotações e evolução de enfermagem, e a influência da experiência profissional na área.

2 OBJETIVOS

Identificar a dificuldade na realização de anotação e evolução de enfermagem em estudantes do curso de enfermagem.

Identificar se há influência da experiência profissional prévia na área, na realização dos registros de enfermagem.

3 REVISÃO DA LITERATURA

No processo de atenção à saúde, a documentação das atividades e dos seus resultados por meio de registros escritos, constitui-se no instrumento de comunicação mais efetivo para o (re) planejamento, continuidade e avaliação dos serviços prestados aos clientes, além de servir de fonte de informações para questões jurídicas, de pesquisas, de educação e outras atividades relacionadas (Matsuda et al., 2006).

O prontuário do paciente é o acervo documental padronizado, organizado e conciso no qual estão registrados os cuidados prestados ao paciente por todos os profissionais envolvidos na assistência. É um documento legal de defesa dos profissionais, devendo estar imbuído de autenticidade e de informações desde a internação do paciente. Cabe salientar que não é sinônimo de sistematização, e sim de cumprimento de uma tarefa importante para a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) (Motta, 2003).

Considerando que várias equipes são envolvidas na assistência ao cliente, a comunicação e as informações entre os profissionais de saúde sobre os pacientes, são fundamentais para garantir a continuidade do cuidado. Diante desta necessidade, a equipe de enfermagem instituiu os registros e as anotações de enfermagem, bem como a passagem de plantão, por meio de comunicação verbal, para a transmissão de informações sobre os pacientes de um turno para outro (Zoehler & Lima, 2000).

Nota-se que a documentação das intervenções de enfermagem é um dos campos mais deficientes do processo da assistência de enfermagem e as causas subjacentes deste problema estão relacionadas com a deficiência dos prestadores de serviços em atender às necessidades dos pacientes, a falta de

tempo para registrar de forma detalhada a assistência proporcionada, a carência de formas estruturadas de coleta de dados (Labbadia & Adami, 2004).

Nos Estados Unidos da América, os registros têm se tornado num dos temas mais desafiadores na enfermagem, pois denota a qualidade do cuidado prestado e subsidia os financiamentos e reembolsos pelas instituições seguradoras. As autoras citam que “O registro é um aspecto vital da prática de enfermagem. Ao longo do tempo, a forma e a qualidade do registro evoluíram, porém, o foco continua a ser o impacto positivo do cuidado sobre o cliente” (Potter & Perry, 1999, p. 166).

Os registros de enfermagem, quando são escassos e inadequados, comprometem a assistência prestada ao paciente, bem como à instituição e à equipe de enfermagem. Há um comprometimento da segurança e do cuidado ao paciente, dificultando a mensuração dos resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro (Setz & D’Innocenzo, 2009). A ausência de registros pode implicar, entre outras coisas, na duplicação de procedimentos executados, na dificuldade de acompanhamento dos cuidados prestados, e até na não execução de determinada atividade, o que pode colocar em risco a própria recuperação do usuário (Françolin et al., 2012).

Para garantir a qualidade e a ética das informações registradas pela equipe de assistência ao paciente no atendimento que lhe é ou foi prestado, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio da Resolução CFM no 1.638/2002, no seu Art. 3º, estabelece a obrigatoriedade do estabelecimento de uma Comissão de Revisão de Prontuário nas instituições de assistência médica (CFM, 2002). Na prática hospitalar, observa-se que grande parte dos cuidados que são implementados junto aos pacientes, das orientações que são prestadas e dos encaminhamentos que são agilizados pela enfermagem não são anotados e quando os registros são efetuados estes são concisos e, muitas vezes, não expressam a extensão, complexidade e importância daquilo que foi realizado pela equipe de enfermagem (Pimpão et al., 2010). Além disso, as anotações realizadas pela equipe de enfermagem são fragmentadas, compostas por repetição de dados e desprovidas de uma maior profundidade de análise (Silva et al., 2009).

Apesar dos profissionais de enfermagem ser os responsáveis pela elaboração de registros com qualidade, foi observado em um estudo que a comunicação escrita tem sido muitas vezes negligenciada por eles (Caixeiro et al., 2008). Outro aspecto a ser ressaltado é a baixa qualidade dos registros, apontando que os profissionais de enfermagem estão sendo inseridos no mercado de trabalho, sem uma formação pautada em bases sólidas de educação técnico-científica, o que,

consequentemente, compromete os aspectos ético e legal no exercício da profissão (Carrijo & Oguisso, 2006).

Um estudo realizado em um hospital-escola, no interior do Paraná em 2010, com o objetivo de identificar os aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem em situação de atendimento a paradas cardiorrespiratórias seguidas de ressuscitação cardiopulmonar, nos prontuários de pacientes que foram a óbito, revelou a necessidade de um olhar crítico em relação à formação acadêmica dos profissionais da equipe de enfermagem no que diz respeito à elaboração dos registros e anotações de enfermagem de maneira clara e concisa. Em relação aos profissionais que estão inseridos no mercado de trabalho, salientamos a necessidade de investimentos na criação e implantação de instrumentos que possam favorecer a elaboração dos registros em enfermagem. Também se faz necessário o desenvolvimento de programas de capacitação que visem conscientizar toda a equipe quanto à importância de se fazer um registro claro e conciso, que possa sustentar a assistência prestada ao paciente (Assunção & Dalri, 2010).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) constitui-se de uma dinâmica da assistência em saúde, com ações sistemáticas e inter-relacionadas e possui seis passos: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição de enfermagem, evolução de enfermagem e prognóstico de enfermagem (Horta, 1979). Porém merece destaque o diagnóstico de enfermagem o qual trata de um processo dinâmico e organizado, sendo preciso um pensamento crítico com tomada de decisão adequada (Galdeano et al., 2003).

Em relação à problemática da pesquisa, sobre as dificuldades encontradas na realização da SAE de Wanda de Aguiar Horta e o diagnóstico da Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem - North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), 66,67% dos enfermeiros relataram que durante a graduação tiveram palestras ou aulas a respeito da Teoria de Wanda Horta e 55,56% dos participantes afirmou ter sido necessário a consulta da Teoria de Wanda Horta para realização de assistência durante os estágios (Santos et al., 2013).

Para que se suprimam as possibilidades de erros na comunicação da equipe, o setor de Educação Continuada da instituição deve se empenhar no desenvolvimento de habilidades de comunicação dos trabalhadores, visando sempre o cuidado individual, contínuo e de qualidade (Marcolino et al., 2004).

A padronização dos registros (anotações e evoluções) de enfermagem é necessária, visto que existem falhas no que se refere a adequações gramaticais da linguagem formal, exatidão, brevidade, legibilidade, identificação e terminologia técnica (Setz & D’Innocenzo, 2009).

Segundo um estudo realizado com enfermeiras, em um Hospital São Paulo, no ano de 2008, o qual, visou identificar as dificuldades e facilidades mencionadas por enfermeiras do Hospital São Paulo na execução das fases do processo de enfermagem, a falta de conhecimento suficiente das enfermeiras sobre o processo de enfermagem, torna-se barreira para a sua adesão à execução deste método assistencial nas instituições de saúde. Quando o realizam sem o necessário conhecimento, o fazem apenas para o cumprimento de tarefa institucional, não havendo a conscientização coletiva da importância deste processo para a sua atuação como profissional da saúde com responsabilidade social. Outro aspecto a ser observado é que, apesar da maioria das enfermeiras referirem ter aprendido e executado as fases do processo na graduação, as dificuldades na prática foram expressivas, retratando a insuficiência do preparo teórico e prático da enfermeira para a sistematização da assistência de enfermagem quando saem da faculdade (Takahashi et al., 2008).

No estudo realizado em 2008 que trata de um relato de experiência pelos alunos da 4ª série de enfermagem das Faculdades Integradas do Brasil e seus professores, observa-se que na prática de campo os enfermeiros ainda possuem dificuldades em desenvolver a SAE. Apesar do conhecimento dos estudantes sobre as etapas do processo, o déficit de execução está no diagnóstico de enfermagem. Quando questionado o método de ensino utilizado na graduação, referente à assistência de Enfermagem, 44,45% dos enfermeiros respondeu que o método de ensino da instituição deveria ser padronizado (Santos et al., 2012).

Os enfermeiros despendem muito tempo no preenchimento de formulários, registros de documentação da assistência de enfermagem, através de anotações manuais, e recomendam o desenvolvimento de um software para a coleta de dados e a prescrição de enfermagem que proporcione aos enfermeiros o registro informatizado de forma individualizada, eficiente e rápida (Sperandio et al., 2003)

No texto intitulado, Competências e o Processo Ensino-Aprendizagem do Diagnóstico de Enfermagem, a autora citou:

“Parece-me que distintos sistemas de classificação da prática de enfermagem que vem sendo desenvolvidos em vários países, bem como as diferentes estruturas conceituais empregadas nos diagnósticos da NANDA deveriam ser versadas no ensino, dando-se ênfase ao modelo assumido em nosso hospital universitário onde ocorre grande parte do ensino prático” (Almeida, 2004, p282).

Em uma pesquisa, realizada na Universidade Federal do Piauí com os docentes do curso de Enfermagem, objetivando os significados atribuídos pelos docentes ao ensino do processo de enfermagem, observou-se que há falhas no aprendizado da graduação em enfermagem, sendo que os estudos teóricos não são bem articulados com os da prática. Conseqüentemente, quando o docente vai a campo de estágio prático sente dificuldade em desenvolver o que aprendeu em sala de aula, já que é considerada uma aprendizagem errônea. Além disso, durante o desenvolvimento das atividades práticas, comumente identifica-se falta de material e pessoal, prejudicando ainda mais o ensino. Desta forma, mostra-se necessário repensar sobre a forma de ensino na graduação em Enfermagem (Amorim, 2009).

Todas essas finalidades atribuídas às anotações de enfermagem produzidas por meio da SAE são extremamente importantes, pois indicam, que a assistência de enfermagem está sendo implementada. Cada informação anotada indica uma ação, ou seja, a evidência de que durante a internação os cuidados foram realizados. Portanto, os registros devem traduzir o máximo de conhecimento sobre as condições de saúde dos indivíduos sob sua responsabilidade incluindo-se aqui tanto os referentes a procedimentos quanto as necessidades e queixas dos pacientes (Setz & D’Innocenzo, 2009).

O baixo nível sócio educacional de muitos profissionais que atuam na enfermagem, a complexidade da linguagem, o número reduzido de trabalhadores na equipe, a alta demanda por serviços, a pouca valorização da profissão e os escassos investimentos em processos de treinamento/educação permanente são fatores que dificultam a realização de registros completos e frequentes (Matsuda et al., 2006).

Para o gerenciamento de qualquer organização, o processo comunicativo é fator essencial para garantir que as atividades ocorram de maneira eficiente e eficaz, devendo acontecer constantemente a fim de proporcionar informação e compreensão necessárias à condução das tarefas e, acima de tudo, motivação, cooperação e satisfação nos cargos (Santos & Bernardes, 2010).

4 MÉTODO

A pesquisa foi realizada com 61 estudantes alunos de um curso de graduação de enfermagem, de uma Universidade da região do Vale do Paraíba Paulista, sem distinção entre atuantes na área ou não.

Foram incluídos no estudo somente os estudantes que concordaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido elaborado de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta os protocolos de pesquisa com seres humanos.

Trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem quantitativa.

Após elaboração do projeto de pesquisa, o mesmo foi apresentado a Instituição envolvida, solicitando autorização da mesma, por meio da Carta de Solicitação a qual foi oficializada por meio do Termo de Autorização da Instituição. Em seguida foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa vinculado a Plataforma Brasil de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos, o qual foi aprovado sob o parecer de numero 1.138.486.

Após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) e autorização da instituição, foi realizado contato com o responsável pelo curso de Enfermagem para o agendamento da coleta de dados. O qual foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os estudantes de enfermagem preencheram e em seguida o questionário.

A coleta de dados foi feita por meio de um questionário criado pelas pesquisadoras com base na literatura estudada e abrangem dados pessoais e profissionais. Os dados foram quantificados pelo software Microsoft Excel 2010.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população para análise de dados constitui-se de 61 graduandos do Curso de Graduação em Enfermagem de uma Universidade do Vale do Paraíba, cursando entre o segundo semestre e o último ano do curso.

Tabela 1 - Distribuição das características individuais da amostra de estudantes de enfermagem trabalhadores. Vale do Paraíba paulista, 2015

Características individuais	n	%
Sexo		
Feminino	58	95,08%
Masculino	3	4,92%
Faixa etária		
17 – 30 anos	48	78,69%
31 – 40 anos	11	18,03%
41 – 50 anos	2	3,28%
Estado civil		
Solteiro	45	73,77%
Casado	13	21,31%
Viúvo	-	-
Divorciado	2	3,28%
Outros	1	1,64%

Na análise referente a características individuais, conforme a Tabela 1, observa-se que 58 (95,08%) são do sexo feminino. Em relação à faixa etária, 48 (78,69%) tem entre 17 a 30 anos, 11 (18,03%) entre 31 a 40 anos, e 2 (3,28%) entre 41 a 50 anos de idades. Quanto ao estado civil, 45 (73,77%) dos estudantes são solteiros.

Os dados corroboram com os encontrados no estudo realizado em Belo Horizonte (MG), na EEUFMG, o qual entrevistou 45 graduandos, sendo 82,2% do sexo feminino com média de idade de 23,9 anos (Boaventura, 2007). E na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em Santa Efigênia (MG), com o intuito de identificar a percepção dos discentes do Curso de Graduação Enfermagem da Universidade, acerca da abordagem no ensino das teorias de enfermagem, 82% dos pesquisados responderam estar matriculados entre o quinto e o sexto períodos, com idade variando entre 21 e 25 anos (Donoso,1998).

Tabela 2 - Distribuição das características quanto ao perfil de trabalho da amostra de estudantes de enfermagem trabalhadores. Vale do Paraíba paulista, 2015

Perfil de trabalho	n	%
Experiência na área		
Sim	26	42,62%
Não	35	57,38%
Tempo de experiência		
Nenhuma	36	59,02%
> 5 anos	12	19,67%
< 5 anos	9	14,75%
< 10 anos	4	6,56%
Cargo que ocupa		
Auxiliar de enfermagem	7	11,48%
Técnico de enfermagem	16	26,23%
Estudante	38	62,30%
Período da graduação		
2º Período	3	4,92%
3º Período	7	11,48%
4º Período	20	32,79%
Estágio curricular	31	50,82%

Quanto à análise das características do perfil de trabalho, segundo Tabela 2, 35 (57,58%) não possuem experiência profissional na área, e 26 (42,62%), são atuantes no mercado de trabalho. Dos que possuem experiência, 12 (19,67%) informam menos de cinco anos na área, 9 (14,75%) mais de cinco anos, e 4 (6,56%), mais de 10 anos. Quanto ao cargo que ocupa no mercado de trabalho, 16 (26,23%) são técnicos de enfermagem e 7 (11,48%) são auxiliares de enfermagem.

Em relação ao período de graduação, 31 (50,82%) cursam o último ano, 20 (32,79%) o 4º período, 7 (11,48%) o 3º período e 3 (4,92%) o 2º período.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo realizado na Universidade do Vale do Paraíba/Faculdade de Ciências da Saúde, em São José dos Campos (SP), no qual se observou que 60% tem formação prévia no curso técnico de enfermagem, com média de 6,7 anos de formação (Boaventura, 2007).

Tabela 3 - Distribuição das dificuldades no recebimento e/ou passagem de informações sobre preenchimento de anotação de enfermagem e evolução de enfermagem. Vale do Paraíba paulista, 2015

Dificuldades no recebimento e/ou passagem de informações sobre preenchimento	n	%
Anotação de enfermagem*		
Sim	18	29,51%
Não	40	65,57%
Sem resposta	3	4,92%
Evolução de enfermagem**		
Sim	24	39,34%
Não	34	55,74%
Sem resposta	3	4,92%

*Diferença de conteúdo entre corpo docente, não padronização, caligrafia, realização de coleta de dados, Dados para completar, Falta de conteúdo teórico, Falta de experiência, termos técnicos, diagnóstico, medicação, exame físico detalhado, anatomia.

**Diferença de conteúdo entre corpo docente, dados iniciais e ordem das informações, dificuldade entre as teorias (AE e EE), Falta de informações e de experiência, caligrafia, termos técnicos, Falta de conteúdo teórico.

Analisando a Tabela 3, referente às dificuldades no recebimento e/ou passagem de informações sobre o preenchimento de Anotação de Enfermagem (AE) e Evolução de Enfermagem (EE), 45 (65,57%) dos estudantes informou que não houve dificuldade na passagem e/ou recebimento da AE e 18 (29,51%) afirmaram dificuldades no preenchimento da AE. Em relação à EE, 34 (55,74%) não sentiram nenhuma dificuldade no recebimento e/ou passagem de informações para preenchimento e 24 (39,34%) afirmaram dificuldade no preenchimento da EE.

Segundo o estudo, Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola, realizado na Universidade Estadual de Maringá (PR) com o intuito de avaliar a qualidade das anotações de enfermagem de pacientes cirúrgicos de um Hospital escola do Noroeste do Paraná, no ano de 2008, observou-se que de forma geral os resultados demonstraram que apesar de alguns itens terem atingido níveis de preenchimento acima de 80%, há necessidade de melhorar a qualidade dos registros, com informações mais completa (Venturini, 2008).

Tabela 4 - Distribuição quanto: A instituição oferece algum tipo de curso específico para preenchimento da anotação de enfermagem e evolução de enfermagem. Vale do Paraíba paulista, 2015

A instituição oferece algum tipo de curso específico para preenchimento	n	%
Anotação de enfermagem		
Sim	10	16,39%
Não	48	78,69%
Sem resposta	3	4,92%
Evolução de enfermagem		
Sim	9	14,75%
Não	48	78,69%
Sem resposta	4	6,56%

Na análise dos resultados sobre algum tipo de curso específico para o preenchimento da AE oferecido pela instituição, observou-se que 48 (78,69%) dos entrevistados informaram não ser oferecido e 10 (16,39%) dos estudantes afirmaram positivamente a esta informação. E sobre cursos específicos de EE oferecidos pela instituição, 48 (78,69%) responderam negativamente e 9 (14,75%) informaram que sim, conforme demonstrado na Tabela 4.

Resultados semelhantes foram encontrados no estudo sobre Teoria de Wanda Horta e a Taxonomia de NANDA: dificuldades encontradas por enfermeiros, o qual demonstrou que 66,67% dos entrevistados negou tal procedimento (Santos et al., 2013). Sendo assim, esse estudo fez referência da importância da educação continuada.

Tabela 5 - Distribuição quanto ao conhecimento da anotação de enfermagem e evolução de enfermagem. Vale do Paraíba paulista, 2015

Variáveis	n	%
Cursa ou já cursou algum curso relacionado à anotação ou evolução de enfermagem durante a graduação		
Sim	11	18,03%
Não	49	80,33%
Sem resposta	1	1,64%
Sente alguma dificuldade de falta de conteúdo para preenchimento dos Registros de enfermagem*		
Sim	23	37,70%
Não	34	55,74%
Sem resposta	4	6,56%
Consegue assimilar teoria com prática no momento de preencher os registros de enfermagem		
Sim	56	91,80%
Não	3	4,92%
Sem resposta	2	3,28%
Sua experiência profissional influência no estágio de prática profissional durante a graduação		
Sim	27	44,26%
Não	16	26,23%
Sem resposta	18	29,51%
Referente ao método de ensino do preenchimento, considera uma forma padronizada de ensinamento, viável		
Sim	40	65,57%
Não	17	27,87%
Sem resposta	4	6,56%

*Termos técnicos, Diferença de conteúdo entre corpo docente, diagnóstico de enfermagem, orientação, exemplo e prática, conteúdo mais aprofundado, Orientação, receio por falta de experiência, falta de conteúdo teórico.

Na Tabela 5, demonstra-se a distribuição quanto ao conhecimento da AE e EE, e observa-se que 49 (80,33%) dos estudantes negam ter cursado ou estar cursando algum curso relacionado a esse tema, 11 (18,03%) afirma cursar ou ter cursado. Quanto a dificuldade de falta de conteúdo para o preenchimento do Registro de Enfermagem (RE), 34 (55,74%) dos entrevistados nega qualquer tipo de dificuldade, e 23 (37,70%) afirma ter essa dificuldade.

Quando interrogados sobre conseguir assimilar a teoria com prática no momento de preencher os RE, 58 (91,80%) informaram que sim e 3 (4,92%) responderam negativamente. Para a indagação da influência de experiência profissional no estágio de prática profissional durante a graduação, 27 (44,26%) responderam sim, e 16 (26,23%) não ter influência. Referente ao método de ensino, 40 (65,57%) respondeu ser viável a padronização no preenchimento da EE e AE e 17 (27,87%) responderam negativamente.

Em um trabalho de auditoria, realizado entre agosto e novembro de 2005, em três unidades de internação privada de um hospital universitário de Curitiba (PR), no qual foram analisadas as características das anotações de enfermagem em 144 prontuários, observou-se, de um modo geral, que os problemas mais comuns encontrados foram: anotações por turno, e não por horário; rasuras nas escritas; letra ilegível; não utilização de toda a extensão do impresso para realizar a anotação; falta de identificação correta do profissional ao final de cada anotação, principalmente carimbo e assinatura; falta de checagem ou checagem incorreta e anotação incompleta, corroborando com os resultados do presente estudo, no que diz respeito a falta de conteúdo para preenchimento dos Registros de enfermagem (Luz et al., 2007).

Contrariando o presente estudo, já que a maioria dos entrevistados conseguem assimilar teoria com prática, no estudo realizado na Escola de Enfermagem UFMG, constatou que 75% de seus graduandos entrevistados classificam como inadequado o ensino de teorias de enfermagem em relação à prática profissional (Donoso, 1998).

Sobre a influência da experiência profissional no estágio de prática profissional durante a graduação não foi encontrado nas literaturas pesquisadas trabalho que abordasse esse aspecto de forma detalhada. Contudo, segundo o presente estudo, mesmo com grande parte dos entrevistados não ter respondido essa questão, houve uma parcela de 44,26% respondendo positivamente, demonstrando assim a subjetividade da percepção de cada indivíduo diante da questão.

Dados semelhantes foram encontrados no estudo sobre Teoria de Wanda Horta e a Taxonomia de NANDA: dificuldades encontradas por enfermeiros, o qual se observou que quando seus entrevistados foram questionados quanto ao método de ensino utilizado na graduação, referente à assistência de Enfermagem, 44,45% deles respondeu que o método de ensino da instituição deveria ser padronizado (Santos et al., 2013).

Tabela 6 - Distribuição quanto a experiência e dificuldade no preenchimento das anotações de enfermagem. Vale do Paraíba paulista, 2015

Diante da experiência, qual sua maior dificuldade no preenchimento das anotações de enfermagem	n	%
Dados necessários	3	4,92%
Diferença de conteúdo entre corpo docente	3	4,92%
Diferença do instrumento	1	1,64%
Falta de experiência	5	8,20%
Falta de paciência dos professores	1	1,64%
Falta de tempo	2	3,28%
Formulários diferentes	1	1,64%
Ordem das informações	3	4,92%
Termos técnicos	3	4,92%
Não respondeu	39	63,93%

Conforme Tabela 6, observa-se que as dificuldades que mais foram encontradas, de acordo com a experiência e dificuldade dos estudantes no preenchimento das anotações de enfermagem, foram: 5 (8,20%) a falta de experiência como principal obstáculo, 3 (4,92%) a falta de dados necessários para preenchimento, 3 (4,92%) a diferença de conteúdo ministrado entre o corpo docente, 3 (4,92%) a ordem das informações propostas e 3 (4,92%) a dificuldade nos termos técnicos.

Tabela 7 - Distribuição quanto a experiência e dificuldade no preenchimento das evoluções de enfermagem. Vale do Paraíba paulista, 2015

Diante da experiência, qual sua maior dificuldade no preenchimento das evoluções de enfermagem	n	%
Avaliação crítica	1	1,64%
Coleta de dados	2	3,28%
Comunicação na troca de plantão	1	1,64%
Confusão entre teorias	2	3,28%
Critérios da Instituição	1	1,64%
Dados iniciais	1	1,64%
Dados iniciais e ordem das informações	1	1,64%
Dados necessários	1	1,64%
Diferença de conteúdo entre corpo docente	6	9,84%
Diferença do instrumento	1	1,64%
Falta de dados	1	1,64%
Falta de experiência	5	8,20%
Falta de paciência dos professores	1	1,64%
Falta de tempo	1	1,64%
Identificação de problemas, intervenções e resultados	1	1,64%
Ligação entre problema e diagnóstico	1	1,64%
Ordem das informações	2	3,28%
Particularidades dos pacientes	1	1,64%
Termos técnicos	1	1,64%
Termos técnicos e ordem das informações	1	1,64%
Sem resposta	29	47,54%

Segundo os entrevistados desta pesquisa, observa-se que, 32 (53,43%) dos graduandos afirmaram ter dificuldades no preenchimento das evoluções de enfermagem, e 29 (47,54%) não responderam a esse questionamento, conforme demonstrado na Tabela 7

Dentre as dificuldades, as que mais se destacaram-se, foram: 6 (9,84%) diferenças de conteúdo ministrados pelo corpo docente, 5 (8,20%) falta de experiência, 2 (3,28%) coleta de dados, 2 (3,28%) confusão entre teorias, e 2 (3,28%) a ordem das informações.

No estudo realizado na Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em São Paulo (SP), demonstrou que, 58,5% dos entrevistados relataram ter dificuldade em realizar o diagnóstico de enfermagem; 34,2% a evolução de enfermagem; 32,0%, o planejamento da assistência; 28,7% a coleta de dados; e 23,2% referiram dificuldade na prescrição de enfermagem. Relata os motivos atribuídos às dificuldades encontradas na execução de cada fase do processo de enfermagem, sendo: 43,5% falta de tempo; 21,7% limitação do paciente em dar informações; 17,4% impresso utilizado é inadequado e falta de

conhecimento teórico. E para o diagnóstico de enfermagem: 51% definir categorias diagnósticas; 26,4% falta de conhecimento teórico; e 15,1% falta de exercício prático. Para o planejamento da assistência: 36,3% falta de conhecimento teórico; 31,8% falta de exercício prático; e 9,1% falta de tempo. Para a prescrição de enfermagem: 47% falta de conhecimento teórico; 17,6% falta de tempo; 11,8% falta de exercício prático e falta de recursos. E, finalmente, os motivos atribuídos às dificuldades na execução da evolução de enfermagem, foram: 30% falta de conhecimento e falta de tempo, respectivamente (Takahashi et al., 2008). Dados que corroboram com os demonstrados nas Tabelas 6 e 7.

Tabela 8 - Distribuição quanto a influência da sua profissão para o preenchimento das anotações de enfermagem. Vale do Paraíba paulista, 2015

Qual a influência da sua profissão para o preenchimento das anotações de enfermagem	n	%
Boa	2	3,28%
Cotidiano	1	1,64%
Continuidade do cuidado	1	1,64%
Experiência	2	3,28%
Facilidade devido a cursos profissionalizante	1	1,64%
Facilidade na anotação	1	1,64%
Muita influência	1	1,64%
Pouca noção do assunto	1	1,64%
Resolução de problemas	1	1,64%
Riqueza de detalhes na informação	1	1,64%
SAE	2	3,28%
Segurança	1	1,64%
Troca de conhecimento	2	3,28%
Sem resposta	44	72,13%

Quanto à anotação de enfermagem e a influência da profissão, observa-se na Tabela 8 que 44 (72,13%) não responderam a essa questão.

Aos que constataram que houve influência, predominou em 3 (3,28%) como boa o nível de interferência, 3 (3,28%) a experiência com a assistência, 3 (3,28%) ao preenchimento da SAE e 3 (3,28%) a troca de conhecimento como principal influência.

Não foi encontrado literatura sobre os itens questionados para que fosse possível realizar a comparação dos dados. Acredita-se esses resultados possam auxiliar em futuras pesquisas.

Tabela 9 - Distribuição quanto a influência da sua profissão para o preenchimento das evoluções de enfermagem. Vale do Paraíba paulista, 2015.

Qual a influência da sua profissão para o preenchimento das evoluções de enfermagem	n	%
Boa	2	3,28%
Continuidade do cuidado	2	3,28%
Troca de conhecimento	3	4,92%
Pouca noção do assunto	1	1,64%
SAE	2	3,28%
Fácil compreensão	1	1,64%
Sem resposta	50	81,97%

Na Tabela 9, demonstra-se qual a influência da profissão para o preenchimento das EE e observa-se que 50 (81,97%) não responderam a essa questão. Dos 11 (18,03%) dos entrevistados que afirmaram essa interferência, o que mais destacou-se foi a afirmativa de 2 (3,28%) obtiveram uma boa influência, 2 (3,28%) auxiliam na continuidade do cuidado, 3 (4,92%) ajuda na troca de conhecimento entre as práticas e 2 (3,28%) facilita no preenchimento da SAE.

Com relação as temáticas abordadas nas Tabelas 8 e 9 não foi possível localizar estudos pertinentes realizados anteriormente. Pode-se observar a partir dos resultados obtidos que grande parte dos não atuantes, não informaram resposta. Desta forma, evidenciou-se a relevância da atuação na área como fator significativo para responder a essas questões.

O núcleo das facilidades mencionadas pelas enfermeiras para a execução das fases do processo de enfermagem está relacionado, de forma geral, aos conhecimentos teóricos e práticos para executarem as fases. Esta convergência demonstra, mais uma vez, a importância e a valorização que as enfermeiras atribuem ao conhecimento científico adequado e necessário, como base para a tomada de decisão na escolha das intervenções para assistir o paciente, subsidiando o raciocínio crítico e clínico em enfermagem. A falta de conhecimento suficiente das enfermeiras sobre o processo de enfermagem, torna-se barreira para a sua adesão à execução deste método assistencial nas instituições de saúde. Quando o realizam sem o necessário conhecimento, o fazem apenas para o cumprimento de tarefa institucional, não havendo a conscientização coletiva da importância deste processo para a sua

atuação como profissional da saúde com responsabilidade social. Outro aspecto a ser observado é que, apesar da maioria das enfermeiras referirem ter aprendido e executado as fases do processo na graduação, as dificuldades na prática foram expressivas, retratando a insuficiência do preparo teórico e prático da enfermeira para a sistematização da assistência de enfermagem quando saem da faculdade (Takahashi et al., 2008).

O ensino do Processo de Enfermagem é significado como elemento essencial na formação do enfermeiro, e a partir dos depoimentos presentes nele, a importância do ensinamento do processo de enfermagem na graduação, sendo este associado a essência da enfermagem, que é o cuidar. Assim, os docentes entrevistados expressam o quanto é significativo para o profissional enfermeiro possuir durante a sua formação conhecimentos, habilidades, e atitudes relacionadas ao cuidar de forma sistematizada, organizada, planejada, isto por meio do ensino-aprendizagem do processo de enfermagem e por meio da utilização do mesmo na prática profissional (Amorim, 2009).

6 CONCLUSÃO

O presente estudo tem por objetivo investigar a compreensão e a dificuldade dos alunos graduandos de uma Universidade de Enfermagem, diante de maneiras distintas de ensinamento para o preenchimento das anotações e evoluções de enfermagem.

Houve predomínio do sexo feminino, faixa etária entre 17 a 30 anos e solteiros.

Quanto à análise das características do perfil de trabalho a maioria não possui experiência profissional na área. Dos que possuem experiência, a maioria informam menos de cinco anos na área e quanto ao cargo relatam ser técnicos de enfermagem. Em relação ao período de graduação, a maioria cursa o último ano e o 4º período do curso.

Referente às dificuldades no recebimento e/ou passagem de informações sobre o preenchimento de AE e EE, houve predomínio dos estudantes que informou que não houve dificuldade na passagem e/ou recebimento. Sobre algum tipo de curso específico para o preenchimento da AE e EE oferecido pela instituição, a maioria informou que não é oferecido.

Quanto ao conhecimento da AE e EE, os estudantes negam ter cursado ou estar cursando algum curso relacionado a esse tema. Quanto a dificuldade de falta de conteúdo para o preenchimento do Registro de Enfermagem, a maioria nega qualquer tipo de dificuldade, e referem existir dificuldade em assimilar

a teoria com prática no momento de preencher os RE. Quanto a influência de experiência profissional no estágio de prática profissional durante a graduação, a maioria respondeu afirmativamente.

Referente ao método de ensino, predominou ser viável a padronização no preenchimento da EE e AE.

Quanto as dificuldades no preenchimento das AE, houve predomínio: falta de experiência como principal obstáculo, falta de dados necessários para preenchimento, diferença de conteúdo ministrado entre o corpo docente, ordem das informações propostas e dificuldade nos termos técnicos. E quanto as dificuldades no preenchimento das EE, houve predomínio: diferenças de conteúdo ministrados pelo corpo docente, falta de experiência, coleta de dados, confusão entre teorias, e ordem das informações.

Quanto a influência da profissão para o preenchimento das AE, predominou: bom o nível de interferência, experiência com a assistência, preenchimento da SAE e troca de conhecimento como principal influência. E quanto a influência da profissão para o preenchimento das EE, predominou: boa influência, auxiliam na continuidade do cuidado, ajuda na troca de conhecimento entre as práticas e facilita no preenchimento da SAE.

Em suma, esta pesquisa revelou a necessidade de um olhar crítico em relação à formação acadêmica dos profissionais da equipe de enfermagem no que diz respeito ao ensinamento das anotações e evolução de enfermagem de maneira clara e concisa, além do auxílio a prática profissional. E aos profissionais já atuantes, a importância da educação continuada como aprimoramento do conhecimento, e atualização dos trabalhadores, dessa forma, aprimorando os registros de enfermagem, para facilitar o trabalho e direcionar a assistência prestada ao cliente.

REFERÊNCIAS

1. Riolino AN, Kliukas GBV. Relato de experiência de Enfermeiras no campo de auditoria de prontuário: uma ação inovadora. *Nursing* 2003;65(6):35-38.
2. Mezzomo AA. Serviço do prontuário do paciente. São Paulo (SP): União Social Camiliana; 1977.
3. COREn. Conselho Regional de enfermagem. 2009 [Acesso em 2014 abr 18]. <http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>
4. Santos SR, Paula AFA, Lima JP. O enfermeiro e sua percepção sobre o sistema manual de registro no prontuário. *Rev. latinoam. enferm* 2003;11(1):80-87.

5. COFEn. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEn-191/1996 – Revogou Resolução COFEn-175/1994. 1996 [Acesso em 20115 abr 18]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1911996-revogou-resoluo-cofen-1751994_4250.html
6. Luz A. Martins, AP, Dynewicz AM. Características de anotações de enfermagem encontradas em auditoria. Rev. eletrônica enferm 2007;09(02):344-361.
7. Matsuda LM, Silva DMPP, Évora YDM, Coimbra JA. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? Rev. eletrônica enferm 2006;8(3):415-421.
8. Motta ALC. Auditoria de Enfermagem nos Hospitais e Operadoras de Planos de Saúde. Rev. eletrônica enferm 2003;11(4):1018-1025.
9. Zoehler KG, Lima MADS. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. Rev. gaúcha enferm 2000;21(2):110-124.
10. Labbadia LL, Adami NP. Avaliação das anotações de enfermagem em prontuários de um hospital universitário. Acta paul. enferm 2004;17(1):55-62.
11. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermagem: conceitos, processos e prática. 4 ed., v.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. Cap.12, p.166-189.
12. Setz VG, D’Innocenzo M. Avaliação da qualidade dos registros de enfermagem no prontuário por meio da auditoria. Acta paul. enferm. 2009;22(3):313-317.
13. Françolin L, Brito MFP, Gabriel CS, Monteiro TM, Bernardes A. A qualidade dos registros de enfermagem em prontuários de pacientes hospitalizados. Rev. enferm. UERJ 2012;20(1):79-83.
14. CFM. Conselho Federal de Medicina. Resolução no 1638/2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da comissão de prontuário nas instituições de saúde. [citado em 10 out 2015] CFN; 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm.
15. Pimpão FD, Lunardi Filho WD, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. Rev. enferm. UERJ 2010;18(3):405-410.
16. Silva CS, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Opinião do enfermeiro sobre indicadores que avaliam a qualidade na assistência de enfermagem. Rev. gaúcha enferm 2009;30(2):263-271.
17. Caixeiro SMO, Dargam B, Thompson GN. Comunicação escrita: importância para os profissionais de enfermagem nas salas de pré-parto. Rev. enferm. UERJ 2008;16(2):218-223.
18. Carrijo AR; Oguisso T. Trajetória das anotações de enfermagem: um levantamento em periódicos nacionais (1957-2005). Rev. bras. enferm 2006;(esp):454-458.
19. Assunção RC, Dalri MCB. Avaliação dos aspectos éticos e legais dos registros de enfermagem. Ciênc. cuid. saúde 2010;9(4):676-681.
20. Horta WA. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU; 1979. p. 99.

21. Galdeano LE, Rossi LA, Nobre LF, Dantas RAS. Diagnóstico de enfermagem de pacientes no período transoperatório de cirurgia cardíaca. *Rev. latinoam. enferm* 2003;11(2):199-206.
22. Santos AMT, Santos DS, Oliveira CMSM, Ramos NAM, De Faria AL, De Martino MMF et al. Teoria de Wanda Horta e a Taxonomia de Nanda: dificuldades encontradas por enfermeiros. XVII Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XIII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e III Encontro de Iniciação à Docência – Universidade do Vale do Paraíba, 2013.
23. Marcolino JS. A importância da comunicação na passagem de plantão e sua interferência no processo de trabalho da equipe de enfermagem. *Arq. Apadec.* 2004;8(supl):777-781.
24. Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF. Dificuldades e facilidades apontadas por enfermeiras de um hospital de ensino na execução do processo de enfermagem. *Acta paul. enferm* 2008;21(1):32-38.
25. Sperandio DJ, Évora YDM. Sistematização da assistência de enfermagem: proposta de um software – protótipo. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm* 2003;7(3):269-282.
26. Almeida MA. Competências e o processo ensino-aprendizagem do diagnóstico de enfermagem. *Rev. bras. enferm* 2004;57(3):279-283.
27. Amorim FCM. O ensino do processo de enfermagem sob a ótica docente. [Dissertação de Mestrado] Piauí (PI): Universidade Federal do Piauí; 2009.
28. Santos MC, Bernardes A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. *Rev. gaúcha enferm* 2010;31:359-366.
29. Boaventura AP. Ensino do processo de enfermagem: percepção dos alunos do curso de graduação em enfermagem. XI Encontro Latino Americano de Iniciação Científica e VII Encontro Latino Americano de Pós-Graduação – Universidade do Vale do Paraíba. 2007.
30. Donoso MTV, Maciel AM, Chianca TCM. Percepção de discentes acerca do ensino de teorias de enfermagem num curso de graduação. *REME rev. min. enferm* 1998; 2(2):92-97.
31. Venturini DA, Marcon SS. Anotações de enfermagem em uma unidade cirúrgica de um hospital escola. *Rev. bras. enferm* 2008;61(5):570-575.

Capítulo 57

VIVENCIANDO OS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM NEUROCIRURGIA ONCOLÓGICA

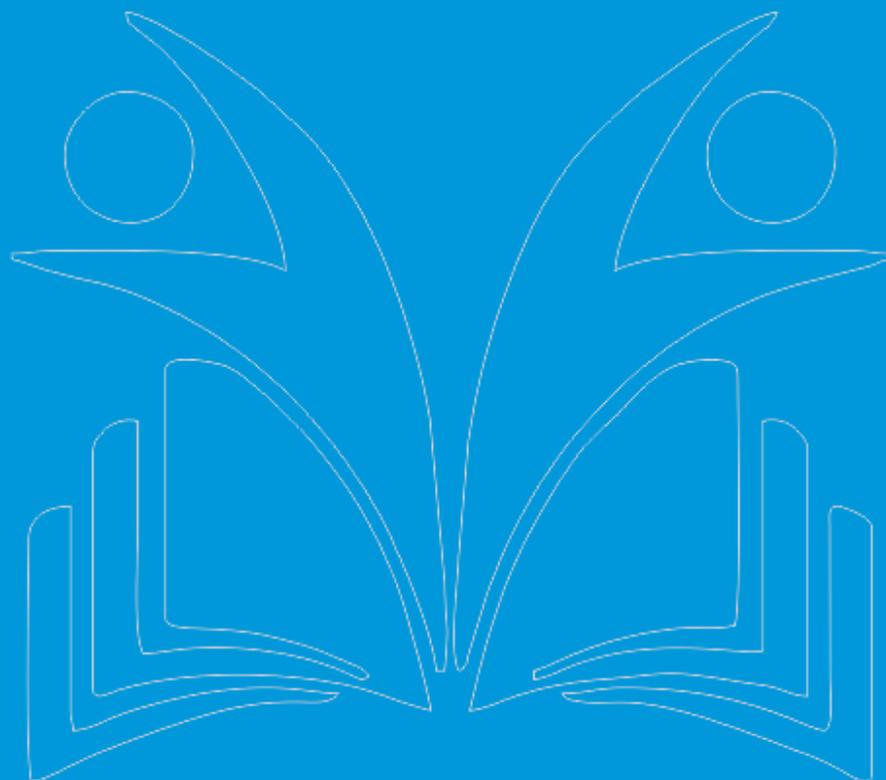
[DOI: 10.37423/200400758](https://doi.org/10.37423/200400758)

*Angeli Soares de Souza (Mestre, Enfermeira do Serviço de Radioterapia do Hospital
Universitário Pedro Ernesto - UERJ. Rio de Janeiro. Brasil).*

angelisoaresdesouza@gmail.com.

*Glaucia Valente Valadares (Doutora, Professora do Programa de Pós-Graduação da
EEAN-UFRJ/Campus Macaé - RJ).*

gvvufrj@gmail.com.



INTRODUÇÃO

Trata-se de um recorte de dissertação de mestrado com ênfase no significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica à luz da práxis cotidiana dos enfermeiros especialistas, inserido no Núcleo de Pesquisa Fundamentos do Cuidado de Enfermagem da EEAN/UFRJ. O câncer é considerado um problema de saúde pública e responsável por mais de 13% das causas de óbito no mundo. Atualmente mais de 7,6 milhões de pessoas morrem em consequência desta doença. Estima-se que, em 2020, o número de casos novos ao ano seja da ordem de 15 milhões e cerca de 60% desses casos novos ocorram em países em desenvolvimento¹. A incidência anual dos tumores primários do sistema nervoso central é de 16,5 para 100.000 habitantes nos EUA. Logo, os tumores do sistema nervoso central são responsáveis por 22% das mortes em indivíduos de ambos os sexos abaixo de 15 anos de idade, na faixa de 15 a 35 anos de idade a taxa é de 11,5% entre homens, 8,5% nas mulheres e; na faixa de 35 a 55 anos de idade a taxa é de 4,5% de óbitos². Os clientes com tumores do sistema nervoso central apresentam um amplo leque de doenças com apresentações e histórias naturais altamente variáveis. São divididos com base em sua localização, tipo celular de origem, aparência histológica ou faixa etária que eles acometem³. No que se refere ao cuidado de enfermagem ao cliente de neurocirurgia oncológica, o enfermeiro depara-se com a necessidade do desenvolvimento do raciocínio clínico para tomada de decisões, quando estas estão associadas à execução de atividades altamente complexas inerentes a este cliente específico. Cabe ao processo de enfermagem, no tocante a ser uma possibilidade, um caminho, um método que pode ser empregado na prática clínica para sistematizar a assistência de enfermagem. A fase do diagnóstico de enfermagem é considerada uma fase que envolve análise, interpretação dos dados coletados, avaliação crítica e tomada de decisão. Através do diagnóstico de enfermagem é possível descrever os efeitos dos sintomas e condições patológicas nas atividades e, no sentido da vida do paciente, é a afirmação das respostas do cliente a uma condição ou situação. Apesar da complexidade das decisões, é importante pensar que decisões mais simples ocorrem quase em um processo de condicionamento, a partir das experiências do cotidiano. Aquelas de maior complexidade precisam ser cuidadosamente pensadas em função de resultados esperados⁴. Esse fenômeno reproduz a primeira vivência do enfermeiro com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica, no que se refere às muitas variáveis a partir de sua experiência prática e do conhecimento científico. Essa situação nos faz refletir sobre a importância da identificação dos diagnósticos de enfermagem para a elaboração e implementação do plano de cuidados aos clientes. Têm-se como Objetivos: analisar o significado dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica considerando as dimensões teóricas e práticas; caracterizar

a interação dos enfermeiros com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica considerando comportamentos, manifestações, atitudes e práticas; discutir situações contextuais e fatores intervenientes que se relacionam com o fenômeno estudado⁵⁻⁶.

REFERENCIAL TEÓRICO

Tendo em vista o ideal de busca pelo entendimento do significado do diagnóstico de enfermagem em neurocirurgia oncológica, decidimos pelo Interacionismo Simbólico que apresenta como base teórico-filosófica a compreensão do significado da ação humana assim como ponto reflexivo e possibilidade de um cuidado interativo. O interacionismo é uma ferramenta teórica que possibilita a compreensão do fenômeno de uma maneira mais ampla, além de revelar e apontar o significado que a relação teoria e prática em enfermagem têm para o enfermeiro e o que representa para o fenômeno estudado^{5,6}.

Referencial Metodológico: Abordagem metodológica qualitativa sob orientação dos conceitos da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD). A teoria fundamentada nos dados é uma metodologia de campo que objetiva gerar construtos teóricos que explicam ação no contexto social sob estudo. O investigador procura processos que estão acontecendo na cena social, partindo de uma série de hipóteses, que, unidas umas às outras, podem explicar o fenômeno, combinando abordagens indutivas e dedutivas⁷. O cenário do estudo foi o Instituto Nacional de Câncer/Hospital do Câncer I nos setores: enfermagem, centro cirúrgico, centro de terapia intensiva (CTI) e unidade de pós-operatório (UPO), onde o cliente de neurocirurgia é assistido. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Câncer com o Registro CEP nº 15/10. Seguindo o cumprimento das questões éticas em pesquisa, conforme resolução 196/96 do CNS/MS, os dados foram coletados com 16 enfermeiros, que aceitaram participar da pesquisa, com igual ou mais de 5 anos de experiência prática em neurocirurgia oncológica e portadores de cursos de especialização ou título de especialistas em enfermagem por entidades reconhecidas.

RESULTADOS

O fenômeno interagindo com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica: os nexos expressivos do eu e do mim, reproduz a primeira vivência do enfermeiro com os diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica. Com base na análise dos dados o enfermeiro percebeu o déficit deste aprendizado na sua graduação, no que tange ao diagnóstico de enfermagem sendo atribuída durante a mesma, uma maior preocupação dos alunos e professores quanto à aquisição de habilidades em detrimento do planejamento de um cuidado sistematizado. Desta forma, contribuiu

para o enfermeiro ter receio em aproximar-se do diagnóstico de enfermagem na sua prática, apesar das circunstâncias da formação profissional. Contudo, estando os enfermeiros motivados em proporcionar uma assistência individualizada e sistematizada ao cliente neurocirúrgico, o mesmo vem buscando a definição do diagnóstico de enfermagem e se aproximando desse instrumento com o objetivo de propiciar um plano de ação em que pese o cliente, objeto do seu saber e fazer. Houve necessidade de diferenciar o diagnóstico de enfermagem do diagnóstico médico. Este por sua vez, baseia-se na doença, priorizando a abordagem reducionista em detrimento da holística do cliente, própria do diagnóstico de enfermagem. Foi observada por alguns enfermeiros a desvalorização do diagnóstico de enfermagem, pois para estes profissionais a prática de enfermagem é exercida de maneira isolada e não individualizada e holística conforme o cliente neurocirúrgico necessita. Por outro lado, o enfermeiro ao assistir esse cliente, tem vivido experiências importantes que os estão conduzindo para uma reavaliação de sua prática. Sentem necessidade de um conhecimento próprio motivando-os compreender a importância de dar significado ao diagnóstico de enfermagem nessa área específica.

CONCLUSÃO

O cliente de neurocirurgia oncológica, embora com possibilidades de limitações decorrentes de sua lesão tumoral, é um ser autônomo que interage com suas particularidades e essas devem ser avaliadas no contexto da individualidade. Os diagnósticos de enfermagem derivam dessa avaliação, sendo de fundamental importância, pois representam a interpretação científica dos dados coletados, dando origem ao planejamento das ações de enfermagem, assim como avaliação dos cuidados prestados.

CONTRIBUIÇÕES

Ampliação do conhecimento na área do cuidado de enfermagem; dar oportunidade aos enfermeiros com experiência em neurocirurgia oncológica, experimentar o conhecimento novo; proporcionar ao cliente uma assistência sistematizada a partir dos diagnósticos de enfermagem em neurocirurgia oncológica; nomear e documentar com exatidão os diagnósticos de enfermagem a partir do julgamento clínico e do raciocínio diagnóstico; tornar visível as ações do enfermeiro através dos registros de enfermagem; vivenciar os DE, objetivando defini-los e compreendê-los enquanto instrumento de trabalho na prática clínica em neurocirurgia oncológica.

Descritores: Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Neoplasias Encefálicas

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. Câncer – O que é. [Citado 2010 ago.10]. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/oquee>.
2. Sanematsu Junior P, Suzuki SH, Estrada DA, Gimenes DL, Hanriott RM. Tumores primários do sistema nervoso central. In: Kowalshi LP, Guimarães GC, Salvajoli JV, Feher O, Antoneli CBG. Manual de condutas diagnósticas e terapêuticas em oncologia. 3ª ed. São Paulo: Âmbito Editores; 2006.
3. Govidan R, Arquette MA. Washington manual de oncologia. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. 662p.
4. Valadares GV. A formação profissional e o enfrentamento do conhecimento novo: a experiência do enfermeiro em setores especializados. Rio de Janeiro, 2006. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem Anna Nery, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006. Orientadora: Profª Draª. Lígia de Oliveira Viana.
5. Santos, S. dos.; Nóbrega, MML. da. A busca da interação teoria e prática no sistema de informação em enfermagem – enfoque na teoria fundamentada nos dados – Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2004; 12(3): 460-468.
6. Blumer, H. Symbolic interactionism: perspective e method. Berkeley: University of Califórnia; 1969.
7. Cassiani SHB, Caliri MHL, Pelá NTR. A teoria fundamentada nos dados como abordagem da pesquisa interpretativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem – Ribeirão Preto. 1996; 4(3): 75-88.

Capítulo 58

VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS CONTRA A PESSOA IDOSA NA CIDADE DE PARINTINS, AMAZONAS

[DOI: 10.37423/200400760](https://doi.org/10.37423/200400760)

Fernanda Farias de Castro (Enfermeira, Gerontóloga, Doutora, Docente da Universidade do Estado do Amazonas).

Maria de Nazaré de Souza Ribeiro (Enfermeira, Gerontóloga, Doutora, Docente da Universidade do Estado do Amazonas).

Fátima Helena do Espírito Santo (Enfermeira, Gerontóloga, Doutora, Docente da Universidade Federal Fluminense).

Cleisiane Xavier Diniz (Enfermeira, Gerontóloga, Doutora, Docente da Universidade do Estado do Amazonas).

Évelin Gonçalves de Vasconcelos (Acadêmica da Universidade do Estado do Amazonas).

Vanusa do Nascimento (Enfermeira, Gerontóloga, Coordenadora da Policlínica da Fundação Universidade Aberta da Terceira Idade, da Universidade Federal Fluminense).



INTRODUÇÃO

O quantitativo populacional de idosos tem apresentado um crescente aumento mundial, e seguindo todo esse processo, o Brasil também vem mostrando nas últimas décadas dados notórios de um intenso processo de envelhecimento da sua população. O Brasil está indicado como um dos países que mantem um ritmo acelerado do índice de envelhecimento. De acordo com as estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o país passará de 19,6 milhões, o que representava 10% da população brasileira no ano de 2010, para 66,5 milhões de pessoas, no ano de 2050, tornando o número de idosos 29,3% da população (BRASIL, 2010; WINCK, 2016).

A longevidade alcançada pela população brasileira pode ser encarada como uma vitória, entretanto, os avanços conquistados para tal feito não garantem em sua totalidade a qualidade da existência prolongada a esse grupo etário no país, pois os idosos ainda tem que encarar um país de desigualdades, economicamente frágil que dispõe de poucos recursos financeiros, apresentando um serviço de saúde que não atende em sua totalidade as necessidades adequadas (QUEIROZ, 2007; WINCK, 2016)

O envelhecimento populacional já é visto como um desafio nos países desenvolvidos, pesando ainda mais nos países em desenvolvimento, pelo fato dessa mudança etária tornar indispensável à adequação dos serviços para proporcionar qualidade de vida e manter o compromisso com os direitos da população de idosos (LUZ et al., 2014). Dentro dessa expectativa, emerge a preocupação com relação à violência contra a pessoa idosa, considerada um problema de saúde pública, com tendência a aumentar proporcionalmente ao envelhecimento da população mundial (FLORÊNCIO, 2014)

As informações sobre violência e maus tratos contra a pessoa idosa são historicamente inconsistentes, sendo impossível dimensioná-las em sua abrangência por se tratar de um problema subdiagnosticado e subnotificado no país, se igualando a elevada subnotificação em termos mundiais (PASCAROLO, FONTANARI, PINTINHA, 2015; BRASIL 2014)

Florêncio (2014) afirma que as ações de rastreamento para identificação de pessoas idosas em condição de violência, ou em situações de vida que caracterizam maior risco e vulnerabilidade para se tornar vítima, ainda é uma prática não identificada na Atenção Básica brasileira, e tal método poderia colaborar com a captação de informações sobre casos de violência nesse grupo etário. O Brasil não apresenta ferramentas de rastreamento de violência contra a pessoa idosa que tenha passado por processo de adequação transcultural para ser usado no país, e os instrumentos de origem estrangeira

que passaram pelo processo de adaptação, não são sugeridos pelo Ministério da Saúde em seus cadernos de atenção básica. Outra limitação brasileira relacionada à temática é o fato dos profissionais estarem despreparados para identificar e lidar com a questão da violência contra a pessoa idosa, o que contribui para que o problema continue passando despercebido e subnotificado no país.

Os profissionais da saúde têm grande responsabilidade na prevenção, diagnóstico e tratamento da violência contra a pessoa idosa, portando o dever de organizar serviços para prestação de cuidados, proporcionando procedimentos adequados através de profissionais preparados e sensibilizados, garantindo o acesso e acessibilidade, tratando com respeito e dignidade as questões referentes à violência e maus tratos aos idosos.

O município de Parintins, no Amazonas, não apresenta dados que demonstrem de maneira consistente a ocorrência de violência e maus tratos contra a pessoa idosa e as práticas de rastreamento na Atenção Básica não são identificadas, para que possa ser possível a mensuração de forma ativa das situações de violência. Partindo dos questionamentos acima mencionados, decidiu-se identificar a ocorrência de violência e maus tratos contra a pessoa idosa cadastrada nos grupos de convivência da cidade de Parintins no estado do Amazonas.

A importância deste trabalho se fez pela necessidade de identificar a real situação de violência em que vivem os idosos na cidade de Parintins, para que os dados coletados sirvam de subsídios para futuras pesquisas sobre o assunto no município, e proporcionar uma atuação mais direcionada e personalizada dos profissionais da saúde, na prevenção, identificação e no combate da violência contra pessoas idosas, contribuindo para uma melhora da qualidade de vida.

OBJETIVO

Identificar a ocorrência de violência em idosos e avaliar sua associação com a funcionalidade familiar e fatores sociodemográficos.

SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

O processo de envelhecimento deve ser compreendido em suas várias dimensões, como um processo natural que caracteriza uma etapa da vida, influenciado por mudanças nos fatores biológicos, sociais e psicológicos que interagem de maneira contínua, acometendo os indivíduos que alcançam a longevidade etária (VELOSO, 2015). As alterações biológicas se caracterizam pela conjunção de

modificações orgânicas, morfológicas e funcionais que acarretam a diminuição paulatina do funcionamento dos órgãos e sistemas, possibilitando o aumento de incapacidade e patologias pela perda da aptidão de adaptação do corpo ao meio, o que caracteriza aumento da probabilidade de morte pelo indivíduo (JACOB, 2013). No nível social são comuns as alterações no desempenho dos papéis no âmbito familiar e ocupacional, o que resulta em uma diminuição na participação da atividade em sociedade, podendo levar a pessoa idosa ao isolamento. Tais situações costumam modificar mudanças psicológicas manifestadas por mudanças de atitudes, onde os indivíduos podem apresentar perda da memória ou maior dificuldade para raciocinar, estando estas alterações relacionadas à repercussão psicológica referente à alteração sofrida pelo corpo e à fatores externos, podendo favorecer o desenvolvimento de perturbações mentais ou comportamentais (VELOSO, 2015; MAIA et al., 2019).

Envelhecer e sofrer essas modificações é um processo inerente a todos os seres humanos, as situações vividas durante as fases anteriores é o que determina as variáveis que serão sugestivas de quão excelente ou ruim será a qualidade de vida nesta faixa etária. Além das alterações próprias do processo de envelhecimento que são consideradas normais da idade, os idosos estão cada vez mais vulneráveis as situações de violência, o que desencadeia aspectos negativos para a velhice, como baixa qualidade de vida, estresse psicológico, falta de segurança, lesões e traumas, assim como o aumento da morbidade e mortalidade (OMS, 2005; SANTOS et al., 2018). Além disso, as desigualdades encontradas na sociedade acabam originando outras ações desnecessárias que dão origem aos quadros de violência que costumamos observar. São os preconceitos e desrespeitos contra a pessoa idosa, sendo consequência do estigma de limitações funcionais e sociais trazidas pelo envelhecimento, onde o idoso é caracterizado como uma carga para família e aos que prestam cuidados, o que acarreta a exclusão familiar e social do indivíduo, podendo mascarar a identificação de casos de violência e maus tratos (OLIVEIRA et al., 2013).

O termo violência é bastante utilizado nas literaturas, no entanto, é comum observar o emprego de outros termos como a “agressão”, “abuso” e “maus tratos”, que independente de outros autores buscarem diferenciações mínimas entre estes, também apresentam o mesmo sentido (MINAYO, 2008; MUCHEMBLED, 2012). Minayo (2008) propôs a definição geral de violência, indicando as diversas ações e eliminando as distinções dos grupos que podem ser acometidos. Denomina a violência como o abuso de força e de poder, omissão ou coação direta ou indireta, de um ser humano contra outro, nos diferentes grupos etários, nas diferentes classes sociais, gênero, ou instituição, que podem ser impetrados por diversos métodos e meios, causando danos físicos, mentais e morais.

A Organização mundial da Saúde – OMS e o Estatuto do Idoso definem maus tratos contra a pessoa idosa como qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause danos ou incômodo à pessoa idosa. Minayo (2008) amplia a definição da OMS com o intuito de melhorar a compreensão do conceito, destacando que violência à pessoa idosa é uma ação ou omissão cometida uma vez ou muitas vezes, prejudicando a integridade física e emocional das pessoas desse grupo etário e impedindo o desempenho de seu papel social, acontece como uma quebra de expectativa positiva dos idosos em relação às pessoas e instituições que os cercam como os filhos, cônjuge, parentes, cuidadores e sociedade em geral.

Lee et al. (2018) e Minayo (2008) relatam que a natureza da violência contra a pessoa idosa pode se manifestar de diversas formas como: abuso físico, sexual, psicológico, abandono, abusos econômicos, financeiros e patrimoniais, negligência e autonegligência, onde cada tipo apresenta suas particularidades. Mas, de forma geral, são ações ou omissões que podem provocar lesões graves físicas, emocionais e até mesmo a morte do idoso.

A violência física constitui a forma de violência mais visível e costumam acontecer por meio de lesões como empurrões, beliscões, tapas, ou por outros meios mais letais como agressões com cintos, objetos caseiros, armas brancas e armas de fogo. A violência sexual contra a pessoa idosa é caracterizada como ato sexual de caráter homo ou heterossexual que visa obter excitação ou satisfação sexual do agressor, podendo por relação de poder usando a força física, coerção ou intimidação psicológica e ameaças. A violência de caráter sexual inclui os atos de carícias não desejadas, penetração oral, anal ou vaginal, com pênis ou objetos de forma forçada, exibicionismo e masturbação forçada, uso de linguagem erotizada em situação inadequada, ser forçado a ter ou presenciar relações sexuais com outras pessoas além do casal e impedimento do uso de preservativo (BRASIL, 2014).

Com relação ao abuso psicológico, considera-se toda agressão verbal e gestual, ou também omissão, que corresponde a todas as formas de menosprezo, de desprezo e de preconceito e discriminação que causa ou visa causar dano à autoestima, trazendo como consequência tristeza, isolamento, solidão, sofrimento mental e, frequentemente a depressão. Já o abuso econômico, financeiro e patrimonial se refere, especialmente, ao uso indevido, ilegal ou não consentido dos recursos financeiros da pessoa idosa, que ocorre principalmente dentro do ambiente familiar, podendo também ocorrer nas instituições prestadoras de serviço, que se refere às disputas de posses ou dos bens ou ações criminosas cometidas por órgãos públicos e privados que envolvem pensão ou aposentadoria. Essa

forma de violência inclui também os roubos, destruição de bens pessoais ou de bens da sociedade matrimonial como residência, móveis, utensílios domésticos, terras, recusa a participar nos gastos básicos para a sobrevivência da família, uso de recursos econômicos da pessoa idosa, tutelada ou incapaz (BRASIL, 2006; BRASIL, 2014; MINAYO, 2008).

O abandono e a negligência são caracterizados pela falta de atenção para atender às necessidades da pessoa idosa, que pode ser explicado pelas situações que ocorrem nas instituições de atendimento à saúde, de prestação de serviços, no desleixo dos órgãos fiscalizadores de abrigos, ou o abandono por parte familiar, que independe da forma causam antecipação do sofrimento e adoecimento depressão; e a autonegligência é o ato de abusa da pessoa contra si mesma, que conduz a morte lenta ou até mesmo a tentativa de suicídio, ocorre quando o idoso perde o gosto pela vida, negando-se a realização das atividades de necessidade básicas humanas, demonstrando subliminarmente a vontade de morrer (MINAYO, 2008).

A violência contra a pessoa idosa pode ainda se manifestar de três formas distintas, definidas como estrutural, interpessoal e institucional, podendo ocorrer todas de maneira simultânea, pois tal grupo etário apresenta maior vulnerabilidade, principalmente nos casos de múltiplas dependências e incapacidades (BRASIL, 2014, MINAYO, 2008).

Quanto a violência intrafamiliar, também denominada como interpessoal, é aquela que acontece dentro do âmbito familiar, podendo ocorrer dentro de casa ou fora dela, especificamente nas relações de parentesco natural, pelo pai, mãe, filha/filho, ou através de vínculos civis como marido/esposa, nora/genro e até mesmo através de laço de afinidade e afetividade, caracterizando os primos ou parente do marido ou da esposa, amigo ou amiga que moram na mesma casa (BRASIL, 2006). Um conceito similar ao de violência intrafamiliar é o conceito de violência doméstica, que se diferencia do familiar por envolver as limitações de outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico, que envolve até mesmo os considerados agregados e empregado doméstico (BRASIL, 2010).

A disfuncionalidade familiar, identificada através de vínculos familiares superficiais e instáveis, que comprometem a dinâmica familiar e manutenção dos sistemas que compõe a família, podendo ser potencializador de hostilidade e agressividade entre os membros (BRASIL, 2006). A família é composta por subsistemas, e todos os seus membros necessitam desempenhar um papel para que esse sistema funcione, mesmo sofrendo constante interação, afetando e sendo afetado pelos problemas da

sociedade, sejam eles sociais, históricos ou econômicos, sempre buscando o equilíbrio e a funcionalidade familiar (BRASIL, 2014; LEE et al., 2018). O funcionamento familiar nem sempre é baseado em harmonia, contribuindo para o aparecimento de agravos nos membros familiares, dando destaque nos idosos por apresentarem maior vulnerabilidade, podendo acarretar o desequilíbrio, a disfuncionalidade familiar.

A vítima de violência apresenta o medo de sofrerem retaliações e ou ser deixada abandonada, ocultando as ações de violência dentro do âmbito familiar, por acreditar que ainda existe algum nível de confiança entre ela e seu agressor, não realizando denúncia, o que acaba perpetuando as ocorrências dos atos de violência (MAIA et al., 2019).

Repetidamente a pessoa idosa se cala sobre os abusos físicos que sofre e se isola para que outros não tomem conhecimento desse tipo de violência, dificultando a identificação dos casos em tempo hábil, o que acarreta danos mentais e prejudicando a qualidade de vida pela perpetuação do problema (RODRIGUES et al., 2010).

As discussões referentes à violência e maus tratos a contra pessoa idosa, só começaram a apresentar relevância no ano de 1975, quando Baker e Burston descreveram o tema em revistas científicas britânicas como “espancamento de avós”, impulsionando as primeiras pesquisas para fundamentação de ações na tentativa de combater o problema (BRASIL, 2014).

No Brasil as questões referentes à violência e maus tratos só começaram a ganhar notoriedade na década de 90, quando a preocupação com a qualidade de vida dos idosos entrou na agenda da saúde pública brasileira. Assim, as pesquisas sobre a violência passaram a estar relacionadas à saúde, devido ao reconhecimento que permitiu esta ser abordada através do aspecto de saúde da população. Entretanto, somente através da Assembleia Mundial de Saúde realizada em 1996, a violência foi declarada definitivamente um problema de saúde pública (DAHLBERG, KRUG, 2007)

Em 1994, foi constituída a Política Nacional do Idoso (PNI), mediante aprovação da Lei nº 8.842/94, que tinha como objetivo garantir a população de idosos os seus direitos para promoção da autonomia e participação na sociedade, no entanto essa legislação não foi devidamente aplicada, em decorrência das contradições dos textos legais e o desconhecimento de seu conteúdo (BRASIL, 2014). Porém, em 1999 foi lançada a Política Nacional de Saúde do Idoso pelo Ministério da Saúde, através da portaria

nº 1.395/GM, que possuía a vertente preventiva para a promoção da saúde e a realização de atendimento multidisciplinar específico (BRASIL, 2014).

Somente em 2002, na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento na cidade de Madri, onde se propôs a revisão do Plano de Ação de Viena de 1982, que se notou a aceleração do aumento significativo da população de idosos, onde foi proposto para as lideranças dispor de meios que favorecessem o envelhecimento ativo e com qualidade aos idosos. Em 2003, após sete anos de tramitação no Congresso Nacional, foi sancionado o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, com a finalidade de garantir os direitos aplicados pelas políticas públicas voltadas à pessoa idosa, com um olhar compreensivo da diversidade e por um período prolongado (BRASIL, 2014).

No que diz respeito à violência, o Estatuto do Idoso veio a contribuir nos casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra idosos, determinando a necessidade de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos ou privados à autoridade sanitária, bem como a obrigatoriedade de comunicação por eles a quaisquer dos seguintes órgãos: autoridade policial; ministério público; conselho municipal do idoso, conselho estadual do idoso; conselho nacional do idoso.

METODOLOGIA

Esse projeto faz parte de um projeto macro intitulado “Avaliação multidimensional dos idosos da cidade de Parintins, Amazonas”, no qual foram aplicados diversos instrumentos de investigação com o intuito de atender os objetivos deste estudo. Os resultados aqui apresentados mantêm foco na violência e maus tratos contra a pessoa idosa.

Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal e abordagem quantitativa, envolvendo idosos da cidade de Parintins - AM. O enfoque quantitativo pauta-se na objetividade e prevê a mensuração de variáveis pré-estabelecidas através da coleta de dados com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros, para verificar e explicar a influência de tais variáveis uma sobre as outras, mediante análise de frequência de incidência e correlações estatísticas (GERHARDT, SILVEIRA, 2009)

A população foi composta por idosos de 60 anos e mais participantes dos 11 grupos de convivência distribuídos na cidade de Parintins, coordenados pela Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Habitação - SEMASTH. O município de Parintins possui 114. 273 habitantes e é o segundo

mais populoso do estado, e está distante 372 quilômetros em linha reta da capital Manaus, com acesso somente por via fluvial e aérea.

Para definição da amostra foi utilizado o método de Amostragem probabilística aleatória simples apresentando erro amostral de 5% ao nível de significância de 95%. Considerando o total da população cadastrada de 1286 idosos, foi extraída uma amostra representativa com 296 e, posteriormente, realizada estratificação da amostra nos grupos de convivência.

O critério de inclusão foram ter 60 anos ou mais e estar cadastrado nos grupos de idosos da SEMASTH, com capacidade cognitiva preservada, avaliada a partir do instrumento de Mini Avaliação Mental, que não será abordado nesse estudo, e os idosos que aceitaram participar mediante explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não se enquadravam na pesquisa os idosos pertencentes a qualquer etnia indígena.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESA), da Universidade do Estado do Amazonas e aprovado pelo Parecer: 2.363.992, a fim de garantir os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CONEP) e, logo após a sua aprovação, foi iniciada a pesquisa.

Os procedimentos de coleta de dados foram realizados nos meses de março a dezembro de 2019, contando em 3 fases em sua execução: a fase I consistiu na explanação dos processos e objetivos do projeto aos coordenadores e aos idosos, com posterior agendamento para o início das atividades; a fase II consistiu na realização da primeira entrevista com a aplicação do Mini Exame do estado Mental – MEM, cujo objetivo foi identificar a capacidade cognitiva dos idosos; a fase III consistiu na entrevista com aplicação de todo o instrumento e aferições necessárias à pesquisa.

Para a identificação das condições socioeconômicas e demográficas dos idosos, foi aplicado um questionário padronizado, com as variáveis gênero, idade, coabitação, nível de escolaridade, situação conjugal, religião, renda e problemas de saúde autopercebidos.

Para avaliação de violência e maus tratos, foi utilizado o Instrumento de Avaliação de Violência e Maus Tratos Contra a Pessoa Idosa, desenvolvido em Porto Rico, recomendado pelo Ministério da Saúde no caderno de atenção básica nº 19, sendo composto por 14 perguntas com questões de auto avaliação que investiga a violência física, psicológica, abuso financeiro e econômico, sendo aplicado com a pessoa idosa em lugar reservado e a mesma não estando acompanhada de terceiros para evitar

situações constrangedoras e a indução de respostas inverídicas por parte dos idosos (BRASIL, 2006 e DUQUE et. al., 2012). O entrevistado respondeu se sofreu ou não, de modo recente, alguma forma de violência, através de pergunta realizada de forma indireta, considerando a resposta positiva a qualquer um dos itens como presença de violência contra a pessoa idosa, sendo esse o critério usado na pesquisa (DUQUE et. al., 2012).

Utilizou-se ainda o formulário do Apgar da Família, de uso do Ministério da Saúde, considerando funcionalidade familiar, disfuncionalidade familiar e moderada disfuncionalidade, sendo consideradas famílias funcionais os resultados de 7 a 10 pontos (BRASIL, 2006).

Os dados quantitativos foram tabulados e apresentados em planilha eletrônica Excel, sendo posteriormente calculadas as frequências absolutas simples para os dados categóricos. Na análise dos dados quantitativos foi calculada a média e o desvio-padrão para os dados que apresentavam distribuição normal por meio do teste de Shapiro-Wilk ao nível de 5% de significância, já nos casos onde a hipótese de normalidade foi rejeitada foi calculada a mediana e os quartis (Qi). Na estimativa do resultado do instrumento ainda foram calculados os respectivos Intervalos de Confiança ao nível de 95% (IC95%). Já no caso de rejeição da hipótese de normalidade foi aplicado o teste de Mann-Whitney e na comparação das proporções dos dados categorizados foi aplicado o teste do qui-quadrado de Pearson. O software utilizado na análise foi o programa Minitab versão 17 e o nível de significância fixado na aplicação dos testes estatísticos foi de 5%.

RESULTADOS

Dos 296 entrevistados, 38,52% foram identificados como sendo vítimas de violência, a maioria do sexo feminino (60,5%). Na amostra a faixa etária das vítimas apresenta uma mediana de idade de 71 anos e moram com 3 pessoas, em média. Os que mais sofreram violência possuíam nenhum nível de escolaridade ou um baixo nível, porém a escolaridade não apresentou significância estatística em relação à violência e maus tratos contra a pessoa idosa nesta pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1. Comparação do resultado do IAV em relação ao gênero, idade, coabitação e nível de escolaridade dos idosos cadastrados nos centros de convivência no município de Parintins - AM. 2019

<i>Variáveis</i>	<i>Sofreu alguma violência</i>				<i>Total</i>	<i>P</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>			
	<i>f_i</i>	<i>%</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>		
Gênero						0,473*
Masculino	48	41,0	69	59,0	117	
Feminino	66	36,9	113	63,1	179	
Idade						0,518**
Q ₁ - Mediana - Q ₃	66 - 71 - 76		66 - 72 - 77			
Número de pessoas na casa						0,894**
Q ₁ - Mediana - Q ₃	2 - 3 - 5		2 - 3 - 5			
Escolaridade						0,070*
Nenhuma	30	48,4	32	51,6	62	
Ensino Fundamental	80	37,9	131	62,1	211	
Ensino Médio	2	11,8	15	88,2	17	
Superior	2	33,3	4	66,7	6	

f_i = frequência absoluta simples; Q_i = quartis; D_p = desvio-padrão; *qui-quadrado de *Pearson*; **teste de *Mann-Whitney*. Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

Em relação a variável de situação conjugal, 65% afirmaram ser casados ou em união estável e destes 34,6% foram identificados como vítima de violência. Entretanto, notou-se maior percentual de violência com idosos solteiros e divorciado, demonstrando significância estatística ($p= 0,013$) (Tabela 2).

Tabela 2. Comparação do resultado do IAV em relação à situação conjugal, religião, renda e problemas de saúde dos idosos cadastrados nos centros de convivência no município de Parintins - AM. 2019

<i>Variáveis</i>	<i>Sofreu alguma violência</i>				<i>Total</i>	<i>P</i>
	<i>Sim</i>		<i>Não</i>			
	<i>f_i</i>	<i>%</i>	<i>f_i</i>	<i>%</i>		
<i>Situação conjugal</i>						<i>0,013*</i>
<i>Casado e União estável</i>	52	34,6	98	65,3	150	
<i>Solteiro</i>	14	58,3	10	41,7	24	
<i>Viúvo</i>	30	33,7	59	66,3	89	
<i>Divorciado</i>	18	54,6	15	45,4	33	
<i>Religião</i>						<i>0,073*</i>
<i>Católico</i>	96	37,4	161	62,6	257	
<i>Evangélico</i>	13	39,4	20	60,6	33	
<i>Outra</i>	5	83,3	1	16,7	6	
<i>Renda em SM</i>						<i>0,441*</i>
<i>< 1</i>	14	42,4	19	57,6	33	
<i>1 --- 2</i>	85	39,7	129	60,3	214	
<i>≥ 2</i>	15	30,6	34	69,4	49	
<i>Problemas de saúde</i>						<i>0,192*</i>
<i>Sim</i>	96	40,3	142	59,7	238	
<i>Não</i>	18	31,0	40	69,0	58	

f_i = frequência absoluta simples; Q_i = quartis; D_p = desvio-padrão; *qui-quadrado de *Pearson*; Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

No que diz respeito a variável religião 80,85% disseram-se católicos, com 37% deles tendo sofrido violência. A renda mensal foi de 1 a 2 salários mínimos (72,3%), onde destes 39,7% relataram violência, porém os que afirmaram viver com menos de um salário mínimo apresentaram 42,4% dos casos de violência; 80,42% declararam algum problema de saúde e, destes, 40,3% relataram ter sofrido atos violentos (Tabela 2).

Quanto ao Apgar da Família, cada escore exibido, indica condições de funcionalidade familiar, disfuncionalidade familiar e moderada disfuncionalidade, sendo consideradas famílias funcionais os resultados de 7 a 10 pontos (BRASIL, 2006). A tabela 3 mostra que a funcionabilidade representou a maioria dos idosos, no entanto a violência ocorreu nas que apresentaram nível de disfuncionalidade

moderada (55,3%) e disfuncionalidade familiar (61,9%), apresentando relevância estatística ($p=0,003$) (Tabela 3).

Tabela 3. Comparação do resultado do IAV em relação aos dados sociodemográficos e renda dos idosos atendidos em uma unidade de saúde do município de Parintins - AM. 2019

Variável	Sofreu alguma violência				Total	P
	Sim		Não			
	f_i	%	f_i	%		
APGAR						<i>0,003*</i>
< 5	13	61,9	8	38,1	21	
5 --- 7	21	55,3	17	44,7	38	
≥ 7	80	33,8	157	66,2	237	

f_i = frequência absoluta simples;; *qui-quadrado de *Pearson*; Valor de p em negrito itálico indica diferença estatística ao nível de 5% de significância.

A utilização do Instrumento de Avaliação de Violência e Maus-tratos Contra a Pessoa Idosa proporcionou nessa pesquisa a identificação de 114 idosos como vítimas de violência, do total de 296 entrevistados, o que caracteriza uma prevalência de 38,5%. A prevalência de violência contra idosos no presente trabalho foi superior à observada em estudos realizados no Brasil que utilizaram o mesmo instrumento de pesquisa em sua metodologia, mas em populações distintas, como o estudo de Duque *et al.* (2012), que a apresentou uma prevalência de 20,8%, e Florêncio (2014) com 35,4%. Os dados comparativos indicam a relevância da ocorrência de violência contra a pessoa idosa no município Parintins.

Houve certa equivalência entre os sexos na ocorrência de violência, porém os idosos do sexo masculino desta pesquisa apresentam índice maior, igualando-se a estudo realizado por Correia *et al.* (2012) que, ao analisarem os prontuários referentes aos atendimentos em cirurgia geral de vítimas de agressão com idade ≥ 60 anos em Recife – Pernambuco, identificou que 63% das vítimas como sendo do sexo masculino. Silva e França (2015) ao entrevistarem idosos na delegacia do idoso no Rio de Janeiro, identificaram maior emissão de boletins de ocorrência por idosos do sexo masculino. Da mesma forma, Gaioli e Rodrigues (2008), realizaram análises de laudos de exames de corpo de delito de idosos que sofreram violência por familiares como filhos, netos, genros e noras, em ambiente domiciliar, demonstrando que o maior quantitativo de vítimas estava em 58,6% do sexo masculino. Esses estudos corroboram com a pesquisa realizada em Parintins, identificando que os homens idosos são as maiores vítimas de violência, embora ambos os sexos estejam sujeitos a esse problema na sociedade.

Com relação a idade, a pesquisa identificou que 50% dos idosos que afirmaram ter sofrido violência estava na mediana de 71 anos. As pesquisas referentes à violência mostram que a idade das vítimas varia entre 60 a 69 anos, como mostra o estudo de Duque *et al.* (2012). No entanto, estudo realizado por Carmona-Torres (2017) apresentou média de idade de 74,91 anos. Apesar das literaturas apontarem que os maiores índices de violência acometem os idosos mais velhos, em decorrência das alterações em decorrência da idade, os demais estudos apresentam dados de maneira discrepante, ambos não apresentando relevâncias estatísticas por essa variável. É importante lembrar que os idosos que participam normalmente de pesquisas com este formato, são idosos independentes ou parcialmente dependentes, sendo que a literatura aponta que a violência é mais presente em idosos dependentes e que estão em um estágio mais avançada de longevidade.

No número de pessoa que coabitam com o idoso, a maioria morava com uma mediana de 3 pessoas. As literaturas afirmam que os idosos que convivem com maior número de pessoas no domicílio, apresentam maior ocorrência de violência, como mostra a pesquisa de Rodrigues (2015), que identificou maior porcentagem de violência nas vítimas que moravam com 3 a 4 pessoas.

A escolaridade não se mostrou como um fator estatisticamente associado à violência, porém os dados mostraram que os idosos com níveis mais baixos de escolaridades sofreram mais violência. Da mesma forma, o estudo de Guimarães *et al.*, (2016), encontrou maiores porcentagens de violência em idosos analfabetos (30,7%) e que possuíam apenas o ensino fundamental (15,6%). Todavia mesmo que sejam identificadas as porcentagens maiores para aqueles que declaram não ter nenhuma escolaridade, não se pode assumir que quanto menos o nível de instrução maior será a ocorrência de violência. Morais *et al.* (2008), por exemplo, identificou ocorrência de violência em 20,0% em pessoas com 11 anos ou mais de estudos.

Com relação a situação conjugal, os dados mostraram as maiores proporções de violência aos idosos que referiram ser solteiros ou divorciados, o que se assemelha à pesquisa de Mascarenhas *et al.* (2012), onde 58,1% das pessoas não tinham cônjuge. No estudo de Bolsoni *et al.* (2016), os idosos solteiros ou divorciados apresentaram 66% maior chance de sofrer violência. Segundo Florêncio (2014), a presença de uma relação conjugal estável, com convivência baseado em harmonia, apresenta-se como um fator de proteção da violência contra a pessoa idosa. Os idosos com renda mensal de 1 salário apresentaram maior porcentagem de violência, corroborando com estudos de Faustino, Gandolfi e Moura (2014).

Para Oliveira *et al.* (2012), não é apenas o nível socioeconômico o fator determinante para que a violência aconteça, mas outros fatores contribuem para isso, como a falta de capacidade dos familiares, as condições de insuficiência econômica e financeira e a existência de história de violência

na própria família, os quais impulsionam os familiares a violentarem os seus idosos. Ao comparar a avaliação de violência e maus tratos contra pessoa idosa com a Escala APGAR de Família, encontrou-se dados semelhantes ao estudo realizado por Carmona-Torres *et al.* (2015), na Bolívia, que identificou 83,33% de famílias disfuncionais com ocorrência de violência, reafirmando que o funcionamento da estrutura de uma família exerce influência nas ocorrências de violência e maus tratos contra os idosos.

CONCLUSÃO

A pesquisa revela uma prevalência alta de violência contra a pessoa idosa no município de Parintins, indicando que ela prevalece em idosos em situações de vulnerabilidade sociodemográficas e insuficiência familiar. Os serviços de proteção e acolhimento devem dar maior atenção ao fenômeno. Os resultados evidenciam a importância do rastreamento dos dados, tanto para conhecimento da situação, quanto para subsidiar políticas públicas de combate a essa violência.

Como possibilidade de novos estudos, sugere-se o levantamento de dados sobre violência familiar em todas as instâncias de atendimento social e de saúde ao idoso.

REFERÊNCIAS

BOLSONI, C.C; COELHO, E.B.S.; GIEH, M.W.C.; D'ORSI, E. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, 19(4):671-682, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. 1. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências no Brasil. Departamento de informática do SUS – DATASUS, 2010 – 2014.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Brasil: manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar. / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República; Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. — Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014.

CARMONA-TORRES, J.M.; CARVALHAL-SILVA, R.M.; VIERA-MENDE, M.H.; RECIO-ANDRADE, B. *et al.* Maus-tratos no ambiente familiar contra idosos nas Ilhas dos Açores¹. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 25:e2932, 2017.

CORREIA, T.M.P.; LEAL, M.C.C; MARQUES, A.P.O.; SALGADO, R.A.G. *et al.* Perfil dos idosos em situação de violência atendidas em serviço de emergência em Recife – PE. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro; 15(3):529-536, 2012.

DAHLBERG, L.L.; KRUG, E.G. Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(Sup): 1163-1178, 2007

DUQUE, A.M.; LEAL, M.C.C.; MARQUES, A.P.O. ESKINAZI, F.M.V. *et. al.* Violência contra idosos no ambiente doméstico: prevalência e fatores associados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(8):2199-2208, 2012

FAUSTINO, A.M.; GANDOLFI, L.; MOURA, L.B.A. Functional capability and violence situations against the elderly. *Acta paul. enferm.*, São Paulo. 27(5):392-398. 2014.

FLORÊNCIO, M.V.D.L.. Rastreamento de Violência Contra Pessoas Idosas Cadastradas pela Estratégia de Saúde da Família em João Pessoa-PB. Tese (Doutorado em Gerontologia Biomédica) – Faculdade de Medicina, PUCRS. Porto Alegre, 2014.

GAIOLI, C.C.L.O.; RODRIGUES, R.A.P. Ocorrência de maus-tratos em idosos no domicílio. *Rev Latino-am Enfermagem*, maio-junho; 16(3), 2008

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T.. Métodos de pesquisa / [organizado por] Tatiana Engel Gerhardt e Denise Tolfo Silveira ; coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

Guimarães, D.B.O.; Mendes, P.N.; Rodrigues, I.S.; Feitosa, C.D.A. *et. al.* Caracterização da pessoa idosa vítima de violência. *Rev. enferm. UFPE on line*; 10(supl.3): 1343-1350, abr. 2016. *ilus*

Jacob, L. Envelhecimento da população. In Jacob, Luís; Santos, Eduardo; Pocinho, Ricardo; Fernandes, Hélder (eds.) *Envelhecimento e Economia Social: Perspetivas Atuais*. Viseu: Psicossoma, 43-49, 2013

LEE, J.L.; BURNETT, J.; XIA, R.; SMITH, S.M.; DYE R. Feasibility of intervention in elder self-neglecters: Setting the stage for future research. *J Elder Abuse Negl.* March; 30(3): 223–235, 2018.

Luz, E.P.; Dallepiane, L.B.; Kirchner, R.M.; Silva, L.A.A.; Silva, F.P. *et al.* *Rev. bras. geriatr. gerontol*, 17(2): 303-314, 2014. *Tab*

MAIA, P.H.S.; FERREIRA, E.F.; MELO, E.M.; VARGAS, A.M.D. A ocorrência da violência em idosos e seus fatores associados. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(Suppl 2):71-7.

MASCARENHAS, M.D.M. *et al.* Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 17(9): 2331-2341, set, 2012.

MINAYO, M.C.S. Violência e maus tratos contra a pessoa idosa. É possível prevenir e superar. In: BORN, Tomiko. *Cuidar Melhor e Evitar a Violência – Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Brasília, 2008. cap. 4, p. 34 -45.

MORAIS, C.L; APRATTO JUNIOR, P.C.; REICHENHEIM, E.M.. Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa

Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(10):2289-2300, out, 2008

MUCHEMBLED, R. História da violência: do fim da Idade Média aos nossos dias. Rio de Janeiro, RJ: Forense Universitária, 2012.

Oliveira, A.A.V.;Trigueiro, D.R.S.G.; Fernandes, M.G.M.; Silva, A.O. Maus-tratos a idosos: revisão integrativa da literatura. Rev Bras Enferm, Brasília, jan-fev; 66(1): 128-33, 2013.

OLIVEIRA, M.L.C.; GOMES, A.C.G. AMARAL, C.P.M.; SANTOS, L.B. *et al.* Características dos idosos vítimas de violência doméstica no distrito federal. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. , Rio de Janeiro, 15(3): 555-566, set, 2012

OMS. Organização Mundial de Saúde. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

PASCAROLO, L.R.; FONTANARI, L.A.; PINTINHA, M.E. Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. Revista de Teorias e Práticas Educacionais –RTPE. 6(1):05-09, 2015.

QUEIROZ, Z.P.V. Quem cuida de quem cuida?. SÃO PAULO, Secretaria da Saúde. Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa. 1. ed. São Paulo, 2007. cap. 3, p. 18 -20.

RODRIGUES, T. P.; MOREIRA, M.A.S.; SILVA, A.O.; SMITH, A.A.F.*et al.* Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. Esc Anna Nery (impr.), out-dez; 14 (4):772-778, 2010.

SANTOS, T.D.; VIERA, G.B.; MACHADO, A.S.; TAVARES, D.I. *et al.* Casos notificados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em idosos no município de Santa Maria-RS. Saúde (Santa Maria), 44(2):1-12, 2018

SILVA, E.A.; FRANÇA, L.H.F.P. Violência contra idosos na cidade do Rio de Janeiro. Estudo e Pesquisa em Psicologia. Rio de Janeiro, 15(1), 2015.

VELOSO. A.S.T. Envelhecimento, Saúde e Satisfação: Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Economia da Universidade de Coimbra, 2015.

WINCK, D.R. Envelhecimento e violência: reflexões para o cuidado. Anuário Pesquisa E Extensão. Unoesc Videira, 1, e11543, 2016.

Capítulo 59

ESTÁGIO EM DOCÊNCIA NA FORMAÇÃO DO PROFESSOR DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

[DOI: 10.37423/200400761](https://doi.org/10.37423/200400761)

Maria Luiza Carvalho de Oliveira (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

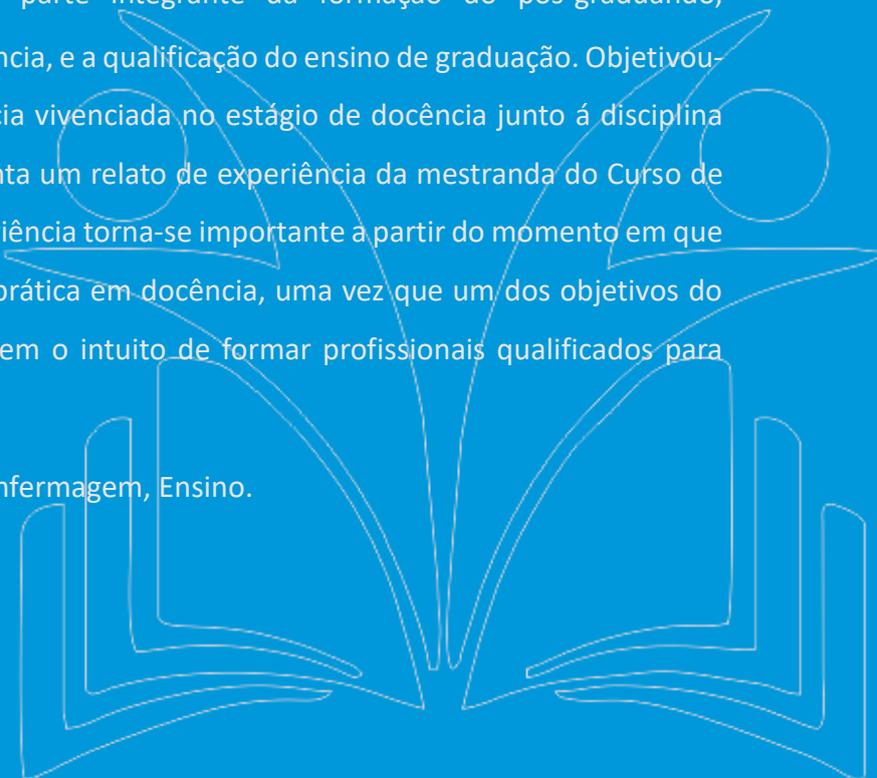
Sonia Rejane de Senna Frantz (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Elielza Guerreiro Menezes (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Nair Chase da Silva (Enfermeira. Doutora em Educação. Professora da Escola de Enfermagem de Manaus).

RESUMO: Estágio de docência é parte integrante da formação do pós-graduando, objetivando a preparação para a docência, e a qualificação do ensino de graduação. Objetivou-se neste artigo descrever a experiência vivenciada no estágio de docência junto à disciplina Educação em Saúde. O artigo apresenta um relato de experiência da mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem. Esta experiência torna-se importante a partir do momento em que oferece ao mestrando uma visão da prática em docência, uma vez que um dos objetivos do curso de pós-graduação acadêmico tem o intuito de formar profissionais qualificados para atuar na docência.

Descritores: Estágio de Docência, Enfermagem, Ensino.



INTRODUÇÃO

A pós-graduação *stricto sensu* em Enfermagem no Brasil vem crescendo nos últimos trinta anos e tem contribuído para melhorar a qualificação dos enfermeiros. Observa-se, na atualidade, que os mestres e doutores são mais capacitados para o desenvolvimento de pesquisas, mas também estão sendo preparados para exigências próprias da educação em nível superior¹.

O Estágio de Docência foi instituído pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) em 1999, desencadeando nas instituições que oferecem programas de mestrado e doutorado normas para sua operacionalização. Esta prática é uma atividade curricular para estudantes de cursos de pós-graduação *stricto sensu*. Os cursos de pós-graduação *stricto sensu* foram organizados com o objetivo de formar professores competentes para atender a expansão do ensino superior, elevar os níveis de qualidade do ensino oferecido e contribuir para o desenvolvimento de pesquisa científica².

Os propósitos dos cursos de mestrado e doutorado apontados pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) estão voltados para o desenvolvimento científico-tecnológico, assim como ao preparo para a docência². Tendo em vista a possibilidade de atuação na atividade docente, a CAPES, em 1999³, tornou obrigatória a participação em estágio supervisionado como parte das atividades de bolsistas, alunos de mestrado e doutorado, sob sua tutela apontando para a necessidade de alguma formação de caráter pedagógico para aqueles que, realizando cursos de pós-graduação, têm na atividade docente em nível superior um campo de trabalho possível. Esta atividade está descrita na Resolução 065/99, alterada pela Resolução 013/00 da CAPES⁴.

A normatização da atividade de estágio de docência está contida na Portaria nº 76, de 14 de abril de 2010⁵ que revoga a Portaria Nº 52, de 26 setembro de 2002, da CAPES quando estabelece que o mestrando/doutorando seja inserido em atividades de ensino sob a supervisão do professor orientador⁶.

O estágio de docência é parte integrante da formação do pós-graduando, objetivando a preparação para a docência, e a qualificação do ensino de graduação sendo obrigatório para todos os bolsistas do Programa de Demanda Social⁵. De acordo com esta portaria, fica estabelecido que a duração mínima do estágio de docência será um semestre para o mestrado e a duração máxima será de dois semestres. As atividades do estágio de docência deverão ser compatíveis com a área de pesquisa do programa de pós-graduação realizado pelo pós-graduando.

Sob normas desta portaria, a mestranda teve a oportunidade de realizar o Estágio de Docência como aluna regular do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Amazonas/UFAM. O estágio aconteceu no primeiro semestre de 2012 na disciplina Educação em Saúde contida no Projeto Pedagógico de Curso, ministrada aos alunos do 3º período do Curso de Graduação da UFAM.

A concepção de prática docente buscada no estágio de docência procurou ampliar a dimensão científica da pós-graduação e dos saberes inerentes à profissão de enfermagem na tentativa de afastar-se do “quem sabe fazer, sabe ensinar” para ancorar no conhecimento pedagógico propriamente dito⁷.

OBJETIVO

Descrever a experiência vivenciada no estágio de docência junto à disciplina Educação em Saúde.

METODOLOGIA

Relato de experiência de mestranda do Curso de Mestrado do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem – PPGEnf da Universidade Federal do Amazonas – UFAM em Associação Ampla com a Universidade Estadual do Pará – UEPA. A disciplina Estágio de Docência tem como objetivos oportunizar a formação pedagógica do mestrando em enfermagem e promover a articulação entre a graduação e a pós-graduação.

A participação da mestranda no estágio de docência deu-se, sob supervisão de professor orientador, em todas as fases do desenvolvimento da disciplina Educação em Saúde, objeto do Estágio, transcorrendo desde o planejamento da disciplina e sua execução e durante a avaliação. Nesse processo a mestranda atuou nas seguintes etapas: revisão do plano de disciplina, elaboração de material didático, atuação no ensino, com ministração de aulas teóricas e supervisão nas aulas práticas, atendimento aos alunos e aplicação e correção dos exercícios escolares.

A disciplina Educação em Saúde é oferecida no primeiro semestre do ano letivo, podendo nela matricular-se os alunos que tenham concluído os dois primeiros semestres do curso.

A disciplina tem caráter eminentemente teórico-prático, sendo obrigatória no currículo da graduação. A carga horária total é de 45 horas, das quais 15 horas são destinadas as atividades teóricas em sala de aula e 30 horas destinadas as atividades práticas. Para as atividades práticas, a turma foi dividida em grupos de 7 a 10 alunos. Cada grupo desenvolveu as aulas práticas que consistiram em planejar e

realizar atividades educativas em saúde para grupos específicos, sob supervisão docente. Esse ano optou-se por trabalhar com adolescentes com o objetivo de oportunizar aos acadêmicos uma experiência diferente das até então adotadas na qual sempre foram privilegiados os grupos por agravos prevalentes, em detrimento dos grupos por ciclo de vida e na intenção de ampliar a parceria construída com a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – AM e com a Secretaria Municipal de Educação. Desse modo, privilegiou-se o Programa Saúde na Escola (PSE). A disciplina Educação em Saúde tem como objetivo geral “instrumentalizar os alunos para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde individuais e coletivas que promovam a autonomia e contribuam ao processo de construção da cidadania” sendo abordados os seguintes temas: concepções sobre a educação, comunicação e participação; o Sistema Único de Saúde; o Programa Saúde na Escola; construção do plano educativo; a prática educativa em saúde na formação dos profissionais de saúde/enfermagem⁸.

Na fase de planejamento foi apresentado á mestranda o Plano de Ensino da disciplina e suas interrelações com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Enfermagem e o Projeto Pedagógico de Curso. Como a primeira versão do plano de ensino foi construída, antes da inserção da mestranda, sendo posteriormente aprovada no Departamento de vinculação da disciplina a aproximação da mesma foi acompanhar as mudanças produzidas a partir da aplicação do pré teste aos acadêmicos e definição dos cenários de prática. Nessa fase foram definidos os conteúdos teóricos a serem ministrados pela mestranda e orientado a elaboração do plano de aula. Essa atividade permitiu o resgate dos temas trabalhados na disciplina Metodologia de Ensino e Educação em Enfermagem disciplina eletiva do Curso de Mestrado cursada no semestre anterior.

Na fase de execução do plano de ensino a mestranda colocou em movimento o planejamento da disciplina participando da aplicação do pré teste e seus desdobramentos, inclusão de temas para melhor atender a necessidade de aprendizagem dos alunos, ajustes previstos, haja vista o caráter flexível de todo o planejamento. Participou das atividades em sala de aula que envolveram ministração de aulas teóricas, acompanhamento de dinâmicas de grupo, supervisão e avaliação dos acadêmicos nas aulas práticas . Para realização das aulas práticas a mestranda estabeleceu contato prévio com a escola municipal de educação e com a unidade básica de saúde, ambas situadas na zona oeste do município, espaço no qual as atividades educativas forma realizadas. Os temas trabalhados com os adolescentes foram sugeridos em reuniões tendo como base a programação do PSE, sendo agendados semanalmente.

Na fase de avaliação a mestranda acompanhou sua realização em todas as etapas tanto no bloco teórico quanto prático iniciando-se com a avaliação diagnóstica. Promoveu individualmente a avaliação de desempenho dos acadêmicos após cada atividade educativa realizada. Participou de reuniões de avaliação tanto do desenvolvimento da disciplina quanto do desempenho de seu estágio em docência. Tais reuniões foram balizadas pela ação-reflexão-ação como estratégia de dar sentido a iniciação na prática docente. Nessas ocasiões foram discutidas facilidades e dificuldades enfrentadas, aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo da vida e contribuição dos teóricos da educação na formação do enfermeiro docente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Estágio de Docência proporcionou à mestranda a oportunidade de acompanhar o planejamento, desenvolvimento e avaliação da disciplina, ao participar de reuniões sobre assuntos relativos às especificidades da clientela, dos conteúdos programáticos, dos recursos de ensino, dos objetivos a serem alcançados. Tais discussões foram travadas com professores da disciplina, monitores e acadêmicos matriculados, o que permitiu melhor aproveitamento dos recursos oferecidos e otimizar as aulas teóricas e práticas.

A participação da mestranda deu-se também no preparo de aulas, ministradas sob supervisão da coordenadora da disciplina. A discussão de estratégias de ensino e elaboração de plano de supervisão das atividades práticas foram, também, atividades realizadas. Desse modo foi possível contribuir para a formação dos alunos em diferentes atividades, aproximando teoria e prática, ao mesmo tempo em que promoveu sua própria formação. Desenvolveu e observou o trabalho docente na condução dos alunos no campo da educação para o cuidado, refletindo com os alunos sobre o componente educativo da prática do enfermeiro.

O Estágio de Docência promoveu um encontro da vivência como enfermeira assistencial com a prática pedagógica da docência, o que fez a mestranda meditar sobre sua prática. Analisou como a experiência na assistência de enfermagem torna-se um importante aliado em uma sala de aula, estimulando o confronto da prática com a teoria. Alunos de graduação exigem associação da teoria com a prática para melhor assimilação do conteúdo, e por isso a experiência assistencial do docente é um complemento para o aprendizado.

Aspecto valorizado no decorrer das práticas educacionais desenvolvidas foi o exercício da docência que requer algumas habilidades do professor que estimulem o discente e favoreçam a concretização do processo ensino-aprendizagem. Quanto a essa questão, pode-se afirmar que o Estágio de Docência estimulou a mestranda a construir tais habilidades, seja pela postura do professor como mediador da aprendizagem, seja pela postura de facilitador da aprendizagem que possibilite ao aluno uma comunicação acessível. Nesse sentido compartilha-se a idéia de que o docente deve favorecer situações que estimulem a iniciativa e o diálogo entre o discente e o docente, bem como o diálogo com o saber acumulado historicamente e situações que despertem o interesse dos discentes na apropriação do conhecimento⁹.

Junto com os professores da disciplina, a mestranda buscou estratégias que fortalecessem a participação dos discentes nas atividades como, por exemplo, a realização de dinâmicas de grupo, trabalhos em equipe, leitura e discussão de textos selecionados e debate em sala de aula. Essas habilidades dizem respeito a saber ouvir e saber se comunicar de forma clara e objetiva, manter-se perante os discentes como um mediador do conhecimento e não como um detentor do saber. Contribuem também para subsidiar o desenvolvimento de práticas saudáveis em sala de aula, que produzam a construção do conhecimento mediante a segurança em relação ao conteúdo a ser abordado e a humildade no reconhecimento das nossas limitações, enquanto seres em processo de aprendizagem constante¹⁰. Destacam-se essas como algumas das habilidades desenvolvidas ao longo das vivências enquanto participante do processo educativo.

Outro aspecto de grande valia foi a experiência de se utilizar estratégias pedagógicas onde o educador se torna educando e o educando se torna educador para que haja o processo educacional¹¹. Estagiar/atuar nessa perspectiva chamou a atenção da mestranda, pois esta oportunidade a fez refletir quanto a contribuição no processo educativo discente e de como a participação do outro, enquanto sujeito de sua própria educação, é fundamental para a concretização do processo ensino-aprendizagem.

Esse momento de iniciação foi muito importante, desde o planejar a aula, passando pela execução até a avaliação. Para o planejamento, foi necessário pesquisar diferentes tipos de materiais didáticos, estudar e confeccioná-los, elaborar estratégias para melhor abordar os conteúdos de ensino. Isso passou a ser importante como trabalho coletivo, por proporcionar a troca de idéias e informações que

contribuíram de maneira significativa para a atuação em sala de aula e não somente para a primeira aula, mas por todo no período de estágio.

A situação vivenciada corrobora com estudos que mostram a importância da experiência do Estágio de Docência para pós-graduandos, apontada como básica e de relevância para a formação do docente universitário¹². Ademais, o vivenciado no Estágio de Docência mostrou com clareza a possibilidade de aliar pesquisa e ensino, instigada pelas situações que emergiram, tornando-se uma estratégia bastante interessante no processo de formação de novos docentes.

CONCLUSÃO

Para atender às novas perspectivas da prática docente na educação em enfermagem, é necessário habilitar os pós-graduandos para a formação de alunos críticos, reflexivos e criativos, capazes de comprometerem-se com a construção de uma prática profissional enriquecedora. Para isso ocorrer, é exigido do pós-graduando, além do domínio da prática assistencial a construção de uma preparação na docência. O Estágio de Docência permite uma primeira aproximação à prática profissional e promove a aquisição de um saber, de um saber fazer e as conseqüências das ações didáticas e pedagógicas desenvolvidas no cotidiano profissional do docente.

Ademais, integração entre pós-graduandos e graduandos é uma estratégia positiva no processo ensino/aprendizagem, pois favorece a troca de experiências e permite que o pósgraduando seja inserido no atual contexto da formação profissional na sua área. Nesta perspectiva, a experiência de participar do Estágio de Docência do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem revelou-se de fundamental importância como parte integrante da formação da mestranda. Ao retornarem às salas de aula e ao convívio com os alunos da graduação, os pósgraduandos têm a oportunidade de se confrontar com uma nova perspectiva, face às mudanças nos processos educacionais que ocorrem em diversos sentidos. Atividades para a docência voltadas para os pós-graduandos estão repletas de oportunidades ímpares de vivenciar a prática do ensino, desde o planejamento das atividades de forma ativa e criativa até a sua execução, permitindo aos alunos, inclusive, perceber e avaliar diferentes estratégias aplicadas no processo ensino-aprendizagem. O Estágio de Docência supervisionado oferece um aprendizado prático na formação do docente enfermeiro. Com isso, a experiência na docência e produção de pesquisas, certamente proporcionará um contingente de mestres mais preparados para o enfrentamento dos inúmeros desafios a serem superados para uma educação de nível superior mais qualificada.

Conclui-se que o Estágio de Docência cumpriu seus objetivos, uma vez que possibilitou a aquisição de experiência na docência, permitindo a melhoria do desempenho da mestranda na prática docente e promovendo a articulação da graduação e pós-graduação.

REFERÊNCIAS

1. Pimentel V, Mota DDCF, Kimura M. Reflexões sobre o preparo para a docência na pós-graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1): 161-4.
2. Chamliam HC. Docência na Universidade: Professores Inovadores na USP. *Cadernos de Pesquisa*. 2003, 1(118): 41-64.
3. Brasil. Diretrizes para implantação do estágio de docência na graduação. Anexo do Ofício Circular n 028/99/PR/CAPES.
4. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). Resolução nº 013/00, de 27 de abril de 2000. Regulamento do Programa de Demanda Social – DS. CAPES; 27 abr 2000; Seção 1.
5. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). Portaria nº 76, de 14 de abril de 2010. Regulamento do Programa de Demanda Social – DS. CAPES; 14 abr 2010; Seção 1.
6. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Brasil). Portaria nº 52, de 26 de setembro de 2002. Regulamento do Programa de Demanda Social – DS. CAPES; 26 set 2002; Seção 1.
7. Cunha MI. Diferentes olhares sobre as práticas pedagógicas no ensino superior: a docência e sua formação. *Educação*. 2004, 3. 525-536.
8. Universidade Federal do Amazonas (Brasil). Escola de Enfermagem de Manaus. Projeto Pedagógico do Curso Enfermagem Currículo 2009/1. Programa da disciplina Educação em Saúde, 2012.
9. Lopes AO. Relação de Interdependência entre ensino e aprendizagem. In: Veiga IPA. *Didática: o ensino e suas relações*. 6 Ed. São Paulo. Ed Papyrus. 1996. p. 105-114.
10. Barbosa AS, Vidal LM, Duarte ACS, Boery EM, Boery RNSO, Sales ZN. Práticas docentes no ensino superior: relato de experiência em estágio de docência. *REMPEC – ensino, saúde e ambiente*. 2011; 4(1): 18-33.
11. Freire P. *Pedagogia da autonomia*. São Paulo. Ed. Paz e Terra. 2004.
12. Associação Educacional Dom Bosco [homepage na internet]. Estágio docência: um estudo no programa de pós-graduação em administração da Universidade Federal de Lavras [acesso em 24 jun 2012]. Disponível em: [http://www.aedb.br/seget/artigos09/521_EnEPQ316\[1\].pdf](http://www.aedb.br/seget/artigos09/521_EnEPQ316[1].pdf).

Capítulo 60

COMPONENTES ESSENCIAIS PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS EM SAÚDE INDÍGENA

[DOI: 10.37423/200400762](https://doi.org/10.37423/200400762)

Maria Luiza Carvalho de Oiveira (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Sonia Rejane de Senna Frantz (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Elielza Guerreiro Menezes (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade do Estado do Amazonas).

Nair Chase da Silva (Enfermeira. Doutora em Educação. Professora da Universidade Federal Amazonas).

Vânia Marli Schubert Backes (Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade Federal de Santa Catarina).

RESUMO: Considerando a importância da qualificação para os profissionais de saúde este artigo tem o objetivo de identificar os componentes essenciais da política de formação para enfermeiros que atuam em área indígena. Pesquisa qualitativa descritiva que teve como campo de estudo o Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus/Amazonas. Foram entrevistados 12 enfermeiros. Os dados coletados foram transcritos e analisados por meio da análise de conteúdo. A análise das respostas permitiu identificar cinco categorias: a prática associada à teoria; a valorização da vivência dos profissionais em área indígena; abordagem antropológica da questão indígena como enfoque nas capacitações, organização dos processos educacionais e o compromisso da equipe envolvida no processo de capacitação. O desenvolvimento de programas de capacitação para profissionais precisa avançar para colocar em prática a idéia de mudanças na assistência segundo os entrevistados.

PALAVRAS-CHAVE: Capacitação, Enfermagem, Saúde de Populações Indígenas.

INTRODUÇÃO

Na área da saúde, o programa de capacitação deve ter como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais. A integralidade deve ser o eixo norteador do programa de capacitação em saúde, pois considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização⁽¹⁾.

A observação assistemática a partir da nossa experiência como enfermeiras assistenciais da saúde indígena, nos levou a refletir sobre o modo como é desenvolvido o programa de capacitação dos profissionais de enfermagem que atuam nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas.

Nessa ocasião, verificamos que os conteúdos do programa de capacitação eram focados em práticas assistenciais centradas na doença, utilizando o modelo biomédico e que poucas questões relacionadas aos aspectos culturais, e à diversidade étnica das populações indígenas estavam incluídas. A experiência também mostrou a rara participação das equipes nas atividades de planejamento, a descontinuidade das ações, e a realização das capacitações por categoria profissional em detrimento da interdisciplinaridade que contempla as equipes de trabalho como conjuntos de profissionais.

A capacitação profissional emerge como elemento fundamental na base das transformações do mundo globalizado. O desenvolvimento e a realização das pessoas no ambiente de trabalho são considerados fatores de correlação com a produtividade, e os trabalhadores são visualizados como sujeitos capazes de transformar a realidade contribuindo para a melhoria do serviço⁽²⁾.

Neste estudo, usamos o termo capacitação no sentido de qualificação de profissionais, habilitando-os ao exercício adequado de suas funções. No campo da saúde, o desenvolvimento de programas de capacitação para profissionais tem como objetivo colocar em prática a idéia de melhoria da qualidade da assistência, resgatar o compromisso social dos trabalhadores e valorizar o profissional⁽³⁾.

Capacitar profissionais de saúde é uma questão que se desenvolve e se modifica de acordo com o momento histórico, social, econômico e político do país. Desse modo, a preocupação em organizar capacitação para os profissionais deve estar sempre presente no contexto dos serviços de saúde, objetivando o preparo desses profissionais para as mudanças requeridas na sociedade.

Documentos oficiais resgatam a historicidade dos programas de capacitação dos profissionais de saúde, reafirmando a importância de implementá-los, fazendo uma retrospectiva sobre a capacitação dos profissionais de saúde. A preocupação com a realização dos processos educativos para os recursos

humanos vem sendo referendada desde 1963, na ocasião da III Conferência Nacional de Saúde, que propôs essa atividade como forma de evitar o desajustamento técnico, ou seja, a ordem do trabalho como foco, utilizando-se de uma metodologia tecnicista preocupada em saber fazer⁽⁴⁾.

A implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, regulamentado através da Lei 8.080/90, exigiu maior ênfase nas ações de capacitação dos profissionais de saúde, com vistas a adequar esses profissionais à evolução das demandas. Programas de capacitação foram desenvolvidos para aprimorar o trabalho no sentido de responder às necessidades específicas de formação, manutenção, recuperação e reabilitação, frente a posicionamentos políticoideológicos distintos⁽⁵⁾. Do ponto de vista legal, a Lei 8.080/90 em seu artigo 200 regulamenta como função dos municípios ordenar a formação dos recursos humanos na área de saúde de acordo com as diretrizes e os princípios do SUS para atuarem no modelo assistencial de saúde proposto⁽⁵⁾.

A capacitação no campo da saúde deve garantir a continuidade da formação profissional para o aprimoramento e melhoria da capacidade resolutiva das equipes de saúde da família. O conteúdo programático deve estar adaptado às necessidades locais, tanto dos serviços quanto da característica de formação dos profissionais e do perfil epidemiológico da região. O processo de capacitação e educação dos profissionais deve ser contínuo, adequando a assistência às peculiaridades locais e regionais^(3,6).

A capacitação deve tomar como referência as necessidades de saúde da população, da gestão e do controle social para qualificar as práticas de saúde e a educação dos profissionais e melhorar a atenção à saúde. A integralidade deve ser o eixo norteador da capacitação em saúde, pois considera a articulação dos saberes e práticas multiprofissionais a partir de um conceito ampliado de saúde que respeita a subjetividade do usuário mediante o acolhimento e a responsabilização da gestão⁽⁷⁾. O conceito de Educação Permanente em Saúde foi inicialmente trabalhado pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS, nas décadas de 1980 e 1990, a qual é compreendida como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Desse modo, em todas as áreas da saúde, inclusive na enfermagem, o processo de educação permanente em saúde transcende ao aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar aos sujeitos-trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade⁽⁸⁾.

Diante dessas observações, surgiu o interesse em realizar o presente estudo sobre a capacitação para enfermeiros que atuam no Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus - DSEI/MAO, quanto às necessidades encontradas por esses profissionais. Portanto, o objetivo desse trabalho foi identificar

os componentes essenciais da política de formação para enfermeiros que atuam em área indígena por meio da opinião desse grupo de profissionais.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva de cunho qualitativo que teve como campo de estudo o Distrito Sanitário Especial Indígena Manaus – DSEI de Manaus, mas cuja área de abrangência congrega dezenove municípios do estado do Amazonas. O espaço onde se realizou a pesquisa foi na sede do DSEI/MAO localizado no município de Manaus. Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros e a coordenadora pedagógica que trabalham no DSEI Manaus. A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada.

Realizamos entrevistas semiestruturadas seguindo um roteiro de entrevista sobre o objeto da pesquisa. Para esta etapa foram convidados os enfermeiros que trabalham diretamente na assistência à saúde indígena e que tinham participado de, no mínimo, uma capacitação referente à saúde indígena. Do total de 21 enfermeiros, 12 participaram da pesquisa. Os demais sujeitos, 8 não aceitaram participar e 1 não atendia os critérios de inclusão, pois ainda não havia participado de nenhuma capacitação promovida pelo DSEI/MAO.

Os dados coletados nos documentos e nas entrevistas foram transcritos e analisados, de acordo com as etapas descritas por Bardin(9). A interpretação se deu através da análise dos dados coletados confrontados com a literatura.

O projeto obedeceu à Resolução 466/2012 que trata de normas de pesquisa com seres humanos. Foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Federal do Amazonas para parecer e aprovado no dia 14/11/2012 sob o CAAE 09893112.2.0000.5020.

Todos os sujeitos da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido no momento anterior à coleta dos dados, sendo garantida a todos a liberdade de participarem ou não e de desistirem no momento que desejassem. Foi assegurado o sigilo dos dados e o anonimato na identificação.

RESULTADOS

Para identificar quais os componentes essenciais para a capacitação em saúde indígena na opinião dos enfermeiros foi realizada a seguinte pergunta: o que não pode faltar em uma capacitação para enfermeiros que atuam em área indígena? Diante disso, obtivemos

a seguintes respostas.

Os entrevistados relatam a necessidade da atividade prática juntamente com a teorização durante a capacitação como referem as falas: *A prática não pode faltar. (E2). [...] tem que ter a parte prática mesmo porque, muitas vezes, tem aquela capacitação, mas não adianta se você não colocar em prática. Então, eu acho que não pode faltar a parte prática quando houver as capacitações. (E5). [...] a parte prática é super importante, após a contextualização. (E8).*

Um segundo aspecto referido como imprescindível é a valorização da vivência dos profissionais em área indígena com destaque para a resolução de problemas nas ações com base na realidade, como referem as falas a seguir: *Considerar nossa vivência em área, os casos, as situações. (E1). [...] inserir a questão da realidade de cada enfermeiro dentro da sua área. (E5). O que não pode faltar é um conteúdo que possa ser a nossa realidade com base nas nossas dificuldades. (E7).*

Uma terceira questão relatada pelos entrevistados sobre o que não pode faltar no conteúdo das capacitações é o enfoque na abordagem indígena que considere sua crença e cultura, referente nas falas: *[...] a questão do conteúdo envolvendo as abordagens voltadas para o indígena.*

(E5). [...] sempre a forma de abordagem, respeitando o costume, a crença de cada etnia. A abordagem ao indígena tem que estar como carro chefe. (E9).

O quarto grupo de questões que não podem faltar é a organização dos processos educacionais, destacando a disponibilidade de material didático, participação de toda a equipe de enfermagem nas atividades, regularidade e aumento da frequência das capacitações.

Os entrevistados relatam a importância de material didático atualizado para leitura, como observamos a seguir: *Material didático porque a gente lê e tem uma base de atualização para trabalhar e se organizar melhor. (E9). [...] então, trouxeram até livros pra gente, uma pasta com três livros e no outro dia a gente veio com mais ânimo pro curso. (E10).*

Ainda na quarta questão relacionada à organização da capacitação, a participação de toda a equipe de enfermagem nas capacitações oferecidas foi referida como um dos fatores que não pode faltar durante essas atividades: *[...] nunca treina a equipe toda. Então, se vai treinar, treina todo mundo pra todos os programas. (E1). [...] ou vem os enfermeiros, ou vem os técnicos, porque eu acho que o ideal seria virem*

todos. (E3). É essencial capacitar toda a equipe, porque eu enfermeiro nem sempre estou lá na área pra ajudar meus técnicos. (E12).

Continuando na quarta questão dos elementos essenciais relacionada à organização da capacitação, a regularidade nas capacitações foi tida como insuficiente e, segundo os entrevistados, as capacitações devem acontecer periodicamente: *O que não pode faltar é ter mais regularidade nas capacitações, acontecer com mais frequência. (E12). O espaçamento de uma pra outra é muito grande. (E5). Eu acho que deveria ser semestral. (E8).*

No quinto e último elemento essencial verificou-se a necessidade de comprometimento da equipe profissional envolvida na capacitação, como referem as falas seguintes. *Tem que ter comprometimento, responsabilidade, não ir somente pra ficar conversando. (E5). [...] profissionais que estejam bem instruídos, profissionais capacitados e comprometidos com a saúde indígena. (E7). Não pode faltar pessoas comprometidas realizando esse tipo de evento de capacitação dos profissionais. (E10).*

Diante disso, a análise das falas permitiu-nos identificar cinco categorias discutidas a seguir: São elas: a) a prática associada à teoria; b) a valorização da vivência dos profissionais em área indígena; c) abordagem antropológica da questão indígena como enfoque nas capacitações, d) organização dos processos educacionais e e) o compromisso da equipe envolvida no processo de capacitação.

DISCUSSÃO

A prática associada à teoria

Nas falas apresentadas observa-se a ênfase dada às aulas práticas como elemento complementar à teoria. A observação de uma capacitação poderia ter contribuído para reforçar a análise de como são realizadas as atividades efetivamente, tanto teóricas quanto práticas.

A análise documental dos Projetos de Atividade de Capacitação mostra que as aulas práticas na programação da atividade estão presentes como mostra o Quadro 1.

Quadro 1 – Módulo prático nas atividades de capacitação do DSEI/MAO.

Tema da Capacitação	Módulo Prático
Oficina de teste rápido de HIV	Sim
Oficina em DST/HIV e hepatite virais	Não
Curso básico de vigilância epidemiológica	Não
Capacitação em sala de vacina	Sim
Capacitação em assistência farmacêutica	Não
Atualização em vigilância alimentar e nutricional e suplementação de ferro	Sim
Capacitação introdutória de acolhimento de novos profissionais	Não

Observa-se através do Quadro 1 que as aulas práticas não são comuns, pois das 07 capacitações analisadas, 3 desenvolveram atividades voltadas para o exercício do fazer durante o curso.

A importância da prática concomitante a contextualização da teoria é importante para a formação de enfermeiros, pois implica em um processo que ultrapassa a acumulação do saber e trabalha para o desenvolvimento de um profissional que esteja em contato com a realidade da profissão de modo a poder associar a teoria e a prática. Introduzir conteúdos práticos nas capacitações vai ao encontro de estudos que afirmam que não se deve desvincular o teórico-prático das atividades educativas tanto na formação do enfermeiro quanto em treinamentos de atualizações⁽¹⁰⁻¹¹⁾.

A teoria fundamenta estratégias de ação, ou seja, dá suporte à prática. A prática faz surgir dúvidas e novas reflexões sobre a atuação como enfermeiro. A importância da interação da teoria com prática ao afirmar que a teoria é usada como guia para a prática⁽¹²⁾. Já esta, tem a função de testar a teoria. Portanto, teoria e prática estão, assim, vinculadas pelo próprio processo de geração de conhecimento. A necessidade de atividades práticas na capacitação dos enfermeiros que atuam em área indígena é justificada pelas lacunas da formação no nível da graduação⁽¹²⁾ e potencializada pela especificidade das populações indígenas, sendo este tema pouco abordado durante a graduação em enfermagem. Por

isso, realizar uma capacitação com teoria sem a prática direcionada para saúde indígena torna-se insuficiente para a atualização do conhecimento e atuação dos enfermeiros.

Diante das questões levantadas compreende-se por que os enfermeiros se ressentem da ausência da prática associada à teoria.

A valorização da vivência dos profissionais em área indígena

As falas apresentadas apontam para a valorização do contexto em que os profissionais estão inseridos como algo necessário a ser considerado na elaboração da capacitação. Tal concepção/compreensão encontra amparo na pedagogia da problematização, quando considera que o conhecimento advém da realidade concreta, isto é, da situação real vivida pelo educando, que se concretiza através de análise crítica dessa realidade⁽¹³⁾.

A Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas – PNASPI ressalta que a capacitação dos recursos humanos para a saúde indígena deve priorizar a adequação das ações dos profissionais às especificidades, observando a realidade vivida⁽¹⁴⁾.

A PNASPI estabelece, ainda, que a capacitação da Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena - EMSI deve ter como base uma ação educativa crítica, capaz de interferir nas práticas de saúde e a criticidade junto com a mudança da realidade vivida se consegue levando em conta a atuação real da equipe dentro de área indígena em uma atividade de capacitação com a pedagogia problematizadora⁽¹⁴⁾.

A pedagogia da problematização leva em consideração a vivência e experiência do aluno, objetivando o desenvolvimento integral, aumentando a capacidade de pensar e raciocinar. O incentivo à participação ativa dos profissionais nos cursos de capacitação por meio da problematização ajuda os alunos a desenvolver o conhecimento⁽¹⁵⁾.

Portanto, levar em consideração a vivência dos enfermeiros em área indígena nas capacitações é atender a PNASPI, formando profissionais participativos, conscientes e transformadores da realidade.

Abordagem antropológica da questão indígena como enfoque nas capacitações As falas advertem para a forma como os profissionais de saúde indígena devem olhar as diferenças das populações assistidas. Esse enfoque deve estar incluso nas capacitações como elemento essencial, uma vez que as capacitações são voltadas para ações dos programas em área indígena.

De acordo com a PNASPI a capacitação da EMSI deve conter um conteúdo que contemple conceitos antropológicos com uma análise do perfil das etnias, uma vez que a atuação do enfermeiro nas comunidades se modifica de acordo com a mudança dos costumes indígenas⁽¹⁴⁾.

Os enfermeiros relatam a necessidade de enfatizar a abordagem ao indígena, considerando crenças e costumes da sua etnia. A análise documental dos projetos de atividades de capacitação mostra que

esses aspectos aparecem com mais profundidade na capacitação introdutória. Mesmo assim, observam-se lacunas quanto às especificidades das etnias presentes no território de abrangência do DSEI/MAO. Nas demais capacitações, o enfoque indígena é relacionado à diferenciação na execução dos programas em área indígena em comparação aos programas realizados na cidade. Apesar do enfoque de diferenciação dos programas ser importante, enfatizar o aspecto da abordagem do indígena nas capacitações é um elemento necessário na concepção dos enfermeiros.

Organização dos processos educacionais

Os profissionais verbalizam a necessidade de acesso à literatura que auxilie no conhecimento que extrapole a questão técnica da enfermagem para ancorar-se na especificidade das populações indígenas.

A escolha do material didático utilizado influencia no processo ensino aprendizagem.

Em um estudo que avaliou um curso para capacitação de auxiliares de enfermagem, verificou-se que o material didático escrito como apostilas, livros e manuais enriqueceu o processo de ensino aprendizagem, tendo um desenvolvimento do conhecimento dos alunos⁽¹⁶⁾. Nesse estudo, o material didático escrito teve uma avaliação satisfatória, bem como uma aceitação dos alunos.

Entre outros aspectos, o material didático adotado contribuiu no processo de aprendizagem, denotando a necessidade de materiais pedagógicos específicos para cada categoria profissional⁽¹⁶⁾. Portanto, oferecer material didático escrito ajuda os enfermeiros a atualizar o conhecimento, bem como é utilizado como uma forma de estímulo para desenvolver a busca pelo crescimento profissional com a leitura individual sobre o assunto.

As falas fazem uma crítica à realização das capacitações fragmentadas por categoria profissional o que sabidamente impede a mudança do processo de trabalho. É preciso que a instituição compartilhe com a equipe de enfermagem novas possibilidades de execução da capacitação.

A participação de toda a equipe de enfermagem é sugerida pelos entrevistados como uma questão que não pode faltar em uma capacitação, uma vez que, nessas capacitações, geralmente, o enfermeiro é escolhido como representante do pólo-base e os técnicos de enfermagem permanecem em área indígena para dar sequência ao atendimento. Mas, como observamos nas falas dos entrevistados, há uma necessidade de treinar toda a equipe de enfermagem da assistência, pois devido à rotina de trabalho, nem sempre o enfermeiro estará presente na comunidade indígena.

Mas ainda existem pólos-base funcionando com mais de um enfermeiro em área indígena. Assim a questão de envolver toda a equipe de enfermagem, torna-se indispensável, sendo relatada nas falas dos entrevistados como uma das dificuldades, como: [...] no caso da minha área são dois enfermeiros.

Um deles é chamado e o outro não. Porque só um participa e não os dois? A questão das vagas é uma dificuldade. (E2). [...] não vir todos os enfermeiros é uma dificuldade, não abrem vaga pra toda a equipe e seria viável se eles fizessem a capacitação com todos os enfermeiros de área. (E5). O questionamento dos enfermeiros é entendível quando se conhece os problemas enfrentados pelo sistema de saúde indígena em Manaus, os quais justificam essas respostas.

Um desses problemas que dificultam a continuidade do processo de capacitação indígena é a rotatividade de profissionais de área indígena, expressa na fala apresentada: E a rotatividade de profissional que troca muito de profissional de área. E quem recebeu aquele treinamento já não está mais, então, aquele treinamento se perdeu. A rotatividade é um problema.^(E12).

Pela afirmação do entrevistado, justifica-se, portanto, a solicitação para integrar a equipe de enfermagem dos pólos-base quando se trata de uma capacitação para a área indígena, pois um profissional que participou da capacitação desenvolve suas atividades assistenciais de acordo com o treinamento. Quando esse enfermeiro sai da instituição por algum motivo, leva consigo o aprendizado e o conhecimento adquirido, ficando em seu lugar outro profissional que necessitará da mesma capacitação para desenvolver seu trabalho.

Portanto, a rotatividade dos profissionais em área indígena prejudica a continuidade da capacitação dos enfermeiros. Uma condição ideal é que a permanência dos profissionais seja por um período prolongado para que gere vínculo com a população indígena e para que haja a fixação/aplicação dos conhecimentos adquiridos nas capacitações.

Além disso, a ausência de alguns profissionais da equipe de enfermagem nos processos de capacitação compromete a confiabilidade das avaliações das ações realizadas nos programas de saúde, pois o profissional treinado acelera e qualifica o processo de implementação e desenvolvimento de determinada ação⁽¹⁷⁾.

Ainda, a participação de toda a equipe se expande quando relatam a necessidade de presença dos coordenadores dos programas de saúde indígena nessas capacitações: A participação dos nossos coordenadores também seria muito importante. Às vezes, a gente está ali dentro do curso e eles não sabem nem o que a gente está estudando. Todos os coordenadores deveriam acompanhar para saberem o que a gente está aprendendo. ^(E7).

Na fala referida a participação dos coordenadores dos programas e chefias da instituição também é importante durante a execução do processo de capacitação. Através da análise da relação dos participantes da capacitação inclusa nos projetos da atividade, a coordenadora pedagógica é presente em todas as capacitações, pois ela é a responsável pela execução da atividade como representante do

Setor de Capacitação, inclusive como instrutora em algumas capacitações. Já a presença dos coordenadores dos programas não é vista.

Nessa questão, a capacitação para os profissionais de área indígena com base na PNASPI não se restringe aos profissionais da saúde atuantes em área indígena, mas também ressalta a importância de programas de capacitação para gestores, assessores técnicos, agentes administrativos e outros profissionais, estabelecendo a necessidade de realização de cursos de atualização, aperfeiçoamento, especialização nos variados setores das instituições que atuam no sistema de saúde indígena⁽¹⁴⁾.

Quanto a regularidade das capacitações, a equipe de enfermagem teve no ano de 2007 o total de três capacitações. A partir daí, participaram de mais três capacitações no ano de 2009. Depois deste ano, somente uma, em 2012. Ou seja, o intervalo de uma capacitação para outra tem um espaçamento de anos e não tem uma constância que poderia ser utilizada para melhor organização. Essa irregularidade gera uma atividade educativa descontínua que prejudica o processo de ensino-aprendizagem dos enfermeiros⁽¹⁸⁾.

Também relacionada a organização das capacitações, além da regularidade, os enfermeiros entrevistados manifestam o desejo do aumento da frequência, justificando a necessidade da atualização profissional, uma vez que esses profissionais permanecem de 30 a 45 dias isolados em área indígena: Poderia ter uma atualização, nem que fosse rápida, todo ano porque a gente fica muito tempo isolado em área. (E1). [...] poderia ter mais capacitações. (E10). Eu acho que deveria ter mais cursos. (E11).

Os entrevistados demonstram em suas falas a insatisfação quanto à quantidade de capacitações oferecidas. Nos anos de 2007 a 2012, ocorreram sete capacitações, menos de duas por ano. A PNASPI indica que a regularidade nas capacitações deve acontecer de acordo com a necessidade de cada Distrito Sanitário Especial Indígena⁽¹⁵⁾. Assim observamos que, pelas falas dos entrevistados, o desejo de mais cursos de capacitações, deixando a entender que a necessidade não foi totalmente suprida. O compromisso da equipe envolvida no processo de capacitação.

Nas falas observa-se que o compromisso é um elemento essencial para a execução das capacitações, mas não se restringiu a uma categoria profissional. Os entrevistados enfatizam a importância do compromisso com a atividade abrangendo tanto para os coordenadores, como os instrutores e os participantes.

Comprometimento significa empenhar-se, adquirir responsabilidades, refere-se a engajamento, agregamento e envolvimento no trabalho. Em um estudo sobre gerenciamento da equipe de

enfermagem demonstra que quando há falta de compromisso com o trabalho, há diminuição da qualidade do serviço prestado pelo profissional de Enfermagem⁽¹⁹⁾.

CONCLUSÃO

Em relação aos componentes essenciais da política de formação para os enfermeiros que atuam em área indígena, um dos elementos mais citado é a atividade prática concomitante a teorização durante a capacitação. Como as atividades de capacitação estão voltadas para a implantação e desenvolvimento das ações de saúde os enfermeiros julgam necessária a inclusão da prática na atividade de capacitação. Não é comum haver módulo prático nas atividades de capacitação do DSEI/MAO, já que 42,8% das capacitações analisadas possuíam essa modalidade de ensino, e ainda, não muito bem definida dentro do projeto.

Embora tenha sido verificado pela análise documental e pelas entrevistas que a utilização da metodologia problematizadora, que considera a realidade e experiência como base do processo ensino aprendizagem, é utilizada no Programa de Capacitação do DSEI/MAO. Realizar as atividades com base na vivência da equipe de enfermagem foi outro fator considerado essencial para a política de formação dos enfermeiros. Os enfermeiros chamam a atenção para este tópico em relação às reais dificuldades de execução das ações de saúde indígena.

Apesar das capacitações serem voltadas para profissionais de área indígena, o enfoque principal está na implementação e desenvolvimento das ações de saúde, ou seja, como executar os programas de saúde em área indígena. Conteúdos relacionados à antropologia, relação interpessoal profissional/indígenas e diversidade étnica são pouco abordados e, às vezes, inexistentes em algumas capacitações. Por isso, outro componente essencial foi a inclusão de conteúdos com enfoque na forma de abordagem da equipe de enfermagem, considerando a cultura indígena.

Como elemento essencial os enfermeiros relatam a organização dos processos educacionais. Apontando, primeiramente, para a oferta de material didático específico para saúde indígena. Em segundo, a participação de toda equipe de enfermagem é sugerida pelos entrevistados como uma questão essencial nas capacitações voltadas para os enfermeiros de saúde indígena, e essa participação não se restringe somente ao grupo, mas abrange os coordenadores dos programas e chefia da instituição. Em terceiro, a regularidade no processo de capacitação também é relatada como componente essencial, com solicitações de períodos fixos de capacitação como trimestral ou semestral, justificando a necessidade de atualização profissional, o espaçamento chegando a ser de três anos de uma para outra nas atividades analisadas. Um quarto apontamento diante da organização

das capacitações é o aumento da frequência, justificada por menos de duas atividades nos últimos cinco anos.

A descontinuidade prejudica a eficácia das atividades educativas, por isso, a regularidade e frequência das capacitações para os enfermeiros do DESEI/MAO são pontos a serem organizados para o alcance do objetivo final desejado, ou seja, a melhoria da assistência à saúde da população indígena.

REFERÊNCIAS

1. Silva JAM, Ogata MN, Machado MLT. Capacitação dos trabalhadores de saúde na atenção básica: impactos e perspectivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2007 mai/ago; 9(2):389- 401.
2. Paschoal AS. O discurso do enfermeiro sobre educação permanente no grupo focal [dissertação]. Curitiba (PR): Universidade Federal do Paraná; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde; 1997.
4. Farah BF. Educação em serviço, educação continuada, educação permanente em saúde: sinônimos ou diferentes concepções? *Revista APS* 2003; 6(2):123-125.
5. Souza AMA, Galvão EA, Santos I, Roschke MA. Processo educativo nos serviços de saúde. Brasília: Organização Pan- Americana de Saúde; 1991.
6. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva (BR). Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação de enfermeiros em saúde pública para o Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
7. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública* 2004; 20(5):1400-10.
8. Silva LAA, Franco GP, Leite MTL, Pinno C, Lima VML, Saraiva N. Concepções educativas que permeiam os planos regionais de educação permanente em saúde. *Texto e Contexto Enfermagem* 2011 abr/jun; 20(2):340-8.
9. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 70a ed. Lisboa: Persona; 2011.
10. Lima MADS. A formação do enfermeiro e a prática profissional: qual a relação? [dissertação]. Porto Alegre (RS): Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 1993.
11. Zarpellon LD. A prática pedagógica na formação do profissional enfermeiro para atuar em saúde pública [dissertação]. Curitiba (PR): Pontifícia Universidade Católica do Paraná; 2006.
12. Santos SR, Nóbrega MML, Filho Rodrigues J. Teoria e prática de enfermagem e sua relação com o sistema de informação. *Ciência, Cuidado e Saúde* 2003 jan/jun; 2(1):51-6.

13. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde Pública 2003; 19(5):1527-34.
14. Ministério da Saúde (BR). Fundação Nacional de Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
15. Vargas ROL, Wall ML, Peres AM. The problematization method applied to the subject nursing administration. Investigación y Educación em Enfermería. Antioquia 2012; 30(2):269- 76.
16. Costa CCC, Filho Bezerra JG, Machado MMT, Machado MFAS, Jorge AC, Castro TMS. Curso Técnico de Enfermagem do PROFAE - Ceará: uma análise sob a óptica dos egressos. Rev. Esc. Enferm 2009 set; 43(3).
17. Teixeira DAV. Efeitos da rotatividade do profissional enfermeiro na estratégia saúde da família. Trabalho de Conclusão de Curso [trabalho de conclusão de curso especialização]. Governador Valadares (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2012.

Capítulo 61

PANORAMA DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL TÉCNICA DE NÍVEL MÉDIO EM ENFERMAGEM NO BRASIL: UM ESTUDO RETROSPECTIVO

[DOI: 10.37423/200400771](https://doi.org/10.37423/200400771)

Rosangela Andrade Aukar De Camargo - rcamargo@eerp.usp.br

Fernanda Juliano de Lima - nanda.jlima@bol.com.br

Gabriela Rodrigues Bragagnollo - gabrielabragagnollo91@hotmail.com

Ariana Januário de Araújo - ariana.januario.araujo@usp.br

Clara Cayeiro Cruz - clara.cruz@usp.br

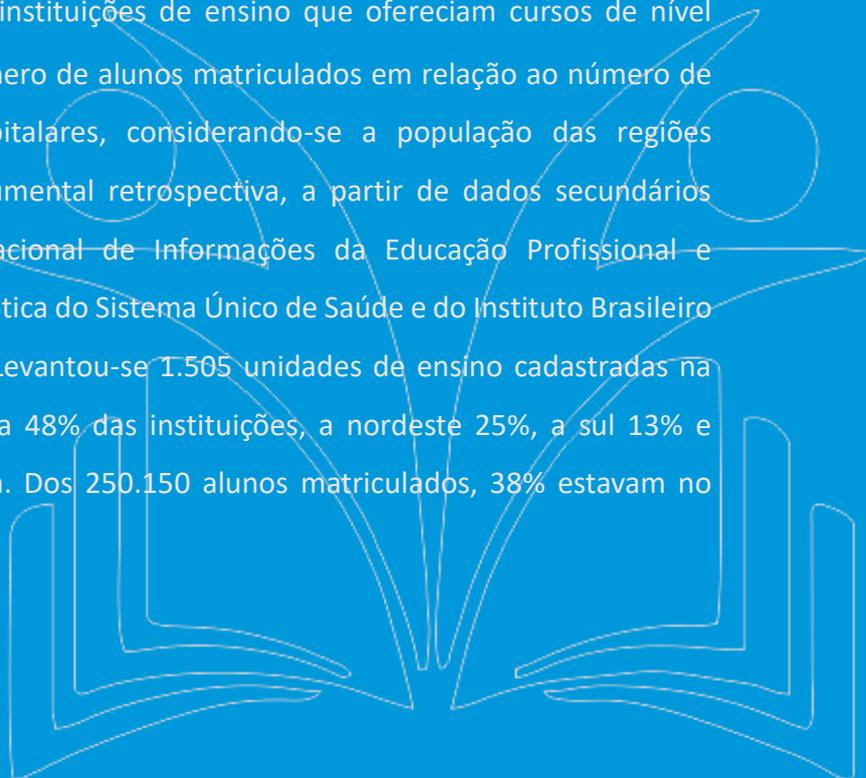
Yara Pedroso Zen - yarazen.p@gmail.com

Glenyston Nascimento Ferreira - glenystonferreira@gmail.com

Letícia Lopes Dorneles - leticia_dorneles@usp.br

Caroline Silva Morelato - caroline.morelato@usp.br

RESUMO: Objetivou-se levantar as instituições de ensino que ofereciam cursos de nível médio em enfermagem no Brasil, número de alunos matriculados em relação ao número de instituições de saúde e leitos hospitalares, considerando-se a população das regiões brasileiras. Realizou-se pesquisa documental retrospectiva, a partir de dados secundários publicados nos sites do Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, em 2012. Levantou-se 1.505 unidades de ensino cadastradas na ocasião. A região sudeste concentrava 48% das instituições, a nordeste 25%, a sul 13% e regiões norte e centro-oeste 7% cada. Dos 250.150 alunos matriculados, 38% estavam no nordeste e 33% no Sudeste.



Eram 131alunos/100.000hab, média de 0,98aluno/estabelecimento. As informações indicaram uma distribuição desigual de escolas e que possivelmente atenderam a lógica capitalista na abertura de cursos e do mercado de trabalho, assim como tendências das políticas de saúde do Sistema Único de Saúde.

Descritores: Educação em Enfermagem. Educação Profissionalizante. Recursos Humanos de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A formação de recursos humanos profissional técnica em enfermagem para o sistema de saúde se fundamenta no impacto que esta causará no processo da assistência, ou seja, na qualidade e na segurança do cuidar. Esta tem sido uma preocupação mundial, com manifestações de organizações que lideram a enfermagem em vários países.

Como a National League for Nursing Research, cuja organização nos EUA tem como missão promover a excelência na educação em enfermagem para construir uma força de trabalho forte e diversificada naquele país. Esta organização expressou como uma das prioridades de pesquisa na área da educação em enfermagem: o desenvolvimento de lideranças nacionais e internacionais em Educação em Enfermagem; a identificação de características institucionais que melhor contribui para o êxito dos diversos educadores nacionais e internacionais em ambientes acadêmicos; e a avaliação de métodos para recrutar, reter e formar diversos alunos de ambos os programas de graduação e pós-graduação e o exame de parcerias globais para construir uma sólida formação em enfermagem internacional, entre outros aspectos para a qualificação da força de trabalho em enfermagem⁽¹⁾.

No Brasil, a preocupação com esta questão foi expressa em documento redigido por lideranças da enfermagem, em que contextualiza o momento atual do ensino na enfermagem e faz proposições emergenciais, como definir diretrizes profissionais e os parâmetros e indicadores específicos para subsidiar o trabalho dos avaliadores, com critérios quantitativos e qualitativos para a avaliação das escolas de Graduação e de Educação Técnica Profissional⁽²⁾.

Esta pesquisa aproxima-se destas proposições, pois até o momento não dispomos do levantamento e a sistematização da oferta quantitativa da educação profissional de nível médio em enfermagem, responsáveis pela formação de auxiliares e técnicos de enfermagem no Brasil, que corresponde atualmente, em torno de 70 a 80% dos profissionais que compõe a equipe que operacionaliza o cuidar no sistema de saúde público e privado⁽³⁾. Também desconhecemos como estas escolas estão constituídas, pois o diálogo nesta modalidade de ensino é praticamente inexistente no país, e as pesquisas são mais raras ainda.

Historicamente, a demanda quantitativa em hospitais foi sempre maior que o número de profissionais de nível médio formados nas poucas escolas existentes no Brasil. As instituições de saúde funcionaram até 1996, com a contratação massiva de atendentes de enfermagem, ou seja, trabalhadores que não

possuíam o curso de enfermagem. Extinto pela Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, o atendente de enfermagem e sua conseqüente escolarização e emancipação, contribuiu com a mudança do cenário tanto da educação quanto da saúde e da enfermagem com a abertura de novos cursos técnicos principalmente em escolas privadas⁽⁴⁻⁷⁾.

Entretanto, os debates sobre a formação e qualificação da força de trabalho na saúde intensificaram as discussões com o advento da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), e seus princípios doutrinários e administrativos. A necessidade de romper com o paradigma biologista em prol da integralidade do cuidado em saúde, agora assumida como um bem social, um dever do Estado e um direito do cidadão, se somam aos grandes avanços tecnológicos do setor e a necessidade de uma melhor qualificação do pessoal técnico⁽⁵⁾.

O total de profissionais de enfermagem no Brasil com registro no Conselho Federal de Enfermagem em 2011 era de 1.535.568: 698.697 técnicos de enfermagem, 508.182 auxiliares de enfermagem, 314.127 enfermeiros, além de 14.275 atendentes de enfermagem. Destes, 12,65% era do sexo masculino e 87,35% do feminino. A faixa etária majoritária estava entre 26 a 35 anos, com 644.969 profissionais, e entre 36 a 45 anos com 514.809. Para cada 1.000 habitantes no Brasil são 1,88 enfermeiros, 3,49 técnicos de enfermagem e 2,08 auxiliares de enfermagem⁽³⁾.

Em 2015 este total saltou para 1.804.535, sendo que 1.390.535 de técnicos de auxiliares de enfermagem e 414.000 de enfermeiros.

Sabe-se que a criação de escolas privadas para a formação técnica na enfermagem ainda sofre um incremento substancial, pois o mercado mantém uma demanda elevada por este profissional, agora por lei obrigatória em determinados setores das unidades de saúde. Ainda que estudos sobre dimensionamento de pessoal possam responder às demandas localizadas de unidades de saúde isoladamente, para o planejamento educacional, que deve refletir a necessidade do mercado para um projeto maior na saúde, estes números seguem desconhecidos no país.

Tendo em vista as questões acima, objetivou-se nesta pesquisa: conhecer a distribuição das escolas que ofereciam os cursos de educação profissional técnica de nível médio em enfermagem no Brasil em 2012; levantar o número de alunos matriculados em cada estado e por região; estabelecer índices que relacione o número de matriculados e número de escolas, com a população de cada região, o número de estabelecimentos de saúde e o número de leitos de internação.

MÉTODO

Os problemas educacionais apontados acima, sua contextualização e compreensão necessitam ser qualificados através de uma abordagem quantitativa, pois a educação profissional técnica de nível médio em enfermagem segue sem estudos que possam analisar a sua importância no contexto educacional e da saúde. Para tanto, desenvolveu-se uma pesquisa documental.

Pesquisas do gênero vem se popularizando com o incremento e viabilização de documentos digitais acessados pelo computador via internet⁽⁸⁾.

Até 2008, o Cadastro Nacional de Cursos Técnicos (CNCT) cumpria o papel de base de dados nacional da educação profissional de nível médio e tecnológico. A necessidade de atualização mais célere de dados configurou a necessidade de sua substituição por um sistema mais funcional com a implantação do Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC), em 2009, base nacional de dados oficial do Ministério da Educação (MEC). Esse sistema inovador no país, disponibiliza mensalmente, informações sobre cursos técnicos de nível médio, respectivas escolas e alunos deste nível de ensino. Todas as unidades de ensino, no país, credenciadas para oferta de cursos técnicos de nível médio, independentemente da sua categoria administrativa (públicas e privadas), do sistema de ensino (federal, estaduais e municipais) e nível de autonomia, devem se cadastrar no sistema para validar o diploma do aluno nacionalmente, portanto obrigatório⁽⁹⁾. Entretanto, cabe ressaltar, que apesar do esforço do governo federal de agregar estas informações, os SISTEC requer atualizações fornecidas pelos governos estaduais, responsáveis pela gestão da educação profissional técnica no Brasil.

Esta pesquisa levantou informações acessando eletronicamente três bancos de dados de caráter público, no segundo semestre de 2012, são eles: Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica (SISTEC) - <http://sitesistec.mec.gov.br/>⁽⁹⁾, Departamento de Informática do SUS (DATASUS) - <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>⁽¹⁰⁾ e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - <http://www.ibge.gov.br/home/>⁽¹¹⁾. Também foi realizada uma consulta pública na Central de atendimento do Ministério da Educação – Fala Brasil! Protocolo de nº9401065(12), que forneceu dados filtrados dos SISTEC sobre as unidades de ensino e alunos matriculados cadastrados, sob a forma de relatório enviado por email.

RESULTADOS

Dados do SISTEC apontaram que o Brasil contava em 2012, com 1.505 unidades de ensino que ofertam o curso de nível médio em enfermagem. A região sudeste concentrava o maior número de unidades de ensino, 48%, seguida pela região nordeste com 25%, região sul com 13% e regiões norte e centro oeste com 7% cada. A Tabela 1 apresenta o número de unidades de ensino por 100.000hab. A região sudeste ainda concentrava o maior número, 0,91 unidades/100.000hab, porém a região menos populosa do país, aparece em segundo lugar, com 0,78 unidades/100.000hab. A região norte, com a maior área territorial no Brasil, tinha inversamente a menor concentração de unidades de ensino.

Tabela1- Número de unidades de ensino por 100.000habitantes, segundo a região.

Regiões Brasileiras	Nº de unidades de ensino	População	Nº de unidades/100.000hab
Sudeste	728	80.353.724	0,91
Centro Oeste	110	14.050.340	0,78
Nordeste	380	53.078.137	0,72
Sul	189	27.384.815	0,69
Norte	98	15.865.678	0,62

Fonte: SISTEC⁽⁹⁾, IBGE⁽¹¹⁾,autores

Com relação aos alunos matriculados, eram 250.150 em todo o Brasil, 131,15 alunos por 100.000 habitantes. A região nordeste concentrava 40% destes, seguida pela região sudeste com 31%, região sul com 11%, região centro-oeste com 10% e região norte com 8%. A Tabela 2 apresenta o número de alunos matriculados por 100.000hab., segundo a região brasileira. A região nordeste concentrava o maior número, 187,97alunos/100.000hab. Porém, as regiões sudeste e sul, as mais populosas do país, detinha os mesmos índices e os mais baixos, 98,3 respectivamente.

Situação inversa à distribuição das unidades de ensino.

Tabela 2 - Distribuição dos alunos matriculados nos cursos de nível médio em enfermagem, por 100.000hab, segundo a região.

Regiões	População	Nº de alunos matriculados	Nº de alunos/100.000hab
Nordeste	5.30781.37	99.769	187,97
Centro oeste	1.4050.340	24.276	172,78
Norte	1.5865.678	20.184	127,22
Sudeste	80.353.724	78.988	98,30
Sul	27.384.815	26.933	98,35

Fonte: SISTEC⁽⁹⁾, IBGE⁽¹¹⁾, autores

Em média tínhamos 166,21 alunos por unidade de ensino, porém ao identificar o número absoluto de matriculados por unidade, 25% das unidades têm menos de 50 alunos matriculados, 22% têm de 50 a 99 alunos, 16% têm de 100 a 149 alunos, 11% de 150 a 199 alunos, 19% entre 200 e 499 alunos e 7% acima de 500 alunos.

A Tabela 3 traz um panorama mais detalhado de cada estado brasileiro em 2012. Observa-se que o Estado de Roraima, o menos populoso da Federação, tinha o maior número de alunos por 100.000hab, 391,60, enquanto o Estado de São Paulo, com a maior taxa populacional e o detentor do maior número de escolas, tinha 120,36. Porém, são os estados do Pará, Rio de Janeiro e Santa Catarina que apresentavam o menor contingente de alunos por 100.000 habitantes.

Tabela 3 - Distribuição das unidades de ensino nos estados brasileiros e alunos matriculados.

Estado	População	Unidades de ensino	Alunos matriculados	Alunos/100.000hab
Acre	732.793	4	1.209	164,99
Alagoas	3.120.922	6	8.966	287,29
Amapá	668.689	12	1.435	214,60
Amazonas	3.480.937	7	5.415	155,56
Bahia	14.021.432	110	26.590	189,64
Ceará	8.448.055	74	17.877	211,61
Distrito Federal	2.562.963	16	6.522	254,47
Espírito Santo	3.512.672	19	3022	86,03
Goiás	6.004.045	48	9.771	162,74
Maranhão	6.569.683	29	7.013	106,75
Mato Grosso	3.033.991	27	3.433	113,15
Mato Grosso do Sul	2.449.341	19	4.550	185,76
Minas Gerais	19.595.309	183	19.494	99,48
Pará	7.588.078	25	3.698	48,73
Paraíba	3.766.834	17	4.373	116,09
Paraná	10.439.601	67	10.262	98,30
Pernambuco	8.796.032	64	15.908	180,85
Piauí	3.119.015	48	7.873	252,42
Rio de Janeiro	15.993.583	51	6.822	42,65
Rio Grande do Norte	3.168.133	19	6.079	191,88
Rio Grande do Sul	10.695.532	76	12.791	119,59
Rondônia	1.560.501	19	3.271	209,61
Roraima	451.227	4	1.767	391,60
Santa Catarina	6.249.682	46	3.880	62,08
São Paulo	41.252.160	475	49.650	120,36
Sergipe	2.068.031	13	5.090	246,13
Tocantins	1.383.453	27	3.389	244,97

Fonte: SISTEC⁽⁹⁾, IBGE⁽¹¹⁾, autores

O Brasil registrava em 2012, 254.336 estabelecimentos de saúde (unidades básicas de saúde, pronto-socorro, hospitais gerais e especializados, consultórios, centros hemoterápicos, centros de atenção psicossocial, centros de parto, e outros) cadastrados no DATASUS em todo território. Para atender a demanda por trabalhadores de nível médio em enfermagem, estes estabelecimentos no Brasil contava com a média de 0,98alunos/estabelecimento de saúde. A Tabela 4 apresenta a relação entre o número de estabelecimentos de saúde e o número de alunos que estavam matriculados nas unidades de ensino nos cursos de nível médio em enfermagem, nas regiões brasileiras.

A região nordeste e norte tinha as maiores médias com 1,9 e 1,67alunos/estabelecimento respectivamente, enquanto a região sul e sudeste tinha 0,68 e 0,50 alunos/estabelecimento de saúde, os menores índices.

Tabela 4 - Relação entre o nº de estabelecimento de saúde e o número de alunos matriculados, por região.

Regiões	Nº de estabelecimentos de saúde	Nº de alunos matriculados	Nº de alunos/estabelecimento
Nordeste	52.395	99.769	1,90
Sudeste	115.061	78.988	0,68
Sul	53.300	26.933	0,50
Centro oeste	21.512	24.276	1,12
Norte	12.068	20.184	1,67

Fonte: SISTEC⁽⁹⁾, DATASUS⁽¹⁰⁾, autores

Ainda com relação aos recursos físicos da rede assistencial brasileira, o Brasil em 2012 tinha 454.295 leitos de internação, ou 0,55alunos matriculados/leito de internação. A Tabela 5 apresenta a relação entre os leitos de internação cadastrados no DATASUS em 2012 e a quantidade de alunos matriculados nas unidades de ensino, nos cursos de nível médio em enfermagem. Não se consideraram nestes resultados os leitos complementares, ou seja, os leitos de unidades de terapia intensiva, para neonatos, crianças e adultos, e também, unidades coronarianas, unidades intermediárias, unidades de

queimados e unidades de isolamentos cadastrados no sistema. Portanto, um viés a ser considerado, uma vez que a maioria desses leitos estavam localizados na região sudeste.

Tabela 5 - Relação entre o nº de leitos de internação e o número de alunos matriculados, por região.

Regiões	Total de leitos de internação	Nº de alunos matriculados	Nº alunos/leito
Nordeste	117.219	99.769	0,85
Sudeste	36.745	24.276	0,66
Sul	31.980	20.184	0,63
Centro Oeste	193.863	78.988	0,41
Norte	74.488	26.933	0,36

Fonte: SISTEC⁽⁹⁾, DATASUS⁽¹⁰⁾, autores

Os dados apontam que o Nordeste tinha a maior média, 0,85alunos/leito, enquanto as regiões centro oeste e norte têm a metade desta relação.

DISCUSSÃO

O aspecto quantitativo da educação profissional de nível médio em enfermagem historicamente sempre exerceu pressões políticas no cenário da saúde e da enfermagem no Brasil.

As mudanças no contexto do cuidado na saúde proporcionada pelas mudanças demográficas, econômicas, políticas e culturais tem ampliado e sofisticado o processo de produção de cuidados.

Como por exemplo, o advento de tecnologias que tem contribuído com o aumento da expectativa de vida em vários países, e que exigem uma maior qualificação dos profissionais para a sua incorporação, o que não significa necessariamente a diminuição de trabalhadores. Pelo contrário, percebe-se que a adoção de políticas que possam contemplar a integralidade do cuidado, implica num maior contingente de trabalhadores na saúde e altamente qualificados^(14,15).

Resultados de pesquisas tem demonstrado que a qualidade do cuidado depende diretamente do grau da formação de trabalho na enfermagem. Isto tem significado uma diminuição do tempo de internação com melhores resultados na recuperação de pacientes submetidos a tratamentos de diversas naturezas e a diminuição também da mortalidade. Estudo realizado na Universidade de Toronto com

46.993 pacientes, aponta que a presença de um maior contingente de bacharéis em enfermagem acarretou uma diminuição de 9 mortes para cada 1.000 pacientes que receberam alta^(16,17).

Em 2012, várias entidades dos EUA reuniram esforços e estabeleceram um programa para elevar a qualificação da força de trabalho na enfermagem, que recebeu um incremento financeiro na ordem de \$4.300.000. Neste país, em que os cuidados de enfermagem estão centrados na área hospitalar, ocorre na atualidade uma mobilização nacional para a formação de mais lideranças na enfermagem com grau de bacharel. Este país em 2011 oferecia 4.503 programas de qualificação profissional para a enfermagem, incluindo o doutorado. Importante ressaltar que as academias tal como as instituições de saúde possuem o certificado de acreditação pelo seu profissionalismo^(1,18).

O Brasil entre outros países, a Enfermagem historicamente tem convivido com a escassez da força de trabalho, carência de qualificação profissional, excessiva carga de trabalho e evasão profissional⁽¹³⁾. Os esforços para conhecer o rol de unidades de ensino que ofertam cursos na área técnica de enfermagem são recentes. A aproximação com os dados publicados do SISTEC, ainda em consolidação, permitiu uma primeira leitura da distribuição das unidades de ensino cadastradas no Brasil em 2012, que oferecem este tipo de curso, para lançar-nos numa construção científica de alguns índices que possam estimular reflexões mais concretas sobre a questão. Exercício pretensioso, mas que incentiva a crítica e questionamentos sobre a necessidade numérica deste profissional no mercado, e principalmente, discussões sobre como avaliar a sua qualificação no sistema educacional brasileiro.

O problema é complexo, porém instrumentos legais e sistemas de informação podem tornar o processo mais transparente, com informações que favoreçam as discussões e os rumos das políticas de saúde e da educação, com a possibilidade da participação da sociedade civil.

A educação profissional, ou mais propriamente a educação para o trabalho, no Brasil e no mundo, sempre se adaptou às transformações do contexto político-econômico-social. Observamos neste estudo que o eixo norteador da educação profissional tem sido o econômico e não o políticopedagógico.

Levantamos 1.505 unidades de ensino que oferece o curso de nível médio em enfermagem. Nas décadas de 70 e 80, o Brasil possuía, segundo dados da Associação Brasileira de Enfermagem⁽¹⁹⁾, 81 cursos de graduação em enfermagem, 115 cursos de técnico de enfermagem e 145 cursos de auxiliares, um salto de 1.365 unidades que oferecem cursos de nível médio enfermagem, ou seja, um

aumento de mais de 3 escolas para cada 100.000 hab. A maioria se concentra no eixo de maior poder econômico do país, ou seja, na região sudeste.

Se compararmos com os cursos de graduação em enfermagem, que em 2012 somavam 888 cursos temos a razão de 1,7 escolas técnica para cada curso de graduação⁽²⁾.

Porém, o aumento significativo das unidades de ensino, trouxe e traz questionamentos sobre as condições estruturais, físicas e humanas, em que são constituídos legalmente estes cursos, considerando a complexidade da formação na área de enfermagem e os custos necessários para a qualificação deste profissional. Discute-se aqui, que na dinâmica capitalista, a educação e saúde ainda são apropriadas como um bem de troca e o trabalho sua dimensão exploradora.

Inferimos aqui, que o aumento da oferta de cursos de educação de nível médio em enfermagem não é acompanhado por um processo de avaliação criteriosa do processo pedagógico.

E este é o cerne da questão.

Apesar de alguns avanços, a formação dos profissionais de saúde ainda está muito distante do cuidado integral, cujos perfis demonstram qualificação insuficiente para as mudanças das práticas.

Observa-se uma necessidade crescente de educação permanente para esses profissionais, para implantação e fortalecimento da atenção à saúde no SUS ou para preencher as lacunas do ensino profissional⁽²⁰⁾.

Observou-se no Censo Escolar 2010 a confirmação da trajetória de expansão da matrícula na educação profissional, que em 2007 era de 780.162 e atingiu, em 2010, um total de 1.140.388 matrículas – crescimento de 46% no período. Esse comportamento está em sintonia com as políticas e ações do Ministério da Educação, no sentido do fomento ao fortalecimento, expansão e melhoria da qualidade da educação profissional no país. A educação profissional subsequente – oferecida aos alunos que já concluíram o ensino médio – aumentou 27% no número de matrículas e tem uma participação de 62% no total de matrículas da educação profissional. O Censo ainda revela que a participação da rede pública tem crescido anualmente e já representa 52% das matrículas. Outro ponto que merece atenção diz respeito aos dez cursos com maior número de alunos. O curso de Enfermagem é o mais procurado na rede privada, com 23% de participação. Na rede pública, o destaque é Informática, com 12,4% do total da rede⁽²¹⁾.

Em 2009, o técnico em enfermagem com 75.571 de alunos matriculados ou 14,68% do total em todo Brasil, também foi o curso com o maior número de inscritos, seguido pelo técnico em informática, com 41.948 matrículas ou 8,15% e do técnico em segurança do trabalho, com 37.019 ou 7,19% do total⁽²¹⁾.

Nosso estudo levantou que as matrículas mais que triplicaram em 2012. Porém, de forma inesperada, quando analisamos a relação de alunos matriculados e população, observamos que as regiões nordeste e centro-oeste tinham os maiores índices, enquanto à região sudeste e sul os menores.

Neste sentido, a região sudeste que concentra o maior número de escolas tem índices surpreendentemente menores de alunos matriculados. A região nordeste concentra o maior número de alunos matriculados por 100.000hab.

Em 2015, dados sobre o interesse da população pelos cursos técnicos foi apresentado no “Mapa da Educação Profissional e Tecnológica do Brasil”, elaborado pelo Centro de Gestão e Estudos Estratégicos. O documento apontou que o Curso de Enfermagem teve o maior contingente de novas matrículas realizadas em 2013, o que representa 12,9 % do total dos alunos do sistema.

Foram 157.834 matrículas no total, 122.995 (77,93%) em cursos privados, 1.039 (0,66%) em cursos municipais, 30.906 (19,58%) em cursos estaduais e 2.894 (1,83%) em cursos federais. O mesmo estudo identificou que a grande maioria dos estudantes são mulheres, e estão concentrados em dois principais grupos etários, entre 20 e 24 anos (43.459) e 30 anos ou mais (51.941). O relatório justifica a expansão dos cursos de Enfermagem ao desenvolvimento do setor de “cuidados” (care), devido ao novo perfil das sociedades industriais urbanas contemporâneas, que têm enfrentado, via de regra, um rápido envelhecimento da população⁽²²⁾.

A busca massiva por este curso traz implicações que precisam ser estudadas. Para o ensino médio em enfermagem, isto significa qualificar o cuidado em saúde/enfermagem.

A maioria das escolas de educação profissional de nível médio não possui um controle anual da oferta de vagas, pois estas são preenchidas conforme a demanda pelos cursos. Ao contrário dos cursos de graduação em enfermagem que obrigatoriamente tem o registro das vagas disponíveis no MEC. Este dado é flexível nas escolas técnicas, ou seja, indefinido muitas vezes. Entretanto, se observarmos a distribuição das vagas dos cursos de graduação nos diversos estados brasileiros, ela é inversamente proporcional ao número de alunos matriculados nas escolas técnicas destes estados.

Podemos inferir que as matrículas de alunos nos cursos técnicos estão localizadas nas regiões com um número menor de vagas ofertadas para os cursos superiores de enfermagem.

Porém, como estavam as ofertas do mercado de trabalho para enfermeiros e técnicos de enfermagem em 2012? O setor saúde na economia brasileira representava 4,3% da população ocupada no país e gerava mais de 10% da massa salarial do setor formal e, em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho, 2,6 milhões vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos⁽²²⁾.

Nos últimos 30 anos, as transformações que ocorreram na saúde pública do Brasil com a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) representou para os gestores, trabalhadores e usuários do sistema uma nova forma de pensar, estruturar, desenvolver e produzir serviços e assistência em saúde, uma vez que os princípios da universalidade de acesso, da integralidade da atenção à saúde, da equidade, da participação da comunidade, da autonomia das pessoas e da descentralização tornaram-se paradigmas do SUS. Algumas tendências são identificadas, como por exemplo: expansão da capacidade instalada; municipalização dos empregos; ambulatorização dos atendimentos; maior qualificação da equipe; feminização da força de trabalho; flexibilidade dos vínculos, entre outras⁽²²⁾.

Observa-se que em 1992, os empregos ambulatoriais somavam 512.299 e os hospitalares 926.409. Em 2005, estes números dobram, passando para 1.226.714 e os hospitalares para 1.339.980. Constata-se uma elevação no período de 139,5%, em consequência do encolhimento dos empregos da rede hospitalar 44,6% e das mudanças na esfera pública. A introdução do Programa de Formação de Trabalhadores na Área de Enfermagem (PROFAE), cujo objetivo principal era o de transformar os antigos atendentes de enfermagem (informais e de baixa qualificação) em técnicos de enfermagem plenamente legitimados, provocou a expansão do quantitativo dos técnicos e auxiliares de enfermagem - de 267.848 em 1992 para 563.089 empregos em 2005, o quantitativo de atendentes teve um decréscimo de (-68%)⁽²²⁾.

Compreende-se que foram estas tendências que provocaram as principais mudanças no cenário da educação profissional de nível médio. As regiões brasileiras mais afetadas neste contexto foram àquelas mais vulneráveis durante os primeiros anos de implantação do SUS.

A relação que estabelecemos entre o número de alunos matriculados e os estabelecimentos de saúde e o número de leitos hospitalares confirmaram estas tendências.

Entretanto, sem uma evolução histórica destes parâmetros que possam nos fundamentar em análises mais profundas sobre estes indicadores, ficam questionamentos sobre a importância dos mesmos para que possamos acompanhar num futuro próximo seu comportamento, frente às demandas econômicas e da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo revelou um panorama inicial da Educação Profissional de Nível Médio da Enfermagem no Brasil, que apontou um aumento significativo tanto das unidades de ensino, como de alunos matriculados, distribuídos nas diversas regiões brasileiras de forma desigual e desarticulada das necessidades de saúde. A relação entre estas unidades, alunos matriculados e rede de assistência, precisa ser analisada com mais cuidado, e estabelecer outros indicadores que auxiliem as políticas públicas da educação e da saúde, na sua regulação e avaliação.

Observou-se também que a distribuição das vagas dos cursos de graduação nos diversos estados brasileiros, era inversamente proporcional ao número de alunos matriculados nas escolas técnicas destes estados, ou seja, o maior número de matrículas de alunos nos cursos técnicos estavam localizadas nas regiões com um número menor de vagas ofertadas para os cursos superiores de enfermagem.

Considera-se também, a necessidade de criar outros instrumentos que possam avaliar a dinâmica da educação profissional técnica e o mercado de trabalho, bem como a qualificação destes cursos. Ressalta-se aqui, que aliada à questão numérica, que sempre esteve subjacente à trajetória da educação profissional em enfermagem, pressionada continuamente em vários momentos da história para o aumento do contingente de profissionais aos quadros das instituições de saúde, está a necessidade de ampliação de competências e habilidades requeridas na formação para o mundo do trabalho e para a cidadania.

REFERÊNCIAS

1. NLN. National League for Nursing. Research Priorities in Nursing Education 2012 - 2015; 2012 [acesso em 2014 jun 19]. Disponível em:

<http://www.nln.org/researchgrants/researchpriorities.pdf>.

2. Carta de Belém para a educação em enfermagem brasileira. 13º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem – 13º SENADEn. Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Belém; 2012 [acesso em 2014 mar 10]. Disponível em:

<http://www.ufsm.br/ppgenf/CARTA%20DE%20BELEM.pdf>.

3. Cofen. Conselho Federal de Enfermagem. Análise de dados das inscrições dos profissionais de enfermagem existentes nos conselhos regionais no ano de 2011. Fevereiro de 2013.

www.portalconfen.gov.br/atlas/. Acesso: 18/09/2013.

4. Göttens LBD, Alves ED, Sena RR. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. *Rev Latino-amer Enf.* 2007; 15(5): 1033-40. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500026>

5. Bagnato MHS, Bassinello GAH, Lacaz CPC, Missio L. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. *Rev esc enferm USP.* 2007; 41(2): 279-286.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342007000200015>.

6. Galvão EA, Sousa MF. As escolas técnicas do SUS: que projetos político-pedagógicos as sustentam?. *Physis [online]*. 2012; 22(3): 1159-1189 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000300017>

7. Batista KBC, Gonçalves OSJ. Formação dos Profissionais de Saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde Soc São Paulo.* 2011; 20(4): 884-899.

8. Gatti BA. Estudos quantitativos em educação. *Educação e Pesquisa.* 2004; 30(1): 11-30. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1517-97022004000100002>

9. Sistec. Sistema Nacional de Informações da Educação Profissional e Tecnológica. Disponível em: <http://sitesistec.mec.gov.br> . Acessado dia 28 de março de 2011.

10. Datasus. Departamento de Informática do SUS. Brasília; 2013 [acesso em 28 mar 2011]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp

11. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasília; 2013 [acesso em 11 jan 2013].

Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/>

12. Ministério da Educação. Relatório Enfermagem. Central de atendimento do Ministério da Educação – Fala Brasil! Protocolo de nº9401065; 2012.

13. Magalhães AMM, Riboldi CO, Dall'agnol CM. Planejamento de recursos humanos de enfermagem: desafio para as lideranças. *Rev bras enferm.* 2009; 62(4): 608-12. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000400020>

14. Chagurutu S, Vallabhameni BA. Aiding and abetting-nursing crises at home and abroad. *N Engl J Med.* 2005; 353(17): 1761-1763. DOI:

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp058201>

15. Tourangeau, A.E, Doran, D.M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J.V. & Cranley, L.A. Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 57(1): 32-41. DOI:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17184372>

16. Tri-Council for Nursing. Educational advancement of registered nurses: A consensus position. [acesso em 11 ago 2014]. Disponível em:

<http://www.aacn.nche.edu/Education/pdf/TricouncilEdStatement.pdf>.

17. Van den Heede K, Lesaffre E, Diya L, Vleugels A, Clarke SP, Aiken LH & Sermeus W. The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46(6): 796-803.

DOI: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2856596/pdf/nihms-107207.pdf>

18. AACN. American Association of Colleges of Nursing. Creating a More Highly Qualified Nursing Workforce. [acesso em 11 set 2014]. Disponível

em: <http://www.aacn.nche.edu/mediarelations/NursingWorkforce.pdf>

19. Associação Brasileira de Enfermagem. Força de trabalho em enfermagem. O exercício da Enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982/1983. Brasília; ABEn/COFEn, 1985: 1, 1- 236.

20. Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campo FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44(3): 383-393. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010005000015>

21. Inep. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Resultado do Censo Escolar 2010 – Educacenso. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira.

<http://www.inep.gov.br/basica/censo> . Acesso: 28/07/2014.

22. Machado MH, Oliveira ES, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar Filho W, Wermelinger MV, MR, Souza Junior PB, Justino E, Barbosa C. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm Foco*. 2015; 6(1/4): 43-48.

Capítulo 62

MULHERES: SENTIMENTOS EXPRESSOS NA SALA DE ESPERA DO CENTRO CIRÚRGICO

[DOI: 10.37423/200400773](https://doi.org/10.37423/200400773)

Anna Maria de Oliveira Salimena (Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento EAP FACENF/UFJF).

Maura Patrícia de Andrade (Enfermeira. Graduada no Curso de Enfermagem FACENF/UFJF).

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva (Doutora em Enfermagem Professora do Departamento EAP da FACENF/UFJF).

Thais Vasconcelos Amorim (Doutora em Enfermagem Professora do Departamento EAP da FACENF/UFJF).

Ludimila Brum Campos Sampaio (Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Programa de Pós-graduação da FACENF/UFJF).

Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares (Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da FACENF/UFJF).

Layla Guimarães Paixão Oliveira (Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da FACENF/UFJF).

Bruna Lourenço Cassimiro (Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação da FACENF/UFJF).

Camila Silva Torres Militão (Enfermeira. Hospital Universitário da UFJF).



RESUMO: A pessoa e sua doença não são mais os principais centros de atenção e investigação da enfermagem, mas também, a família é vista como foco dessa atenção. **OBJETIVO:** conhecer os sentimentos de mulheres que aguardam na sala de espera do centro cirúrgico o trans-operatório de seu familiar. **METODOLOGIA:** valeu-se da abordagem qualitativa como meio de compreender os fenômenos e avaliar a subjetividade. O estudo foi desenvolvido na sala de espera do Centro Cirúrgico do Centro de Atenção a Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora. Participaram 17 mulheres/familiares de pacientes que estavam em trans-operatório de pequeno ou médio porte, no período do dia 04 a 29 de novembro de 2010. Os depoimentos foram colhidos através de entrevista aberta numa relação empática. **RESULTADO:** a análise compreensiva desvelou as Unidades de Significados: angustia e sofrimento; Confiança no bom resultado. Este momento de espera é descrito como sendo uma sensação desagradável, de tensão, apreensão ou medo. O medo do desconhecido e do que pode acontecer são as principais causas das inseguranças e dos sentimentos de angustia e preocupação desse familiar. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** cabe ao enfermeiro acolher o familiar de forma cordial, promovendo-lhe um ambiente tranquilo e confortável. O cuidado humanizado permite estabelecer relações que contribuem para aliviar as fontes geradoras de sofrimento para os pacientes e seus familiares durante a fase perioperatória.

Palavras-chave: enfermagem, sentimentos, centro cirúrgico.

INTRODUÇÃO

A pessoa e sua doença não são mais os principais centros de atenção e investigação da enfermagem, mas também, a família é vista como foco dessa atenção. Neste sentido, encontramos estudos que fazem reflexões referentes aos aspectos da experiência da família ao vivenciar uma situação conflitante e que é indispensável para o planejamento da assistência de enfermagem a esta¹.

A inquietação para desenvolver este estudo emergiu ao observar mulheres que aguardavam na sala de espera do Centro Cirúrgico o transcorrer do ato operatório de seu familiar, situação em que de várias formas os sentimentos foram expressos e demandaram a assistência de enfermagem. Sabe-se que o foco da atenção de cuidados do enfermeiro não deve estar centrado apenas no paciente em trans-operatório, mas também no familiar que vivencia esta situação.

Neste contexto, mesmo sendo uma área nova para a enfermagem nota-se um avanço nos conhecimentos teóricos, mas ainda há lacunas e se faz necessário que se desenvolva teorias para sustentar a prática². O progresso de conceitos específicos demonstra-se oportuno, a fim de permitir melhor entendimento da experiência da família e a proposta de intervenções avançadas com famílias que vivenciam situações difíceis, como aquelas enfrentadas pela enfermidade, hospitalização ou cirurgia de um membro da família.

A presença do familiar imprime novo modo de planejamento no trabalho da enfermagem, uma vez que assume certos cuidados que estão na esfera das ações da enfermagem. No ambiente hospitalar cabe ao enfermeiro prover uma comunicação efetiva e eficiente com o familiar, fazendo com que a informação chegue de forma correta e compreensível, não ocasionando dúvidas ou deixando lacunas, proporcionando assim conforto e minimizando a ansiedade e angústia, bem como outros sentimentos³.

Portanto, a comunicação entre enfermeiro, paciente e familiar deve ser aberta e de modo empático. Quando nos preocupamos com esta comunicação, estamos nos preocupando com a humanização do cuidado de forma integralizada, sendo a humanização o alicerce do desenvolvimento de nossas atividades assistenciais. Na relação terapêutica o enfermeiro deve respeitar a individualidade, crenças, valores dos familiares como forma de compreensão de suas necessidades e buscar a melhor maneira de ajudá-los neste momento de tensão⁴.

Sendo assim, durante as orientações do processo operatório, que envolve todo o período do pré-trans e pós, a equipe de enfermagem deve mostrar-se atenta e disponível ao familiar encorajando-o a relatar suas queixas, preocupações e dúvidas, evidenciando que a comunicação sob suas diferentes formas é o principal meio para favorecer a interação entre a equipe de enfermagem e os familiares^{5,6}.

A comunicação é parte essencial no processo terapêutico e o enfermeiro deve considerar a comunicação com o familiar como um processo recíproco, onde a finalidade é possibilitar o delineamento das necessidades a serem atendidas, para ajudar a pessoa que esta aguardando a cirurgia de seu familiar sentir-se um ser humano digno e reconhecido além de propiciá-lo a encontrar novos padrões de comportamento diante do evento aguardado⁷.

A inter-relação entre equipe de enfermagem e familiar deve ser pautada na humanização do cuidado, levando em consideração suas necessidades e singularidades para o estabelecimento do plano de cuidados.

Neste sentido, este estudo teve como objetivo conhecer os sentimentos de mulheres que aguardam na sala de espera do centro cirúrgico o trans-operatório de seu familiar.

METODOLOGIA

Estudo descritivo de natureza qualitativa, pois esta metodologia preocupa-se com aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e descrição dos fenômenos avaliando a subjetividade⁸, possibilitando aos participantes expressarem livremente em seus depoimentos sobre as suas vivências e cotidiano propiciando reflexões sobre a realidade⁹.

O projeto de pesquisa foi deferido pelo Comitê de Ética do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora com o Parecer nº 0126/201010. O estudo foi desenvolvido na sala de espera do Centro Cirúrgico do Centro de Atenção a Saúde da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Foram participantes 17 mulheres/familiares de pacientes que estavam em trans-operatório de pequeno ou médio porte, no período do dia 04 a 29 de novembro de 2010, tendo como critérios de inclusão: a faixa etária de 25 a 59 anos, independente da raça, cor, estado civil e escolaridade. Os depoimentos foram colhidos por meio de entrevista aberta numa relação empática¹¹, enquanto o paciente estava sendo operado/a, norteados pelas seguintes questões norteadoras: Como você está

se sentindo neste momento em que seu familiar foi para a sala de cirurgia? O que você esperava de assistência de enfermagem para vivenciar este momento?

As entrevistas foram gravadas em aparelho MP4 e transcritas posteriormente. Também, durante a realização destas observou-se a fala não verbal dos depoentes, expressa em gestos ou outras manifestações tais como: expressão facial, direcionamento do olhar, esfregar as mãos, postura do corpo, realizando o registro em diário de campo, pois que se torna uma fonte enriquecedora para a mesma⁸.

Após a transcrição integral de cada depoimento, procedeu-se à leitura atenta das informações neles contidos e aquelas registradas no diário de campo, especialmente quanto à linguagem não verbal. Este procedimento permitiu apreender as estruturas relevantes, identificando a essência dos significados e de sua organização realizou-se a análise compreensiva⁹ desvelando-se as Unidades de Significados: angustia e sofrimento; Confiança no bom resultado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados dezessete familiares de pacientes que estavam na sala de espera do centro cirúrgico aguardando procedimentos cirúrgicos de pequeno ou médio porte. A faixa etária variou entre 25 e 59 anos. Os depoentes foram pais, mães e filhas. Doze pessoas se declararam brancas, duas negras e três morenas. Quanto ao grau de instrução, três possuem o Ensino Fundamental incompleto e cinco completo, sete ensino médio completo, uma graduada e uma não soube informar. Sobre a religião, onze se declararam católicas e seis evangélicas. Quanto à ocupação atual, três são vendedoras, cinco são domésticas, uma cabelereira, uma professora e seis se declararam do lar. Todas se mostraram disponíveis para participar da entrevista e realizando seus depoimentos sem constrangimentos o que favoreceu a apreensão de significados.

O diagnóstico de um agravo a saúde e a indicação de cirurgia de modo geral é uma surpresa para a pessoa e sua família. Para o enfrentamento destes momentos se faz necessário ajuda dos profissionais de saúde, pois de forma inesperada se torna uma crise tanto para a pessoa quanto para os seus familiares visto que emerge vários sentimentos tais como: depressão, medo, ansiedade, nervosismo^{4,6}.

Quando o paciente é então encaminhado para a sala de cirurgia para o familiar acompanhante fica apreensivo e esse período de espera revela-se angustiante uma vez que se depara com um ambiente desconhecido na maioria das vezes, com circulação de pessoas estranhas, com normas e rotinas das

quais não estão acostumados. Este momento de espera é descrito como sendo uma sensação desagradável, de tensão, apreensão ou medo¹².

Esta intensidade dos sentimentos varia de individuo pra individuo, pois que cada ser é único e possui suas próprias vivencias que lhes dão bagagem para a experiência esse momento¹³. A ansiedade é desencadeada por um tensor que é percebido como uma ameaça desconhecida, potencialmente nociva e perigosa¹⁴. Os recortes dos depoimentos evidenciam a fortemente a angústia dos familiares enquanto aguardavam o decorrer do ato cirúrgico:

“Muita angustia... porque ... eu tenho muito medo, porque já passei isso com outro familiar quando adoeceu e não voltou mais”. E3

“Então isso trouxe um sofrimento muito grande para nossa família e isso acabou causando uma dor muito grande pra gente”. E12

“É... representa uma angustia...”. E14

“Bem a gente sente uma angustia muito grande... Representa uma angustia, uma coisa ruim, não é bom a gente ficar assim, a gente fica meio sufocado com esse negócio aí”. E15

As depoentes deste estudo vivenciam o início de um momento de ansiedade com relação ao procedimento cirúrgico desde quando ainda em sua residência começam a preparar-se para vir ao hospital, pois neste momento, começou a ocorrer uma mudança na rotina de suas vidas, ao se predisporerem a acompanhar mais de perto o seu familiar. Parece que o fato de lidar com coisas concretas fazem o familiar voltar-se para si e, desse modo, emerge o medo de que alguma coisa decorrente da cirurgia aconteça, revelando em sofrimento¹⁵.

O medo do desconhecido, o medo do que pode acontecer, o medo da morte, a falta de notícia e as experiências não bem sucedidas com outros familiares que necessitaram de cirurgia são as principais causas das inseguranças e dos sentimentos de angustia e preocupação desse familiar¹⁶. Portanto, acolher o familiar de forma cordial, promovendo-lhe um ambiente tranquilo e confortável, apresentando-lhe a equipe que cuidará de seu familiar nos próximos momentos, esclarecendo-lhes suas dúvidas, são atitudes que fazem com que a sistematização de assistência contribua na amenização dos sentimentos¹⁷.

A equipe de enfermagem representa o elo mais forte entre o ambiente da unidade de cirurgia e o familiar, por serem esses profissionais que exercem por maior tempo atividades junto ao paciente. Por isso a humanização das unidades cirúrgicas pode estar interligada á atuação dos profissionais de saúde

diante aos fatores estressantes¹⁵. Neste contexto, o cuidado humanizado permite estabelecer relações que contribuem para aliviar as fontes geradoras de sofrimento para os pacientes e seus familiares durante a fase perioperatória.

As depoentes expressaram sua angústia ao aguardarem o familiar durante o transoperatório, mas também evidenciara a confiança no bom resultado da cirurgia, pois pode-se observar o quanto foi reconfortante para a equipe e os familiares uma relação de troca e confiança mútuas nestes recortes:

“Estou me sentindo bem, porque sei que está em boas mãos e ela tem tido um bom atendimento, agora é só a correção do nariz dela”. E13

“Ela está bem de saúde, então esta etapa de hoje eu estou mais tranquila”. E13

A família sente-se cuidada pela equipe de saúde, quando recebe informações acerca de seu familiar. Estudo confirma que em relação aos familiares, os enfermeiros e integrantes da equipe de saúde precisam falar o provável, tornando-os cientes da seriedade da situação, através de informações precisas, corretas e esclarecedoras e de fácil entendimento, buscando encoraja-los nas suas decisões¹⁸.

Sabe-se que as informações sobre o processo cirúrgico devem ser fornecidas no período pré-operatório, se possível antes mesmo da internação, para que o cliente e familiares tenham a oportunidade de expressar seus sentimentos, dúvidas, medos e de ser compreendido, atendido ou apenas ouvido sobre suas necessidades. Assim, se pode concretizar a assistência humanizada, um atendimento digno e individualizado, considerando as crenças, valores e anseios do cliente e sua família e a possibilidade de suprir as suas necessidades com explicações sobre a cirurgia, procedimentos e possíveis consequências¹⁶.

É possível que a iminência do procedimento cirúrgico provoque sentimentos e avaliações cognitivas que, influenciados pela individualidade, resultem em comportamentos peculiares de adaptação, cuja finalidade é enfrentar os medos mais profundos. O familiar se sente responsável pelos fatos e acontecimentos e quer estar junto, quer sentir-se participativo, além de importante na vida de seu familiar tão querido. Portanto o profissional de enfermagem deve atentar-se às expressões e sentimentos em suas várias formas, colocar-se ao seu lado do familiar, estar presente em palavras, ações, um carinho ou mesmo um olhar cativante¹⁹.

Há a necessidade do profissional perceber e compreender o que se passa no mundo interior desses familiares nesta vivência tão marcante de suas vidas, para só assim assisti-los de forma humana e integral. Além disso, o profissional de enfermagem pode e deve promover estratégias de enfrentamento, para auxiliar seu trabalho neste momento. Além de instituir um ambiente mais ameno e acolhedor.

Uma depoente contribuiu expressando uma estratégia que acreditamos poder ser utilizada para ajudar os familiares que aguardam na sala de espera do centro cirúrgico.

“... poderia até criar um tipo de grupo pra ficar de apoio junto com essas pessoas, que tem pessoas que querem isso...”. E10

Esta informação revela o quanto o familiar sente a necessidade de ser cuidado, de ser assistido. E, mais além do que foi colocado, refletimos que será interessante promover grupos de interação entre os próprios familiares que aguardam por cirurgia, pois que assim eles poderiam dividir suas experiências, contribuindo coletivamente com o bem-estar. E a enfermagem estaria junto para esclarecer dúvidas, elucidar acerca do processo anestésico-cirúrgico, pois que muitas das vezes existem mitos e tabus. Neste sentido atuaria de maneira empática neste momento tão conflituoso, fazendo inserções autênticas no cuidar destas pessoas¹⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desvelou-se neste estudo que as mulheres que aguardavam na sala de espera do Centro Cirúrgico a cirurgia de algum membro da família ficaram mais susceptíveis a experiências e sentimentos diversos como a ansiedade, o sofrimento, a angústia, a dor, ao medo, o estresse e o sofrimento em geral.

Portanto, consideramos que cabe ao enfermeiro proporcionar informações, sanar as dúvidas de familiares, promover uma assistência de qualidade balizada na sistematização da assistência. Bem como, que tanto o enfermeiro como os demais membros da equipe de saúde devem estabelecer maior interação com os familiares.

Percebê-los também como clientes que precisam ser assistidos nas unidades dos hospitais, a fim de possibilitar uma assistência integral, visando não só o decréscimo da angústia/ansiedade, mas o aumento da confiança, cooperação, aceitação do diagnóstico e dos procedimentos utilizados, melhorando a relação de entendimento e de empatia.

REFERÊNCIAS

- 1 Ferrioli DR; Acosta LS; Gomes GC; Filho WDL. Cuidando de Famílias de Pacientes Internados em uma Unidade de Terapia Intensiva. *Família Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, 2003. 5(3);193-202.
- 2 Perrengill MAM; Angelo M. Identificação da vulnerabilidade da família na prática clínica. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2006. 40 (2): 78-86.
3. Salimena AMO; Andrade MP; Melo MCSC. Familiares na sala de espera do centro cirúrgico: sentimentos e percepções. *Cienc Cuid Saude* 2011; 10(4):773-780.
4. Tenani AC, Pinto MH. A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. *Arq Ciência Saúde*. 2007; 2 (14):81-7.
5. Silva WV, Nakata S. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58 (6): 673-7.
6. Squassante ND; Alvim LNAT. Relação equipe de enfermagem e acompanhantes de clientes hospitalizados: implicações para o cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2009; 62 (1): 11- 8.
7. Santos KMAB; Silva MJP. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006. 59 (1): 61-7.
8. Minayo MCS. (org). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Rio de Janeiro: Vozes; 2007.
9. Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Centauro; 2005.
10. Brasil, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília; 1996.
11. Moreira ICC, Monteiro CFS. Vivência da entrevista fenomenológica com prostitutas: relato de experiência. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62 (5): 789-92.
12. Salimena AMO. Buscando compreender os sentimentos da mãe ao deixar o filho à porta da sala de cirurgia. 2000. [Dissertação] - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais. 2000.
13. Silva WV; Nakata AS. Comunicação: uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. *Revista Bras. de Enfermagem*. 2005.58 (6): 673-77.
14. Lima FB; Silva JLL; Gentile ACA. Relevância da Comunicação Terapêutica na Amenização do Estresse de Clientes em Pré-Operatório: Cuidando Através de Orientações. *Informe-se em Promoção da Saúde*. 2007. 3 (2): 17-8.
15. Nascimento LJ. Humanização de enfermagem no período perioperatório e estratégias aplicadas para a redução de ansiedade. [Monografia]. Centro Universitário Clarentiano, Batatais, São Paulo, 2006.

16. Figher J, Viero EV. Vivencias do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: Fantasias e sentimentos mais presentes. Rev SBPH. Rio de Janeiro. 2005; 8 (2): 51-63.
17. Costa MAR, Cambiriba MS. Acolhimento em enfermagem: a visão do profissional e a expectativa do usuário. Rev Ciênc Cuid Saúde. 2010; 9(3): 494-502.
18. Maruiti MR, Galdeano EL. Necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Cuidados Intensivos. Acta Paul. Enferm. 2007; 20 (1)
19. Casanova EG, Lopes GT. Comunicação da equipe de enfermagem com a família do paciente. Rev Bras Enferm. Brasília. 2009; 62 (6): 831- 6.

Capítulo 63

A INFLUÊNCIA DO SUBDIMENSIONAMENTO NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NO CENTRO OBSTÉTRICO

DOI: 10.37423/200400783

Talita Hevilyn Ramos da Cruz Almeida (Docente na Universidade Paulista - Campus Ilhéus).

Email: talitahevilyn@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9215364155778485>

Emilaine Santos Souza (Hospital Regional Costa do Cacau-Ilhéus/Bahia).

E-mail: emilaine87@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/3314705908572222>

Gisleide Lima Silva (Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: glimasilva@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/8678975490652156>

Ricardo Matos Santana (Professor Adjunto da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: ricmas@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/9385234501124106>

Dejeane de Oliveira Silva (Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: dejeanebarros@yahoo.com.br. <http://lattes.cnpq.br/541843391771053>

Myria Ribeiro da Silva (Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: myriarib@uol.com.br. <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>



RESUMO: Esse artigo buscou descrever o subdimensionamento de Enfermeiros obstétricos e as suas consequências na qualidade da assistência prestada às parturientes de um hospital público no Sul da Bahia, tomando como base teórica a (NANDA) e a (NIC). Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualiquantitativa, realizada em um Hospital da Região Sul do Estado da Bahia, no período de setembro de 2013 a setembro de 2015 com 119 parturientes. A coleta de dados ocorreu através de exame clínico e anamnese destas pacientes, bem como de fontes secundárias como os prontuários. Evidenciaram-se 22 diagnósticos de Enfermagem (NANDA) e 17 intervenções de enfermagem. Dentre as principais intervenções realizadas pelos técnicos de Enfermagem tem-se: indução do trabalho de parto, assistência na amamentação, aconselhamento, cuidados durante o parto e cuidados no parto cesáreo. O estudo evidenciou que o subdimensionamento dificulta a execução das intervenções pertinentes à enfermeira obstetra, necessitando delegação dessas ações aos técnicos de enfermagem. A supressão dessa assistência por falta de profissional especialista no setor influencia negativamente na qualidade da assistência fornecida às parturientes. Nesse contexto, propõe-se aos gestores de maternidades a garantia de atuação da enfermeira obstétrica com condições laborais de acordo ao preconizado para a categoria.

Palavras-chave: Enfermagem; Dimensionamento; Obstetrícia.

INTRODUÇÃO

Desde o início das civilizações o cuidado esteve atrelado às práticas religiosas onde a mulher teve um grande protagonismo, seja pela atuação de freiras, beatas ou voluntárias (RAVAGNANI AC, 2015). No Brasil - Colônia, foi criada a quinta Santa Casa de Misericórdia do Brasil, localizada no Sul da Bahia, destinada ao acolhimento dos pobres, órfãos e enfermos (GERMANO RM, 1993). A direção deste estabelecimento era realizada por leigos e os serviços de enfermagem eram praticados por escravos ou por indivíduos de baixo nível social, o que não destoava do que era praticado no restante da Colônia, visto que não haviam exigências quanto a escolaridade para exercer a enfermagem nessa época, sendo o aprendizado estritamente empírico (PAIXÃO W, 1979; FILHO LCS, 1977).

Essa Enfermagem pré-profissional perdurou no mundo até o século XIX, quando Florence Nightingale iniciou a transformação da história da enfermagem como profissão, criando uma escola para enfermeiros na Inglaterra, a qual iniciava o rompimento do domínio médico sobre a enfermagem, de maneira que a instituição de ensino somente poderia ser dirigida por enfermeiras. Passou também a estabelecer exigências quanto aos padrões éticos e morais para o ingresso na escola e qualificou o ensino embasando-o nos conhecimentos das ciências naturais, filosofia, línguas, dentre outras (GERMANO RM, 1993; PAIXÃO W, 1979; TEODOSIO SSS,1990). A partir daí, começaram a serem formadas duas classes de profissionais numa mesma categoria, as nurses, as quais eram destinadas a serviços práticos e as ladies-nurses, as quais exerciam atividades de liderança, supervisão e ensino (TEODOSIO SSS,1990)

A Profissão de Enfermagem no Brasil passa a ser considerada uma ciência autônoma e com formação universitária a partir de 1922, quando um grupo de enfermeiras norte-americanas foram trazidas pelo sanitarista Carlos Chagas e pela posterior criação de uma escola para enfermeiros fundada por essas profissionais, conhecida hoje como Escola de Enfermagem Anna Nery (GERMANO RM, 1993; PAIXÃO W, 1979; SILVA GB, 1986; PAVA AM, NEVES EB, 2011).

Essa escola diferenciava-se das demais já existentes no país pois seguia as orientações do sistema nightingaliano, ou seja, a seleção dos conteúdos ensinados e a direção não era mais de domínio médico, além da diferenciação da classe profissional de acordo com as atribuições exercidas, pois até então, antes da implantação da Escola de Enfermagem Anna Nery, eram formados apenas “auxiliares de saúde” (MENEZES RMV, 2005, PAVA AM, NEVES EB, 2011). Porém, somente em 1931 ficou determinado, a partir do decreto 20109/31, a regulamentação da prática de Enfermagem no Brasil,

estabelecendo condições para tornar a Escola Anna Nery o modelo de ensino de enfermagem para as demais escolas (PAVA AM, NEVES EB, 2011).

A partir da transformação do ensino vigente até então através da implantação do modelo nightingaliano, a divisão do trabalho dentro da equipe de enfermagem ficou evidente, sendo necessária a criação das Escolas Técnicas de Enfermagem, as quais as aulas são ministradas até a atualidade por enfermeiras graduadas (PAVA AM, NEVES EB, 2011).

Em 1968 houve ascensão da profissão enfermeiro através da implantação de cursos de pós-graduação, fortalecendo as pesquisas científicas, trazendo autonomia à profissão e cessando a submissão da enfermagem às faculdades de medicina (GEOVANINI T, 2002; ANTUNES MJM, et al., 1999). Apesar disso, o desenvolvimento da profissão enquanto ciência dotada de teorias próprias, não impulsionou a valorização profissional. A enfermagem moderna é pouco prestigiada, tanto pela sociedade, como por outras categorias profissionais da área de saúde, principalmente a classe médica, a qual ainda relaciona a profissão Enfermagem aos tempos remotos de seu surgimento (GEOVANINI T, 2002; ANTUNES MJM, et al., 1999; PAVA AM, NEVES EB, 2011).

A desvalorização na profissão Enfermagem fragiliza suas lutas em torno de melhores condições laborais, como por exemplo, dimensionamento adequado dos profissionais, na consolidação de piso salarial adequado, no estabelecimento de vínculo empregatício com garantias de estabilidade e progressão salarial e na carga horária máxima de trabalho semanal (ALVES, 2007; PIMENTA GF, et al., 2018).

Diante da complexidade da temática, fica estabelecida a seguinte questão norteadora: De que modo o subdimensionamento de Enfermeiros obstétricos pode intervir na valorização do profissional enfermeiro e na qualidade da assistência?

A justifica-se a escolha do estudo pela necessidade de encontrar quais fatores têm influenciado na manutenção da desvalorização do profissional enfermeiro, sendo este de fundamental contribuição na qualidade da assistência prestada à população, na tentativa de reverter este quadro que têm ultrapassado as barreiras do tempo.

Para tanto, o objetivo deste estudo consiste em descrever o subdimensionamento de Enfermeiros obstétricos e as suas consequências na qualidade da assistência prestada às parturientes de um

hospital público no Sul da Bahia, tomando como base teórica a International Nursing Diagnoses (NANDA) e a Nursing Interventions Classification (NIC).

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, de característica quali-quantitativa, com utilização de dados coletados a partir da anamnese e exame clínico de 119 parturientes, participantes do estudo. Utilizou-se também de dados provenientes de fonte secundária, os prontuários, a partir da análise das evoluções e anotações de Enfermagem, as quais forneceram informações em torno dos cuidados prestados a estas pacientes.

O Hospital escolhido para a realização da pesquisa encontra-se na Região Sul do Estado da Bahia e utilizaram-se dados coletados entre o período de setembro de 2013 a setembro de 2015. Os critérios de inclusão foram: idade maior que 18 anos, admissão para procedimentos referentes a parto normal e cesáreo, e equipe de enfermagem que prestam assistência no centro obstétrico. E dentre os critérios de exclusão estão: idade menor que 18 anos, mulheres admitidas para procedimentos de curetagem e equipe de enfermagem que não prestaram assistência no centro obstétrico.

Trataram-se os dados por meio do software Epi Info, versão 7. Analisaram-se as informações, posteriormente, no Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 20.0, de modo a se obterem as frequências absolutas e relativas dos diagnósticos e as intervenções de Enfermagem, com o objetivo de conseguir um perfil do Processo de Enfermagem.

Os participantes foram informados acerca da finalidade do estudo e de seu caráter sigiloso, deixando claro que poderia haver interrupção da sua participação a qualquer tempo e sem qualquer tipo de prejuízo, por livre escolha do mesmo. Os entrevistados que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, parecer nº 436.807, da Universidade Estadual de Santa Cruz.

RESULTADOS

Utilizou-se como sujeitos do estudo 119 mulheres admitidas no setor obstétrico para o parto normal e cesáreo, com N amostral de 67 e 52 respectivamente.

Na Tabela 1 destacam-se os diagnósticos de Enfermagem encontrados conforme NANDA-I Taxonomia II.

Tabela 1. Diagnósticos de Enfermagem conforme NANDA-I Taxonomia II. Bahia, 2016.

Padrões Funcionais de Saúde	Domínios	Diagnósticos de Enfermagem	N	%
Nutrição	2	Disposição para Amamentação Melhorada	95.0	79.83
Atividade e Repouso	4	Intolerância à Atividade	71.0	59.66
Enfrentamento/Tolerância ao Estresse	9	Sobrecarga ao Estresse Medo	60.0 119.0	50.42 100
Segurança e proteção	11	Risco de Infecção Risco de Sangramento	119.0 95.0	100 79.83
Conforto	12	Conforto Prejudicado Dor Aguda	119.0 119.0	100 100

Fonte: HERDMAN TH, KAMITSURU S, 2017; SILVA MR, et al., 2020.

Após a elaboração e análise dos Diagnósticos de Enfermagem, conforme a avaliação clínica de cada cliente, elaborou-se as principais intervenções a serem implementadas, as quais estão descritas no **Quadro 1**.

Quadro 1- Intervenções de enfermagem baseadas na NIC. Bahia, 2016.

Domínios	Classe	Intervenções de Enfermagem
Fisiológico: Básico 1	E. Promoção do conforto físico	Controle de ambiente: Conforto Controle da dor Cuidado com o perineo
Fisiológico: Básico 1	F. Facilitação do autocuidado	Assistência no autocuidado
Fisiológico: complexo 2	N. Controle da perfusão tissular	Redução do sangramento: útero pré-parto Redução do sangramento: útero pós-parto
Comportamental 3	O. Terapia comportamental	Controle do comportamento
3	R. Assistência ao enfrentamento	Fortalecimento de autoestima
Segurança 4	V. Controle de risco	Proteção contra infecção Cuidados durante o parto
Família 5	W. Cuidados no nascimento dos filhos	Nascimento Cuidados pós-parto Assistência na amamentação Aconselhamento para lactação Promoção da integridade familiar Família que espera um filho Identificação de risco: Família que espera um filho

CHEK GM, et al.,2016; SILVA MR, et al., 2020.

Os **Quadros 2, 3 e 4** destacam as intervenções de Enfermagem, de acordo o nível de formação estimado para realização das mesmas, e o tempo que demanda para realizar cada uma delas, de acordo com a NIC. As intervenções marcadas em negrito nos **Quadros 2 e 3** são aquelas que os técnicos também implementavam, mesmo eles não tendo os requisitos necessários para realizá-los.

Quadro 1- Intervenções de Enfermagem e o tempo necessário para o Enfermeiro Obstetra realizar tais intervenções de acordo com a NIC. Bahia, 2016.

Intervenção	Código	Tempo Necessário	% (N)
Aconselhamento	5240	46-60 min	100
Aconselhamento sexual	5248	46-60 min	100
Administração de anestesia	2840	Mais de 1h	NA
Assistência no controle da raiva	4640	16-30 min	63
Controle da eliminação urinária	0590	31-50 min	41
Controle de nutrição	1100	31-45 min	73
Cuidados durante o parto: parto de alto risco	6834	Mais de 1 h	100
Nascimento	6720	Mais de 1 h	93
Exercícios para a musculatura pélvica	0560	16-30 min	67
Gerenciamento de recursos financeiros	8550	Mais de 1 h	NA
Indução do trabalho de parto	6850	Mais de 1 h	78
Monitoração eletrônica do feto: durante o parto	6772	Mais de 1 h	81
Monitoramento eletrônico do feto: pré-parto	6771	Mais de 1 h	81
Prescrição de medicamentos	2390	15 min ou menos	NA
Reanimação cardiopulmonar: feto	6972	Mais de 1 h	87
Reanimação cardiopulmonar: neonato	6974	46-60 min	87
Supervisão: gravidez tardia	6656	Mais de 1 h	75
Supressão do trabalho de parto	6860	Mais de 1 h	NA
Treinamento para controle de impulsos	4370	Mais de 1 h	42
Ultrassonografia: obstétrica	6982	31-45 min	NA

Fonte: BULECHEK GM, et al.,2016; SILVA MR, et al., 2020. *NA: não se aplica.

Quadro 2- Intervenções de Enfermagem e o tempo necessário para o Enfermeiro Assistencial realizar tais intervenções de acordo com a NIC. Bahia, 2016.

Intervenção	Código	Tempo Necessário	% (N)
Aconselhamento nutricional	5246	16-30 min	90
Aconselhamento para lactação	5244	31-45 min	90
Administração de analgésicos	2210	16-30 min	85
Administração de hemoderivados	4030	Mais de 1 h	90
Administração de medicamentos	2300	15 min ou menos	35
Administração de medicamentos: EV	2314	15 min ou menos	35
Apoio à tomada de decisão	5250	16-30 min	73
Apoio emocional	5270	16-30min	91
Apoio familiar	7140	Mais de 1 h	91
Assistência na amamentação	1054	16-30 min	87
Assistência na automodificação	4470	46-60 min	NA
Coordenação pré-operatória	2880	31-45 min	100
Avaliação da saúde	6520	46-60 min	100
Controle de choque	4250	16-30 min	100
Controle de choque: Hipovolêmico	4258	31-45 min	100
Consulta	7910	46-60 min	100
Contensão de custos	7630	31-5 min	NA
Controle da dor	1400	Mais de 1 h	67
Controle da hipervolemia	4170	16-30 min	100
Controle da náusea	1450	16-30 min	67
Controle da pressão	3500	16-30 min	67
Controle de convulsões	2680	16-30 min	100
Controle de hemorragia	4160	15 min ou menos	100
Controle de infecção	6540	31-45 min	67
Controle de infecção: transoperatória	6545	Mais de 1 h	67
Controle de medicamentos	2380	16-30 min	67
Controle do comportamento	4350	46-60 min	67
Controle do humor	5330	31-45 min	67

Controle do vômito	1570	16-30 min	67
Controle hídrico	4120	31-45 min	67
Controle intestinal	0430	31-45 min	67
Cuidado neonatal: método canguru	6840	46-60 min	98
Cuidados com local de incisão	3440	31-45 min	98
Cuidados com bebês	6820	Mais de 1 h	98
Cuidados com recém-nascido	6880	Mais de 1 h	98
Cuidado durante o parto	6830	Mais de 1 h	98
Cuidados no parto Cesáreo	6750	31-45 min	98
Cuidados pós-anestesia	2870	46-60 min	98
Cuidados pós-parto	6930	Mais de 1 h	98
Educação em saúde	5510	16-30 min	100
Ensino: atividade/ exercício prescrito	5612	16-30 min	100
Ensino: estimulação do bebê 0:4 meses	5655	16-30 min	100
Ensino: medicamentos prescritos	5616	16-30 min	100
Ensino: nutrição do bebê 0-3 meses	5640	16-30 min	100
Ensino: nutrição do bebê 4-6 meses	5641	16-30 min	100
Ensino: pré-operatório	5610	16-30 min	100
Ensino: procedimento//tratamento	5618	16-30 min	100
Ensino: segurança do bebê 0-3 meses	5645	16-30 min	100
Ensino: segurança do bebê 4-6 meses	5646	16-30 min	100
Exame das mamas	6522	15 min ou menos	100
Facilitação da presença da família	7170	Mais de 1 h	68
Melhora da autoestima	5400	16-30 min	87
Identificação de risco: família espera um filho	6612	Mais de 1 h	100
Melhora da disposição para aprender	5540	15 min ou menos	68
Monitoração de sinais vitais	6680	15 min ou menos	68
Monitoração do recém-nascido	6890	Mais de 1 h	87
Orientação aos pais: bebê	5568	31-45 min	100
Precauções cirúrgicas	2920	Mais de 1 h	68
Precauções contra convulsões	2690	15 min ou menos	100

Precauções contra sangramento	4010	31-45	100
Preparo cirúrgico	2930	46-60 min	68
Preparo para o nascimento	6760	Mais de 1 h	100
Prevenção do choque	4260	16-30 min	100
Promoção da integridade familiar	7104	Mais de 1 h	87
Promoção da paternidade/maternidade	8300	31-45 min	87
Promoção de vínculo	6710	Mais de 1 h	87
Promoção do exercício: para o fortalecimento	0201	31-45 min	87
Proteção contra infecção	6550	31-45 min	100
Punção venosa	4190	15 min ou menos	35
Redução do sangramento	4020	46-60 min	100
Redução do estresse por mudança	5350	16-30 min	90
Redução do sangramento: útero pós-parto	4026	46-60 min	100
Redução do sangramento: útero pré-parto	4021	46-60 min	100
Supervisão	6650	Mais de 1 h	100
Supervisão de funcionários	7830	Mais de 1 h	100
Supressão da lactação	6870	16-30 min	23
Sutura	3620	16-30 min	13
Terapia endovenosa (Ev)	4200	15 min ou menos	36
Orientação aos pais: educando os filhos	5566	16-30 min	100

Fonte: BULECHEK GM, et al.,2016; SILVA MR, et al., 2020. *NA: não se aplica.

Quadro 3- Intervenções de Enfermagem e o tempo necessário para o Técnico de Enfermagem realizar tais intervenções de acordo com a NIC. Bahia, 2016.

Intervenção	Código	Tempo Necessário	% (N)
Administração de medicamentos: enteral	2301	15 min ou menos	100
Administração de medicamentos: oral	2304	15 min ou menos	100
Administração de medicamentos: vaginal	2318	15 min ou menos	100
Alimentação	1050	16-30 min	100
Alimentação por mamadeira	1052	31-45 min	100

Assistência cirúrgica	2900	Mais de 1 h	100
Assistência no autocuidado	1800	16-30 min	100
Assistência no autocuidado: banho/higiene	1801	15 min ou menos	100
Assistência no autocuidado: uso de vaso sanitário	1804	15 min ou menos	100
Assistência no autocuidado: vestir-se/ arrumar-se	1802	15 min ou menos	100
Banho	1610	16-30 min	100
Controle do ambiente: conforto	6482	15 min ou menos	88
Controle do ambiente: processo de vínculo	6481	16-30 min	78
Cuidados com períneo	1750	15 min ou menos	87
Cuidados com repouso no leito	0740	16-30 min	100
Cuidados com os cabelos	1670	16-30 min	100
Cuidados com sondas: urinário	1876	15 min ou menos	100
Redução da ansiedade	5820	31-45 min	45
Sondagem vesical (Cuidados)	0580	15 min ou menos	100
Técnica para acalmar	5880	31-45 min	37
Verificação do carrinho de emergência	7660	15 min ou menos	NA
Vestir	1630	15 min ou menos	100

Fonte: BULECHEK GM, et al.,2016; SILVA MR, et al., 2020. *NA: não se aplica.

DISCUSSÃO

Neste estudo, realizou-se a análise do perfil do Processo de Enfermagem através da implementação das Classificações internacionais NANDA (International Nursing Diagnoses) e NIC (Nursing Interventions Classification). A aplicação de cada classificação forneceu uma base teórica para identificar os principais problemas apresentados, os leques de intervenção que essa população necessita, bem como o tempo que a Enfermeira deve empregar para realização de cada procedimento. Dessa forma facilita o reconhecimento das possíveis dificuldades e falhas encontradas na assistência à mulheres no pré-parto, parto e puerpério.

A Lei 7478 de 1986 foi sancionada para regulamentar o exercício da Enfermagem no Brasil e ela descreve que a equipe de enfermagem é composta por Enfermeiro, técnico de enfermagem, auxiliar

de enfermagem e parteira. Porém, apesar da ampla gama de profissionais que compõe a profissão, existem atividades que só podem ser exercidas pelo profissional enfermeiro, como atividades de consultoria, auditoria, consulta de enfermagem, prescrição de enfermagem e cuidados aos pacientes graves com risco de vida que exijam conhecimento de base científica e capacidade para tomar decisões imediatas (BRASIL, 1986).

Neste contexto, apesar do processo de concepção, desenvolvimento do feto e parto serem fisiológicos, é necessário um profissional com vasto conhecimento técnico-científico para assistir a parturiente no propósito de reconhecer precocemente qualquer processo patológico que possa se desenvolver neste período a fim de preservar a vida e saúde da mãe e seu concepto (BRASIL, 2001).

É importante destacar que o período correspondente ao parto e às primeiras 24 horas pós-parto são considerados os mais críticos, uma vez que há o risco de desenvolvimento de síndromes hipertensivas e hemorragias (RUIZ MT, et al., 2015). Segundo DATA-SUS, a mortalidade materna ainda é um problema de grande incidência no Brasil e entre os anos de 1996 e 2012 houveram 28.713 óbitos, onde a síndrome hipertensiva está em primeiro lugar seguida das hemorragias (BRASIL, 2008). A identificação e diferenciação de um sangramento fisiológico (menor de 500ml) do patológico, bem como dos sinais clínicos relacionados as síndromes hipertensiva e hipotonia uterina requer habilidades e intervenções que são praticadas por um profissional habilitado e requer além de uma avaliação de sinal vital, a implementação do exame físico e palpação adequadas (RUIZ MT, et al., 2015).

Sendo assim, o enfermeiro obstetra é o profissional dotado de habilidades auxiliam tanto na promoção de uma assistência altamente qualificada e humanizada, devolvendo às parturientes o protagonismo no momento do parto dando-as segurança neste processo, quanto na prestação de uma assistência sem intervenções desnecessárias, elevando assim a qualidade da assistência (COFEN, 2016; SAAD DEA, RIESCO MLG, 2018).

Isto posto, é imprescindível a participação efetiva do enfermeiro obstetra em todos os trabalhos de parto normal, tendo como auxiliares os demais profissionais da categoria de enfermagem. Porém, para que isso ocorra, é necessário que as instituições de saúde, que prestam assistência às parturientes, respeitem e sigam às recomendações do Conselho Federal de Enfermagem sobre o dimensionamento adequado da equipe de Enfermagem.

Segundo a Resolução COFEN nº 543 de 2017, a qual atualiza e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem, o dimensionamento deve basear-se em características relativas ao serviço de saúde, ao serviço de enfermagem e ao paciente. Assim sendo, a queda da qualidade da assistência, devido ao subdimensionamento, pode acarretar prejuízos na

valorização dos profissionais e na conquista de melhores condições de trabalho (PIMENTA GF, et al., 2018).

Pode-se observar que os **Quadros 2, 3 e 4** traz atribuições específicas para cada componente da equipe de enfermagem, de acordo com o seu grau de instrução, encontrados na NIC. Destaca-se o fato de que muitas condutas como: Aconselhamento; Assistência na amamentação; cuidados durante o parto; Indução do trabalho de parto são atribuições do Enfermeiro Obstetra, no entanto, estavam sendo realizadas pelos técnicos de Enfermagem.

O perfil delineado acima é resultado do subdimensionamento de pessoal. Durante a pesquisa realizou-se análise dos prontuários e discussão dos casos com as enfermeiras da área obstétrica. Identificou-se que por questões de escalas da instituição, muitas vezes o setor ficava sem o apoio adequado de um enfermeiro especializado, conseqüentemente muitos procedimentos eram delegados aos profissionais de nível técnico.

Segundo comprovado nos estudos de Saad DEA, Riesco MLG (2018) e Maia NMFS, et al.(2020), as enfermeiras obstétricas admitem que poderiam desempenhar mais ativamente os conhecimentos e competências profissionais, mas que precisam executar tarefas burocráticas, permanecendo distantes da atenção obstétrica, dando margem à necessidade de delegar suas funções para outros integrantes da equipe de enfermagem.

Isso corrobora com o estudo de Saad DEA, Riesco MLG (2018), o qual traz que o dimensionamento inadequado, a sobrecarga de trabalho e a equipe médica afetam diretamente na colaboração à assistência das parturientes. Para muitos médicos, a enfermeira especialista é facilmente substituível por um técnico ou auxiliar de enfermagem. Sendo assim, a contribuição com enfermeira obstetra depende muito de como elas são reconhecidas ou não como integrantes essenciais da equipe. Desta forma, a falta de entendimento dos médicos quanto às suas atribuições funciona como uma fonte negativa que dificulta a sua postura ideal como profissional qualificada na equipe de saúde (SAAD DEA e RIESCO MLG, 2018)

A falta de reconhecimento da profissão de enfermagem retomam fatores históricos e de gênero, onde atividades predominantemente masculinas, como a medicina, se sobressaem das demais atividades femininas, como a enfermagem, e isso perpassa pelo exercício da violência simbólica, que por ser conseqüente ao exercício do poder simbólico, é praticamente imperceptível para os agentes (MOREIRA NJMP, et al., 2017).

Em um estudo feito por Bittencourt RC et al. (2019) sobre a evolução histórica da configuração da equipe de enfermagem em um hospital militar, observou-se que a assistência de enfermagem ficava

quase em sua totalidade a cargo de profissionais que possuíam o nível médio de ensino (técnicos ou auxiliares de enfermagem), e o pequeno quadro de enfermeiros existentes não participava do cuidado direto aos pacientes em razão do diminuto quadro destes profissionais. Sendo a carreira militar majoritariamente masculina, a implantação da enfermeira encontrou dificuldades por barreiras impostas pelos técnicos e auxiliares que eram em sua maioria do sexo masculino e não queriam perder sua posição de comando para uma enfermeira do sexo feminino (BITTENCOURT RC et al., 2019). Subtende-se então que estes profissionais de enfermagem de nível ficavam sob o comando direto dos oficiais médicos, reforçando assim a o erro de concepção de que a equipe de enfermagem é subordinada ao médico.

Ao avaliar-se o tempo necessário para a Enfermeira implementar cada intervenção (**Quadros 2 e 3**), percebe-se que não há tempo hábil suficiente no dia para a mesma executá-las sozinha em cada paciente, justificando assim a delegação destas atividades ao técnico de enfermagem, de forma supervisionada. Porém, a execução de algumas ações que demandam maior conhecimento técnico-científico não devem ser delegadas, mesmo sob supervisão. A delegação de funções a outros integrantes da equipe de Enfermagem também é evidenciada pelos estudos de Saad DEA, Riesco MLG (2018) e Maia NMFS, et al.(2020), nos quais os afazeres relativos ao gerenciamento da unidade demandava muito tempo e a assistência direta das especialistas às parturientes ficava prejudicado. Diante disso, pode-se inferir que a qualidade da assistência prestada no centro obstétrico do hospital filantrópico do Sul da Bahia pode melhorar se implementadas as medidas de dimensionamento adequado. Destarte, ao ascender esta qualidade, a população assistida se sentirá mais segura ao precisar dos serviços da instituição, elevando como consequência a procura por seus serviços e a lucratividade dos gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo evidenciou que o subdimensionamento dificulta a execução das intervenções pertinentes à enfermeira obstetra, necessitando delegação dessas ações aos técnicos de enfermagem. Apesar dessas funções estarem sendo realizadas de forma supervisionada, a assistência implementada pela enfermeira obstetra difere dos demais integrantes da equipe de enfermagem devido sua qualificação específica na área. Sendo assim, é importante destacar que a supressão dessa assistência por falta de profissional especialista no setor, influencia negativamente na qualidade da assistência fornecida às parturientes. Infere-se, que contexto delineado nessa pesquisa é vivenciado pelos enfermeiros em diferentes instituições e auxilia na propagação de uma visão errônea de que o enfermeiro é

substituível, fato evidenciado pela delegação de funções, aumentando a desvalorização e sobrecarga do profissional enfermeiro. Nesse contexto, propõe-se aos gestores de maternidades a garantia de atuação da enfermeira obstétrica com condições laborais de acordo ao preconizado para a categoria, através do adequado número de profissionais para a demanda do hospital.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, G. Dimensões da reestruturação produtiva: ensaios de sociologia do trabalho. Londrina: Praxis, 2007; 288p.
2. ANTUNES MJM, et al. Métodos pedagógicos que influenciam o planejamento das ações educativas dos enfermeiros: revisão bibliográfica. Rev Esc Enferm USP, 1999; 33(2):165-74.
3. BITTENCOURT RC, et al. Evolução histórica da configuração da equipe de enfermagem em um hospital militar. Rev Rene, 2019; 20(-): 1-8.
4. BRASIL. Área técnica de saúde à mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível
5. em < http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em 20 de abril de 2019.
6. BRASIL. LEI Nº 7498, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, jun 1986. Disponível em < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L7498.htm>. Acesso em 20 de abril de 2019.
7. BRASIL. Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos. Informações de saúde: Estatísticas vitais. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em < <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defctohtm.exe?sim/cnv/mat10> > Acesso em 20 de abril de 2019.
8. BULECHEK GM, et al. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 640p.
9. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução COFEN n. 516, de 24 de junho de 2016. Dispõe sobre normatização, atuação e a responsabilidade do enfermeiro, enfermeiro obstetra, obstetriz na assistência à gestante, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e outros locais onde ocorram essa assistência e dá outras providências. COFEN, Brasília (DF); 2016 jun 24. Disponível em < <http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RES.-COFEN-516-2016.pdf> >. Acesso em 20 de abril de 2019.
10. COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução COFEN n. 543, de 18 de abril de 2017. Dispõe sobre a atualização e estabelecimento dos parâmetros para o dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços em que são realizadas atividades de enfermagem. COFEN, Brasília (DF); 2017 abr 18. Disponível em < http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-5432017_51440.html >. Acesso em 20 de abril de 2019.

11. FILHO LCS. História geral da medicina brasileira. São Paulo: HUCITEC, 1977; 436p.
12. GEOVANINI T. História da Enfermagem: versões e interpretações. Rio de Janeiro: Revinter, 2002; 470p.
13. GERMANO RM. Educação e ideologia da Enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1993; 118p.
14. HERDMAN TH, KAMITSURU S. Diagnóstico de Enfermagem NANDA I: Definições e classificações 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2017; 488p.
15. MAIA NMFS, et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre a função do gerente de enfermagem hospitalar. Rev Pesq Cuid Fundam online, 2020; 12(-): 1-5.
16. MENESES RMV. Formação da enfermagem no estado Potiguar: da criação à consolidação. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005; 173 p.
17. MOREIRA NJMP et al. Condições de trabalho no hospital: percepções de enfermeiras obstétricas. Rev Enferm UERJ; 25(-): 1-5.
18. PAIXÃO W. História da Enfermagem. Rio de Janeiro: Bruno Bucciari, 1979; 141p.
19. PAVA AM, NEVES EB. A arte de ensinar Enfermagem: uma história de sucesso. Rev Bras Enferm, 2011; 64(1): 145-51.
20. PIMENTA GF, et al. Influencia da precarização no processo de trabalho e na saúde do trabalhador de enfermagem. Ver Enferm UFSM, 2018; 8(4): 758-68.
21. RAVAGNANI AC. História da Enfermagem. Rio de Janeiro: SESES, 2015; 162p.
22. RUIZ MT, et al. Associação entre síndromes hipertensivas e hemorragia pós parto. Rev Gaúcha Enferm, 2015; 36(esp): 55-61p.
23. SAAD DEA, RIESCO MLG. Autonomia profissional da enfermeira obstétrica. Rev Paul Enferm, 2018; 29(1-3):11-20.
24. SILVA GB. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986; 143p.
25. TEODÓSIO SSS. Divisão do trabalho e a cientificidade do saber sistematizado na enfermagem: um caminho para seu entendimento. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1990.

Capítulo 64

ENFRENTAMENTO E TOLERÂNCIA AO ESTRESSE EM PACIENTES CARDIOPATAS

[DOI: 10.37423/200400784](https://doi.org/10.37423/200400784)

Talita Hevilyn Ramos da Cruz Almeida (Docente na Universidade Paulista - Campus Ilhéus).

Email: talitahevilyn@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/9215364155778485>

Emilaine Santos Souza (Hospital Regional Costa do Cacau-Ilhéus/Bahia).

E-mail: emilaine87@gmail.com. <http://lattes.cnpq.br/3314705908572222>

Gisleide Lima Silva (Professora Assistente da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: glimasilva@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/8678975490652156>

Ricardo Matos Santana (Professor Adjunto da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: ricmas@uesc.br. <http://lattes.cnpq.br/9385234501124106>

Myria Ribeiro da Silva (Professora Adjunta da Universidade Estadual de Santa Cruz-Bahia).

Email: myriarib@uol.com.br. <http://lattes.cnpq.br/5165291547465372>



RESUMO: Esse artigo buscou analisar o diagnóstico de enfermagem Medo em indivíduos cardiopatas, a sua relação com a doença cardíaca e a vida sexual do indivíduo. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quali-quantitativa, realizado nas unidades de internação de um hospital público. Participaram do estudo 139 clientes internados no setor de cardiologia. Para a coleta dos dados, realizou-se anamnese, exame clínico e verificação dos prontuários. Dentre os diagnósticos médicos que levaram as internações destes pacientes, destaca-se a Insuficiência Cardíaca Congestiva e o Infarto Agudo do Miocárdio, com a porcentagem de 46% e 28% respectivamente. Dentre os diagnósticos de enfermagem relacionado ao domínio Enfrentamento/Tolerância ao estresse destacaram-se o Medo em 100% dos pacientes internados, Síndrome do estresse por mudança em 80% e Sentimento de impotência em 70%. Sendo assim, a partir deste estudo foi perceptível o quanto o Medo influencia no cotidiano do paciente cardiopata e o leva a impotência diante da condição de saúde. É imprescindível o conhecimento e a habilidade do enfermeiro, a fim de direcionar as ações, com conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: Cardiologia, Medo, Processo de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares apresentam-se como um grande problema de saúde pública tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos. Corresponde a 30% das causas de óbitos em todo o mundo. No Brasil é a primeira causa de óbito em todas as regiões, sendo responsável por 33% do total de óbitos e 20% das causas em indivíduos acima de 30 anos. Além disso, são responsáveis por altas taxas de internações e gastos no âmbito hospitalar (GRISA, MONTEIRO, 2015; RIBEIRO, et al., 2015). Segundo estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que em 2030 a mortalidade por doença cardiovascular chegue a 25 milhões. Destaca-se, portanto a relevância da assistência biopsicossocial ao paciente cardiopata (GRISA, MONTEIRO, 2015).

A notícia do diagnóstico de uma doença crônica, necessidade de cirurgias e tratamentos, traz consigo uma série de questionamentos, medo e ansiedade. No que se refere à doença cardíaca, o medo iminente de morte é perceptível, uma vez que o diagnóstico traz consigo uma ameaça à vida. Mas, para além disso, há preocupações, principalmente por parte dos homens, com o sustento da casa, vida social e relacionamento amoroso e pessoal, o que se configura numa possível impotência social e sexual (CARVALHO, CIDADE, 2000).

A cardiopatia compromete de forma sistêmica o organismo, além de comprometer o aspecto emocional do indivíduo. Portanto, o Enfermeiro tem uma função importante no enfrentamento da doença e das necessidades físicas, psicológica e social. Nesta perspectiva, é importante que o enfermeiro perceba as inúmeras necessidades que os pacientes portadores de doença crônica apresentam, para que se realize raciocínio clínico e crítico constante (CASTRO, et al., 2016; LOPES et al., 2012).

As classificações internacionais de enfermagem, a NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) e NIC (*Nursing Interventions Classification*) surgiram a partir da necessidade da American Nursing Association (ANA) em padronizar uma linguagem e tornar a profissão mais científica. Estas classificações constituem ligações que são definidas como uma relação entre um diagnóstico e uma intervenção de enfermagem, os quais associados levam a um resultado capaz de solucionar um problema, estimulando o raciocínio diagnóstico e a tomada de decisão da enfermagem (HERDMAN, KAMITSURU, 2017; MOORHEAD, et al., 2016, BULECHEK, et al).

Tendo em vista a complexidade da temática, questionou-se: Até onde o medo pode interferir na fisiopatologia e na vida social de um indivíduo cardiopata?

A relevância desse estudo pauta-se na necessidade de evidenciar a importância do medo em pacientes cardiopatas internados, e tem como objetivo analisar o diagnóstico de enfermagem Medo em indivíduos cardiopatas e a sua relação com a doença cardíaca e vida sexual.

MÉTODO

Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quali-quantitativa, realizado na unidade de internação cardiológica de um hospital público realizado na região Sul do estado da Bahia. Com base em amostragem de conveniência, adotaram-se como critério de seleção, pacientes cardíacos, admitidos no referido hospital, no período de setembro de 2013 a dezembro de 2015. Participaram do estudo 139 pacientes. O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE: 21480413.8.0000.5526.

Os critérios para inclusão na pesquisa foram pessoas com idade superior a 18 anos, com doença cardíaca, conscientes, sendo verificado o nível de consciência mediante a aplicação da Escala de Coma Glasgow, com escore igual a 15.

Para a coleta de dados foram realizadas anamnese e exame clínico e como fonte secundária de dados os prontuários dos clientes, em especial o histórico (formulário de investigação), a evolução e as anotações de enfermagem, pois estes fornecem informações em que abordam os requisitos de ações de enfermagem prestadas, os relativos ao desenvolvimento da condição de saúde, contendo questões relacionadas a dados sociodemográficos, antecedentes cirúrgicos e de doenças, além de dados laboratoriais.

Os participantes do estudo foram informados acerca da finalidade do estudo, do caráter sigiloso e possibilidade de interrupção de sua participação sem qualquer tipo de prejuízo, e após a aceitação, estes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O tratamento dos dados foi realizado no *software Epi Info* versão 7. A análise foi realizada no *Statistical Package for Social Science*, versão 20.0 por meio de frequências absolutas e relativas. Consideraram-se os títulos dos Diagnósticos de Enfermagem (DE) formulados para mais de 70% dos participantes do estudo.

Os DE foram confrontados com a literatura e avaliados por três peritos com expertise na área, ou seja, mais de dez anos de exercício na profissão, publicações em congressos, livros e/ou revistas indexadas na área de diagnóstico, resultados e intervenções de enfermagem nos últimos cinco anos.

RESULTADOS

Foram avaliados 139 pacientes internados no setor de cardiologia. A tabela 1 destaca os dados sociodemográficos dos pacientes internados com destaque na prevalência de internações para o sexo masculino 65,4%, a faixa etária considerada idosa mantém alta porcentagem nas internações 56,1%. A população considerada ativa representou 43,9% da amostra. Os que se declararam como solteiros apresentaram a porcentagem de 75,5% das internações, em comparação aos que se declararam casados 18,7%.

Tabela 1- Características sociodemográficas dos pacientes internados no setor de cardiologia. Bahia, 2015.

SEXO	(N)	(%)
Feminino	48	34,6
Masculino	91	65,4
Total	139	100
IDADE		
18 – 59 anos	61	43,9
60 – 100 anos	78	56,1
Total	139	100
ESTADO CIVIL		
Solteiros	105	75,5
Casados	26	18,8
Divorciados	3	2,1
Viúvos	5	3,6
TOTAL	139	100

Fonte: ALMEIDA THRC, et al., 2020.

Dentre os diagnósticos médicos que levaram as internações destes pacientes, destaca-se a Insuficiência Cardíaca Congestiva e o Infarto Agudo do Miocárdio as causas principais destas internações, com a porcentagem de 46% e 28% respectivamente. As complicações pulmonares também apresentaram destaque, sendo 10% destas internações.

A tabela 2 apresenta os diagnósticos de enfermagem pertencentes ao domínio Enfrentamento e Tolerância ao Estresse. O diagnóstico de enfermagem Medo correspondeu a 100% dos pacientes avaliados.

Tabela 2- Diagnóstico de Enfermagem, características definidoras, fatores relacionados referentes ao domínio Enfrentamento/Tolerância ao estresse. Bahia, 2015.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	% (N)
MEDO	100
<i>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS:</i>	(139)
<ul style="list-style-type: none"> • Alarme • Tensão aumentada • Autossegurança diminuída • Nervosismo • Pânico • Dispneia • Fadiga • Pressão arterial e pulso aumentados 	
<i>FATORES RELACIONADOS:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Dano sensorial, estímulo fóbico • Falta de familiaridade com experiência ambiental • Liberadores inatos 	
SÍNDROME DO ESTRESSE POR MUDANÇA	
<i>CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS:</i>	80 (111)
<ul style="list-style-type: none"> • Depressão • Insegurança • Medo • Sintomas físicos aumentados. 	
<i>FATORES RELACIONADOS:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • Estado de saúde diminuído; • Mudança de um ambiente para outro. 	

SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA

CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS:

- Relatos de frustração quanto à incapacidade de realizar atividades anteriores. **70 (97)**

FATORES RELACIONADOS:

- Regime relacionado à doença.

Fonte: HERDMAN TH, KAMITSURU S, 2017; ALMEIDA THRC, et al., 2020.

DISCUSSÃO

A partir das análises dos dados coletados percebeu-se a alta prevalência das doenças cardíacas no sexo masculino com porcentagem de 65,4%. De acordo com pesquisas realizadas por Ribeiro CP, et al. (2015), em pacientes submetidos a cirurgia cardíaca, 76,7% dos indivíduos eram do sexo masculino. Segundo o Ministério da Saúde, tal fato pode ser explicado devido à resistência dos mesmos frente à procura pelos serviços de saúde o que se configura em um problema de saúde pública (FONTES, et al., 2011).

A faixa etária com elevado índice de internação foram os maiores de 60 anos, com porcentagem de 56,1%. Os indivíduos entre 18 e 60 anos que representam a população ativa foram 43,9%, apesar de não ter sido o maior índice, esse percentual representa uma amostra significativa. Pesquisas realizadas por Gus I, et al. (2015), no estado do Rio Grande do sul Brasil destacou uma alta prevalência de fatores de risco em torno de 70% para doenças cardíacas em indivíduos em idade economicamente ativa entre 18 e 60 anos. No entanto, diferente do presente estudo as mulheres representaram maior percentual. A dislipidemia, obesidade, sedentarismo, tabagismo correspondem aos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares identificados (GUS I, et al., 2015).

A alta prevalência de cardiopatias no sexo masculino esteve vinculada ao grande número de indivíduos solteiros 75,5%. Os hábitos de vida e culturais estão ligados de forma direta com as doenças cardíacas. É comum da cultura local Sul Baiana alimentos com alto índice de sal como carne de charque dentre outras peças salgadas de boi e porco comumente utilizados em feijoadas, uso de óleo de dendê saturado em algumas iguarias como acarajé. Além disso, o uso de bebida alcoólica e tabaco são cada vez mais precoces na sociedade atual (GAETE, et al., 2016).

O principal motivo de internação foi a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) 46%, seguido de Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) 28%. Nos Estados Unidos as doenças coronarianas apresentam taxa de mortalidade anual superior as causas externas, neoplasias e doenças respiratórias (NASSER, et al.,

2016). No Brasil pode-se inferir que o alto índice de cardiopatias pode ser resultante da baixa adesão aos programas da Atenção Primária, avaliação multiprofissional de rotina bem como os hábitos de vida. Além disso, a mudança no perfil demográfico, maior número de idosos, teve forte influência (FONTES, et al, 2011).

A partir da investigação clínica dos pacientes foi possível elencar o diagnóstico de Enfermagem Medo segundo a Taxonomia da Nanda I. Para melhor análise, foi avaliado outros diagnósticos que compõe o domínio Enfrentamento/Tolerância ao estresse no qual o diagnóstico Medo está inserido. Dentro desse grupo, o Medo é o mais prevalente com 100% e posteriormente os diagnósticos: Síndrome de stress por mudança e Sentimento de impotência, com 80% e 70% dos casos respectivamente.

Percebe-se que ambas as situações, medo, stress e impotência estão intimamente interligadas. Pode-se dizer que o medo de enfrentar uma condição que ameaça à saúde traz ao indivíduo um misto de sentimentos como impotência e stress diante da situação que interfere muitas vezes no tratamento da patologia e qualidade de vida. Em sua pesquisa, com pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, Ribeiro, et al. (2015) identificou o diagnóstico Medo em 38,5% dos casos.

Segundo Carvalho e Cidade (2000), a impotência sexual ou até mesmo dificuldade no ato, pode-se dar por dois fatores, um é a depressão após saber de um diagnóstico de doença cardíaca e possível prognóstico ruim, nesse caso o homem fica sem ânimo e indisposto para todas as atividades do seu cotidiano, inclusive a atividade sexual. Outro fator é o medo, ocorre principalmente após procedimentos cirúrgicos e internação. Nesses casos o paciente relata medo pelo fato de a relação sexual demandar mais esforço físico, emoção na hora do orgasmo, muitos temem morrer e isso assusta e afasta o indivíduo do contato mais íntimo com suas parceiras (CARVALHO, CIDADE, 2000).

Durante a coleta de dados identificou-se a preocupação dos pacientes, homens, com relação à continuidade de sua vida sexual. Houve relatos de medo e impotência diante da condição de saúde. Vários tentaram sanar dúvidas sobre sua condição de saúde e as limitações imposta pela mesma. A enfermagem deve atuar nessa perspectiva, escutando e orientando o paciente quanto ao seu estado de saúde, tratamento medicamentoso, mudança nos hábitos de vida que podem ajudar a manter o controle do seu estado de saúde e visualizar o indivíduo como ser holístico que possui necessidades psicossociais e não apenas biológica.

Siervuli, et al. (2014) destaca a relevância da atividade física no tratamento de doenças coronarianas como o IAM. Segundo o autor a atividade física melhora a fração de ejeção de sangue, dessa forma previne novos eventos cardíacos e aumentando a expectativa de vida. Além disso, atua na redução dos níveis de stress e depressão. Tomando como base estudos como o de Siervuli , et al. (2014), algumas

atividades têm sido utilizadas nas Unidades Coronarianas através do ortostatismo e deambulação precoce. As atividades são intensificadas de acordo com a capacidade funcional do indivíduo. São empregados exercícios aeróbicos principalmente em membros inferiores com alta intensidade e curta duração. É importante destacar que o tipo e tempo da atividade física a ser desenvolvida deve ser analisada e prescrita por uma equipe multiprofissional (SIERVULI , et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi relevante para o entendimento de quanto o enfrentamento/estresse influencia no cotidiano do paciente cardiopata e o leva a impotência diante da condição de saúde. A descrição do Diagnóstico de Enfermagem Medo a partir desta pesquisa evidenciou a prática sistematizada da enfermagem quanto ao cuidado do paciente cardiopata. Os dados clínicos obtidos e o uso da terminologia da NANDA forneceram subsídios para enfatizar a linguagem padronizada da prática da enfermagem no cuidado em questão. O conhecimento e a habilidade do enfermeiro são imprescindíveis a fim de direcionar as ações, com conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

1. BULECHEK GM, et al. Classificação das intervenções de enfermagem - NIC. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 640p.
2. CARVALHO L, CIDADE W. Depressão, impotência e cardiopatia. Revista SOCERJ, 2000; 13(3): 46-49.
3. CASTRO EK, et al. Percepção da doença em pacientes cardíacos: Uma revisão sistemática. Estudos Interdisciplinares em Psicologia, 2016; 7(2): 45-63.
4. FONTES WD, et al. Atenção à saúde do homem: interlocução entre ensino e serviço. Acta Paul Enfermagem, 2011; 24(3): 430-33.
5. GAETE J, et al. Smoking and alcohol use among Chilean teenagers aged 10 to 14 years. Rev Med Chile, 2016; 144(4): 465-475.
6. GRISA GH, MONTEIRO JK. Aspectos emocionais do paciente cardíaco cirúrgico no período pré-operatório. Rev Interinst Psicologia, 2015; 8(1): 111-130.

7. GUS I et al. Variações na prevalência dos fatores de risco para doença arterial coronariana no Rio Grande do Sul: uma análise comparativa entre 2002-2014. *Arq Bras Cardiologia*, 2015;105(6): 573-579.
8. HERDMAN TH, KAMITSURU S. Diagnóstico de Enfermagem NANDA I: Definições e classificações 2018-2020. Porto Alegre: Artmed, 2017; 488p.
9. LOPES CT et al. Diagnósticos de enfermagem validados em cardiologia no Brasil: revisão integrativa de literatura. *Acta Paulista de Enfermagem*, 2012; 25(1):155-60.
10. MOORHEAD S, et al. Classificação dos resultados de enfermagem – NOC. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016; 712p.
11. NASSER FJN, et al. Doenças Psiquiátricas e o Sistema Cardiovascular: Interação Cérebro e Coração. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 2016; 29(1):65-75.
12. RIBEIRO CP, et al. Diagnósticos de enfermagem em pacientes no pós-operatório de cirurgia cardíaca. *Rev Rene*, 2015;16(2):159-67.
13. SIERVULI MTF, et al. Infarto do miocárdio: alterações morfológicas e breve abordagem da influência do exercício físico. *Rev Bras Cardiologia*, 2014; 27(5): 349-355.

Capítulo 65

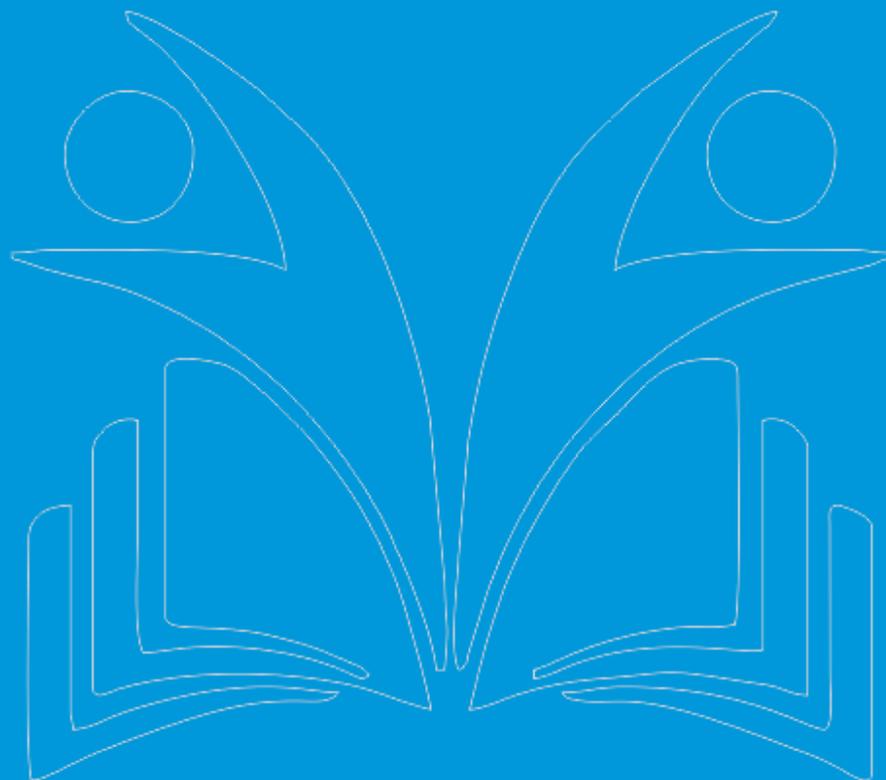
ADOLESCER: CRIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO LÚDICO
UTILIZANDO EM PRÁTICAS EDUCATIVAS DA ENFERMAGEM
COM ADOLESCENTES¹

[DOI: 10.37423/200400793](https://doi.org/10.37423/200400793)

Ieda Maria Ávila Vargas Dias - vargasdias@hotmail.com

Marli Salvador - marli.salvador@ufff.edu.br

Gabriela Colombi de Lima - gabrielacolombi@gmail.com



O Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora possui diversos projetos de pesquisa e extensão, entre eles o projeto intitulado “Adolescer: a enfermagem educando e promovendo saúde”. Este é um dos projetos do Grupo de Pesquisa em Enfermagem Materno Infantil e Saúde Coletiva, inscrito no Diretório de Grupos de Pesquisa do Brasil, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O projeto teve início através do desenvolvimento de uma atividade prática da Disciplina de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, que tinha como um dos objetivos desenvolver atividades de educação em saúde para adolescentes de uma escola do município.

O Projeto Adolescer: a enfermagem educando e promovendo saúde, foi contemplado com bolsas de extensão universitária e de iniciação científica da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), contou com o apoio da Faculdade de Enfermagem e foi financiado pelo Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) da Faculdade de Medicina dessa mesma instituição.

Tendo sido contemplado em edital aberto pelo programa, o projeto recebeu recursos para a editoração e impressão do jogo de tabuleiro com suas respectivas peças; editoração e impressão de cartilhas educativas criadas no projeto e que foram distribuídas e discutidas durante o desenvolvimento das atividades; confecção de camisas com a estampa da logomarca do projeto, utilizadas como uniforme de docentes, discentes de enfermagem e sujeitos do projeto.

O projeto inicial teve como objetivo geral discutir o comportamento de risco e atitudes saudáveis na adolescência a partir de intervenções lúdicas. Com o desenvolvimento do mesmo foi possível fazer o desdobramento em um projeto de pesquisa com interface na extensão em que os objetivos foram: avaliar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre temas transversais e a fonte das informações, através da aplicação de grupo focal; instrumentalizar o adolescente sobre questões referentes à fase em que se encontram através de intervenções lúdicas; reavaliar o nível de conhecimento dos adolescentes sobre temas transversais após a realização das atividades propostas.

Vale destacar que o presente artigo trata-se de um recorte do relatório final, cujo objetivo é descrever um instrumento lúdico criado para as atividades de educação em saúde do projeto. Trata-se de um jogo de tabuleiro, intitulado ADOLESCER, que se encontra patentado no Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI) sob o número 02011016695.

Por acreditar que o lúdico é a forma mais efetiva de estabelecer contato com a criança e o adolescente, devido este facilitar a utilização de termos técnicos, não pertencentes ao vocabulário desses sujeitos, é que nos propomos realizar uma prática de atenção primária de saúde utilizando este recurso. Neste sentido várias intervenções foram feitas com os adolescentes, sendo em algumas, utilizado o referido jogo de tabuleiro que aborda os temas transversais da adolescência a partir de situações corriqueiras do dia-a-dia do adolescente.

Imagem do Jogo Adolescer



Fonte: arquivo pessoal das pesquisadoras

REFERENCIAL TEÓRICO

As primeiras tentativas de compreender e definir adolescência data do século XVIII, porém somente no século XX essa fase passou a ser reconhecida e estudada como um período específico do desenvolvimento humano. Na Idade Média, não era atribuído nenhum valor aos adolescentes, que eram considerados como miniaturas dos adultos. Ao chegar o período da Renascença, a adolescência começou a ser reconhecida como uma fase do desenvolvimento humano, sendo mais valorizada a partir da Revolução Industrial. Nesse período, os adolescentes passaram a conviver mais entre si, iniciando de forma imperceptível uma cultura jovem. No século XX, eles passam a maior parte do

tempo na escola e entre seus pares, diminuindo o tempo de convívio na família, definindo de forma clara a cultura do jovem e marcando em definitivo os seus espaço e papel na sociedade⁽¹⁾.

Uma conceituação teórica nos permite definir adolescência como uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, caracterizada por um complexo e amplo processo de crescimento e desenvolvimento⁽²⁾.

Em 1965 a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu adolescência como a faixa etária compreendida entre os 10 e os 19 anos, e juventude entre os 15 e os 24 anos^(3:29) Apesar da longa data, tal classificação prevalece até os dias atuais. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) considera a adolescência a faixa etária entre 12 e 18 anos. Havendo um descompasso entre a fixação etária do Estatuto com a da Organização Mundial da Saúde, no Brasil o Ministério da Saúde adota a classificação desta última, a qual será considerada neste estudo.

Considerando a adolescência uma fase de vulnerabilidade em que vários são os comportamentos de risco assumidos pelos adolescentes, propomos desenvolver atividades de educação em saúde para os adolescentes, através de uma intervenção lúdica. Uma vez que esta estratégia evita explicações monótonas, que não prendem a atenção do adolescente e não lhe desperta a curiosidade, o que leva a um resultado negativo⁽⁴⁾.

As orientações em educação para a saúde devem deixar os programas clássicos e metódicos, passando a ser momentos prazerosos, onde a capacidade de imaginação e criatividade, potencialmente desenvolvidas na criança, estimule a sua aprendizagem, concretizando as informações recebidas (5: 87)

O lúdico fortalece os laços de confiança entre o adolescente e os profissionais de enfermagem, o que facilita o cuidado, pois proporciona a interação entre cuidador e o ser cuidado⁽⁶⁾. Neste sentido, as ações de cuidados em saúde, sejam de promoção ou prevenção, quando realizadas através da arte e da criatividade, permitem uma maior integração e fortalecimento das relações entre os atores envolvidos, ampliando o alcance de resultados positivos⁽⁷⁾. Nesta Sob perspectiva foi criando o Projeto Adolescer: a enfermagem educando e promovendo saúde que oportunizou a criação do jogo de tabuleiro ADOLESCER, apresentado a seguir.

METODOLOGIA

Optamos pela categoria Relato de Experiência para descrever a oportunidade que tivemos de criar e desenvolver um instrumento de intervenção lúdica para adolescentes utilizado em atividades de educação em saúde.

O relato de experiência trata-se de uma exposição escrita de determinado trabalho ou experiência laboratorial, não sendo apenas uma descrição do modo de proceder e sim um conjunto que contém a realização experimental, os resultados nele obtidos, assim como as idéias associadas. Constituindo uma compilação completa e coerente de tudo o que diga respeito ao trabalho, sendo ainda o registro permanente das informações obtidas⁽⁸⁾.

Com a autorização da Secretaria Municipal de Educação de Juiz de Fora e da Escola Municipal Gabriel Gonçalves da Silva, o projeto foi encaminhado para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, tendo sido aprovado com o parecer número 087/2011.

A escola supracitada foi o local em que o projeto foi desenvolvido e os sujeitos foram adolescentes do nono ano com faixa etária compreendida entre 14 e 16 anos. O recrutamento dos participantes foi através de um convite a todos os alunos matriculados nessa série, ficando como critério de inclusão a entrega do termo de assentimento assinada pelos interessados, juntamente com o termo de consentimento livre esclarecido assinado por seus responsáveis.

O projeto teve seu cerne no desenvolvimento de uma prática da disciplina de Enfermagem em Saúde da Criança e do Adolescente, oferecida no quinto período do Curso de Graduação em Enfermagem. Em sua metodologia estava previsto atividades de educação em saúde através de intervenções lúdicas. Para o desenvolvimento destas, uma das estratégias empregadas foi a utilização do Jogo Adolescer.

Para a implementação da intervenção lúdica os sujeitos participaram de um jogo de tabuleiro, denominado ADOLESCER. O jogo criado pelas próprias pesquisadoras com o objetivo de estimular a atenção do público-alvo aborda questões referentes aos comportamentos de risco e atitudes saudáveis na adolescência, incentivando o raciocínio crítico dos participantes sobre causas e efeitos.

O jogo contém um tabuleiro, um dado, seis peões com cores distintas, um posto policial, um bafômetro giratório, dez réplicas de preservativos masculinos e vinte cartões com informações referentes aos estabelecimentos contidos no tabuleiro, a saber: escola, hospital, boate, família e Unidades de Atenção Primária de Saúde. O mesmo estimula os adolescentes a tomar decisões que o levem a atitudes saudáveis, o que permite que saiam da infância e cheguem à fase adulta, constituindo-se, portanto, a adolescência no trajeto a ser percorrido durante a jogada.

Na implantação do projeto foram distribuídas cartilhas educativas com os temas abordados no jogo. Após cada partida um desses temas era lido e discutido, sendo finalizada a atividade com a realização de exercícios de fixação relacionados ao tema abordado como: caça-palavras, cruzadinhas, jogos de sete erros, entre outros.

No que tange a pesquisa científica, foi empregada para a coleta de dados o método de grupo focal, que obtém informações a partir de reuniões em grupo com pessoas significativas para o objeto de estudo. Tal método é utilizado para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas; para o planejamento de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente; podendo ser utilizado também para a revisão do processo de ensino-aprendizagem⁽⁹⁾.

Para guiar os temas a serem abordados no grupo focal realizado com os adolescentes, foi elaborado o Guia de Temas, que é uma lista de assuntos e questões abrangentes, que favoreçam a discussão, servindo de roteiro para o moderador, facilitando a condução do trabalho em grupo ao encontro dos objetivos da pesquisa⁽¹⁰⁾.

O guia de temas seguiu os temas abordados no jogo, que são: crescimento e desenvolvimento dos adolescentes, sexualidade juvenil, gravidez na adolescência, distúrbios alimentares, síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) e doenças sexualmente transmissíveis, violência – bullying e prevenção do uso de álcool e drogas.

Neste guia de temas foi incluída uma questão sobre a percepção que os sujeitos tiveram do jogo ADOLESCER. As respostas que foram escritas individualmente por cada sujeito e posteriormente apresentadas no grupo, sendo todas anotadas em diário de campo, foram analisadas por meio da análise de conteúdo, que visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto, ou seja, o que está escrito, falado, mapeado, figurativamente desenhado e/ou simbolicamente explicitado sempre será o ponto de partida para a identificação do conteúdo manifesto, seja ele explícito e ou latente⁽¹¹⁾.

Atendendo aos aspectos éticos de pesquisa, asseguramos que toda a etapa de realização do projeto foi pautada nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, contemplando os aspectos mencionados no capítulo IV da Resolução CNS 196/96. Aqui é oportuno explicitar que visando o anonimato dos participantes, nomes das cores foram utilizados como pseudônimo dos sujeitos no texto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com Paulo Freire, a educação é ideológica e dialogante, e nela a interação afetiva e efetiva pode estabelecer a verdadeira comunicação da aprendizagem entre seres constituídos de almas, desejos e sentimentos. Assim, a criação de um instrumento lúdico de aprendizagem em que a percepção do conteúdo se dá de uma forma direta e atrativa, constitui um instrumento facilitador das ações de promoção da saúde dos adolescentes.

Nesse contexto, após a aplicação do jogo ADOLESCER, foi criado um espaço de discussão sobre as questões relacionadas à adolescência possibilitando a análise da efetividade das ações desenvolvidas no projeto, que puderam ser sistematizada em duas categorias analíticas descritas a seguir.

I - A percepção do adolescente sobre o Jogo ADOLESCER

Essa categoria aborda a percepção que os adolescentes tiveram sobre a experiência de jogar o jogo, objeto da atividade lúdica desenvolvida, bem como, as sensações e as opiniões que permearam essa experiência. Inicialmente, foi possível observar curiosidades e excitações por partes dos adolescentes, que ao se depararem com o jogo, imediatamente passaram a mão no tabuleiro tentando sentir sua textura e admiraram o colorido e os desenhos ali impressos.

O bafômetro giratório e as camisinhas foram as primeiras peças a serem manuseadas, entre muitos risos e comentários esses foram sendo repassados entre os adolescentes. Ainda que os adolescentes falassem com naturalidade, inicialmente a presença dos pesquisadores durante a brincadeira os deixavam receosos de tratarem sobre alguns aspectos ou de esboçarem suas reais opiniões. Mas à medida que o jogo evoluía, o espírito competitivo de alguns participantes se aflorava e os questionamentos sobre determinadas regras e assuntos tornaram-se mais frequentes.

O jogo dispõe de cartas relacionadas ao cotidiano do adolescente, fazendo alusão a família, a escola, ao hospital, a unidade de atenção primária e a boate. Para cada uma dessas instituições há duas cartas com atitudes positivas que permitem o jogador prosseguir no tabuleiro e duas com atitudes negativas, que retardam o jogador. A figura abaixo mostra um exemplo das cartas.

Um dado interessante observado durante as partidas foi a resistência dos adolescentes pegarem cartas com atitudes negativas, e a torcida dos outros quando isso acontecia com o colega. Os depoimentos ilustram essa situação:

Ai meu Deus! Que eu não pegue aquela ruim... (Dourado)

Para mim não, não quero aquelas cartas de coisas que eu não faço... (Coral)

Bem feito você merecia esta carta... (Marrom)

A partir dessas verbalizações sempre era feita alguma inferência por parte dos pesquisadores, que faziam um reforço positivo frente a atitude de não querer uma carta com atitudes negativas, reportando isso para o dia a dia dos adolescentes, bem como, advertiam de que não se deseja para os outros o que não se quer para si.

Durante as atividades do grupo focal os adolescentes descreveram os fatos mais marcantes da experiência de jogar e correlacionaram situações do jogo com suas realidades, o que é ilustrado nos depoimentos:

O que foi mais marcante é que no jogo fala sobre tudo o que acontece no dia a dia da gente. (Azul)

Foi bom discutir assuntos tão importantes de uma maneira tão descontraída. (Amarelo)

Eu gostei do jogo e o que foi mais marcante para mim foi que o jogo ajuda a gente aprender mais sobre a adolescência. (Vermelho)

A partir da leitura dos depoimentos, podemos aludir que os adolescentes aprovaram a idéia central do jogo. Os depoentes, ao descreverem a proximidade dos assuntos com seu cotidiano mostraram a efetividade do material lúdico.

II – A preferência dos adolescentes sobre determinados temas e seu aprendizado sobre eles:

Essa categoria trata da preferência dos alunos por determinados assuntos abordados nas atividades do projeto. Os assuntos elencados para compor o guia de temas, um dos materiais didáticos do projeto, foram escolhidos a partir da idéia de que a adolescência é um período de vulnerabilidade, de intensas transformações, conflitos e desafios, o que propicia adoção de comportamentos de risco.

Neste sentido, os adolescentes encontram-se mais expostos à gravidez precoce; uso de álcool e drogas; acidentes; diferentes formas de violência; distúrbios alimentares e às doenças sexualmente transmissíveis, dentre as quais se destaca a AIDS. Dentre estes, os depoimentos evidenciam que uma das preferências dos adolescentes são as questões relacionadas a sexualidade.

Minha parte preferida foi a do preservativo. Acho que tocar nesse aspecto é muito importante porque hoje em dia muitas doenças estão atacando municípios e estados, e principalmente também a gravidez na adolescência. (Anil)

O que aprendi é que devo sempre ter limites seja na área sexual, física ou emotiva, cuidando sempre para ser sensata e fazer o melhor pra mim e outras pessoas se sentirem bem e seguras. (Violeta)

Quando eu tive relação sexual eu possivelmente não contrái o vírus de DST porque usei preservativo. (Verde)

O assunto do aborto é algo que realmente me entristece muito e que me deixa mexida, pois não concordo. (Laranja)

Outro tema de interesse dos adolescentes, apontado quase que na mesma freqüência da sexualidade, é o uso de álcool e drogas. Sendo este inclusive, fortemente apontado pelos adolescentes como algo comum em suas realidades.

Eu aprendi que com drogas e bebidas alcoólicas não dá para ter uma vida normal. Você vive pelas drogas e bebidas, e na sua vida isso não dá certo, porque pode causar até a morte. Não só nas pessoas que mexem com isso, com a vida de pessoas inocentes. (Branco)

O que foi mais marcante foi quando eu passei pelo bafômetro e não fui pega porque estava fazendo um lanche com os amigos. (Preto)

Meu assunto preferido foi quando eu parei no bafômetro. Eu aprendi que quando beber não posso dirigir. (Rosa)

Durante as partidas do jogo foi possível observar o quanto às questões relacionadas ao trafico são próximas da realidade dos adolescentes participantes do projeto. Neste sentido, um fato que vale ser destacado é que em uma determinada ocasião um dos jogadores ao sortear uma carta que o parabenizava por denunciar a venda de drogas acionando a Polícia Civil pelo número 190, imediatamente verbalizou:

Se fosse assim, eu não saía mais do telefone. (Roxo)

A convicção dos alunos sobre os males do álcool e das drogas é presente em seus discursos, havendo uma profunda descrença na possibilidade de mudar os hábitos de um usuário. Sempre que estas questões vinham à tona os pesquisadores aproveitavam a oportunidade para fazer esclarecimentos e reforçar a importância das atitudes saudáveis.

Por fim pode-se aludir que a adolescência é uma etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta, caracterizada por um complexo e amplo processo de crescimento e desenvolvimento, onde profundas modificações físicas e psicológicas transformam a maneira do indivíduo interagir socialmente na busca por uma identidade própria. Sendo assim, acredita-se que o Jogo ADOLESCER tenha potencialidades para contribuir no processo de educação em saúde dos adolescentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar dos avanços nos estudos e pesquisas sobre essa etapa do desenvolvimento humano que é a adolescência, ainda se evidencia uma imagem um pouco distorcida do adolescente perante a sociedade, isso se deve, principalmente, ao fato de tratar-se de uma fase de intensas transformações em que há um processo de desconstrução e reconstrução.

É neste momento, no qual o indivíduo rompe com o mundo infantil e o reconstrói a seu modo, que os esforços devem ser empenhados por parte da sociedade no sentido de auxiliar o adolescente na tomada de decisão. Famílias e profissionais, principalmente das áreas de educação e saúde devem estar esmerados em estabelecer formas de comunicação com o adolescente.

Neste sentido o instrumento lúdico, hora apresentado neste manuscrito, aponta como uma possibilidade de estabelecer uma comunicação efetiva com o adolescente, permitindo que os temas transversais da adolescência permeiem as iniciativas de educação em saúde desse grupo populacional.

Frente isso, criar um instrumento que desperte seu interesse em discutir questões relacionadas ao processo saúde-doença é uma valiosa estratégia para a efetiva promoção da saúde do adolescente. O que pode ser constatado com o desenvolvimento deste projeto que mostrou a efetividade de um instrumento lúdico, sem deixar de mostrar também suas limitações, que em momento posteriormente serão corrigidas, pois espera-se a manutenção das atividades desenvolvidas, inclusive sendo ampliado para outras instituições de ensino que já apresentaram tal solicitação.

REFERENCIAS

- 1 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial : saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Série A. Normas e Manuais Técnicos Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 3 SUKIENNIK, P.B.; SALLE, E. Depressão. In: COSTA, M.C.; SOUZA, R.P. Adolescência: aspecto químico e psicossocial. São Paulo: Artemed, 2002.
4. Dantas RA, Cardoso VL, Pagliuca LMF. Prevenção e detecção de alterações visuais em escolares. Rev Enferm Atual 2003 mar/abr; 56 (2): 14-18.
5. Castro APR, Gonçalves AF, Caetano FHP, Souza LEJX. Brincando e aprendendo saúde. Texto&Contexto Enferm 1998 set/dez; 7 (3): 85-95.

6. Biz AS. A interação lúdica entre criança e enfermeira: ações e percepções. [dissertação de mestrado] Porto Alegre (RS): UFRGS; 2001.
7. Nascimento LC, Furquim PS, Rigotti AR, Luiz FMR, Bortoli PS, Gianoti S. A utilização do lazer como estratégia para integração de familiares/acompanhantes em enfermaria de pediatria. Esc Anna Nery Rev Enferm 2006 dez; 10 (3): 580-85.
8. Beuter M. Expressões lúdicas no cuidado: elementos para pensar/fazer a arte da enfermagem. 200, p.196. Tese (doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- 9 MCKINLAY,JB. Health promot ion throug healthy publicpolicy: the contribution of complementary research methods. Can J Public Health, v.83,supl.1, p.11-9,1992.
- 10 MEIER, M. J. ; KUDLOWIEZ , S. Grupo focal: uma experiência singular. Texto & Contexto Enf., Florianópolis, v.12, n.3, p. 394-399, 2003.
- 11 MINAYO, MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 22ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes, 2003.

Capítulo 66

REFLEXÕES SOBRE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM PRÉ NATAL NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS

[DOI: 10.37423/200400802](https://doi.org/10.37423/200400802)

Keitte Mendes Almeida (Enfermeira, Pós Graduada em Assistência Hospitalar ao Neonato pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG) e Enfermagem do Trabalho pela Faculdade São Camilo (FSC), Pós graduanda em Comunicação e Saúde pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e Preceptoria em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Enfermeira Assistencial na Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG/EBSERH) - Belo Horizonte / MG, Brasil).

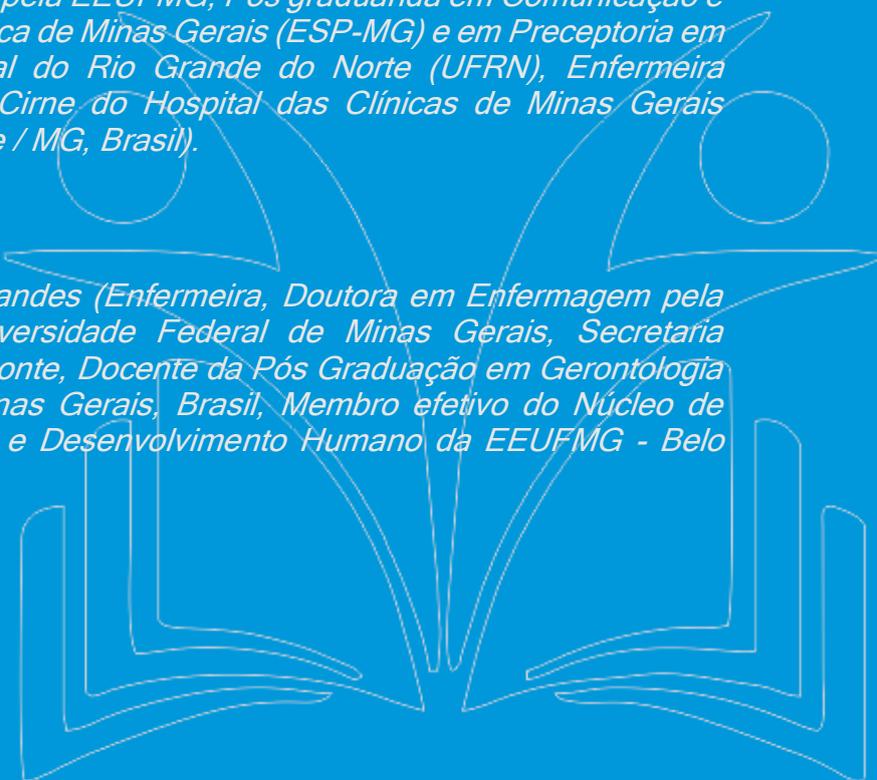
keittemendes@yahoo.com.br

Laiana Otto da Costa (Enfermeira, Residência em Enfermagem Obstétrica pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG), Mestranda em Epidemiologia e Políticas Públicas pela EEUFMG, Pós graduanda em Comunicação e Saúde pela Escola de Saúde Pública de Minas Gerais (ESP-MG) e em Preceptoria em Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Enfermeira Obstétrica na Maternidade Otto Cirne do Hospital das Clínicas de Minas Gerais (UFMG/EBSERH) - Belo Horizonte / MG, Brasil).

laianaotto@hotmail.com

Maria Teresinha de Oliveira Fernandes (Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Secretária Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Docente da Pós Graduação em Gerontologia da Pontifícia Universidade de Minas Gerais, Brasil, Membro efetivo do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Cuidado e Desenvolvimento Humano da EEUFMG - Belo Horizonte / MG, Brasil).

mtofernandes@gmail.com



Resumo: Objetivou-se refletir sobre a educação permanente em pré-natal na perspectiva de enfermeiras utilizando-se metodologias ativas e evidências científicas. Estudo descritivo-reflexivo. Nos desafios postos da Educação Permanente, quando mediados por metodologias ativas e trabalhadores que se tornam facilitadores minimizam o gap entre o conhecimento produzido na prática e o produzido cientificamente. As implicações para a enfermagem em relação às ações educativas em relação a aplicação das metodologias ativas é que elas podem ser inclusive utilizadas na educação em saúde, replicável em qualquer ciclo de vida, o que empodera o enfermeiro a inovar sua prática. A ação educativa deve ser retroalimentada pela problematização: cuidado-indicador-sentido e sendo amparadas em rede.

Palavras-chave: Educação em saúde, Educação em enfermagem, Autonomia profissional, Cuidado pré-natal, prática clínica baseada em evidências.

INTRODUÇÃO

As mortes no período perinatal são impactantes no ano de 2015 no contexto mundial: 303 mil mulheres morreram por causas relacionadas à gravidez, 2,7 milhões de crianças morreram durante os 28 primeiros dias de vida e 2,6 milhões de bebês nascidos eram natimortos¹.

No cenário brasileiro, a razão de mortalidade materna é de 64 mulheres em cada 100 mil nascidos vivos, valor três vezes superior ao recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que é de 20 mulheres. A meta de redução para o Brasil, conforme os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, era para 35 óbitos em 2015, meta não alcançada².

“Com o propósito de melhorar tal indicador, várias medidas foram tomadas pelo governo brasileiro, como: a ampliação do acesso das mulheres ao acompanhamento pré-natal, a qualificação das ações nele desenvolvidas e a modificação do modelo de atenção ao parto”³, cujo destaque é superar a visão tecnicista, pautada em procedimentos pontuais e incorporar na práxis tecnologias leves de cuidado, alicerçadas em evidências científicas⁴.

Repensar a qualificação da atenção e a educação no contexto do trabalho é uma inquietação frequente na gestão dos serviços de saúde e entre os profissionais. Constitui-se assim, em desafio para a Educação Permanente em Saúde (EPS) as capacitações em pré natal perante esses indicadores.

Com base nessas premissas, esse artigo fundamenta-se na concepção da EPS, cujo objetivo é a aprendizagem por meio da problematização da realidade e do desenvolvimento de ações que transformem as práticas e operem em realidades vivas, de acordo com as atividades exercidas pelos diferentes profissionais de saúde e pela responsabilidade com o coletivo^{5,6,7}. As reflexões que se pretende sobre a EPS no pré natal é um estudo de natureza descritiva-reflexiva. Emergiu de vivências de enfermeiras na atuação como facilitadoras em processos educativos quando um grupo de profissionais se integra promovendo a aprendizagem de procedimentos metodológicos e pedagógicos, dos constructos teóricos que fundamentam as metodologias ativas, assim como na revisão clínica do pré natal, num contexto político e emancipatório da categoria.

As metodologias ativas estão alicerçadas em um princípio teórico significativo que é a autonomia explicitada por Freire, que, na educação contemporânea pressupõe um discente capaz de auto gerenciar ou autogovernar seu processo de formação⁸.

Então a grande meta do constante aperfeiçoamento profissional é qualificar o profissional nas suas necessidades de aprendizagem e lacunas do conhecimento, frente às novas descobertas, práticas recomendáveis e instituídas, seja qual for a especificidade do trabalho. Na qualificação profissional a relevância é a produção de movimentos dos sujeitos a partir da reflexão sobre a própria prática, sobretudo fundamentar conhecimentos e potencializar a qualificação em serviço.

A importância desse estudo, portanto, está na assistência ao pré natal que é um campo de investigação de vasto domínio e conhecimento respaldado pelas políticas sócio sanitárias, mas a ser qualificada nos serviços de saúde, haja vista o cenário mundial e brasileiro.

Perante o exposto, as nossas reflexões centram-se na inter-relação entre a abordagem pedagógica, as metodologias ativas, as evidências científicas, as articulações e interações multiprofissionais no pré-natal. Pesquisas no campo materno infantil são alvos de interesse, ações, revisão de políticas públicas, além de apontarem vários indicadores de estratégias que qualificam o pré natal. Em contrapartida elucidam a fragilidade da assistência no período peri natal, o que levou a OMS elencar recomendações na tentativa de reverter o cenário².

Em que pesem todas essas questões, a Educação Permanente em Saúde (EPS) está presente na literatura nacional e internacional, delineada como desafiadora. Neste artigo, debruçamo-nos na qualificação do pré-natal, por conseguinte, nas metodologias ativas como guisa para refletir e colocar em análise saberes e práticas na condução de processos educativos. Assim, o presente artigo tem como objetivo refletir sobre a educação permanente em pré natal na perspectiva de enfermeiras utilizando-se metodologias ativas e evidências científicas.

O ENSINO APRENDIZAGEM UTILIZANDO METODOLOGIAS ATIVAS NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS

Na construção das abordagens pedagógicas progressivas de ensino e aprendizagem a implicação é cuidar da formação continua de profissionais, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades⁹.

Entram nesse debate as metodologias ativas que possibilitam a aprendizagem significativa, considera o estágio do conhecimento do profissional, a apropriação do tema e a atividade educacional que deve ser apreciada pelos participantes⁴.

Com isso, as estratégias de ensino e aprendizagem em metodologias ativas uma vez materializadas estimulam crescimento individual e coletivo. A apreensão de novas metodologias e das oportunidades de compartilhar conhecimentos de natureza teórica, pedagógica e clínica levam à inovação do processo educativo.

Enfermeiros tem se destacado como facilitadores na utilização de metodologias ativas e pedagogia crítica, colocando-se na situação de ensino e aprendizagem, como facilitador/mediador para conduzir a construção do conhecimento diante da realidade, visando à transformação social, cujo diferencial é o conhecimento produzido na prática.

O facilitador que se propõe a conduzir uma ação educativa, precisa ter em vista o compromisso já enfatizado, ao mesmo tempo em que precisa inovar no método e nos recursos pedagógicos, revelando-se parceiro, motivador e catalisador do processo. Na trajetória a ser percorrida nas diferentes etapas e exigências dessa ação educacional, ele precisará desenvolver habilidades para tornar-se um facilitador e dominar estratégias de ensino e aprendizagem muitas vezes aprender-fazendo e fazer-aprendendo.

O processo de ensino e aprendizagem está respaldado nas teorias interacionistas, na metodologia científica, na aprendizagem significativa, na reflexão sobre a prática, na dialogia e em estratégias educacionais apropriadas a cada conteúdo⁹. Sua premissa é o desenvolvimento do perfil de competências, ou seja, agregar conhecimento, habilidades e atitudes. Elas concebem a educação como forma de apontar caminhos para a autonomia, a autodeterminação pessoal e social¹⁰.

A aprendizagem, assim, torna-se mais duradoura e sólida quando envolve a auto iniciativa, alcançando as dimensões afetivas e intelectuais. A educação deve ser capaz de desencadear uma visão do todo além de possibilitar a construção de redes de mudanças sociais e da consciência individual e coletiva⁹. O significado para o adulto é construído em função de sua motivação para aprender e do valor que os novos saberes têm em sua vida pessoal e profissional³.

Métodos educacionais inovadores na saúde primam pela prática pedagógica ética, crítica, reflexiva e transformadora, ultrapassando limites do treinamento puramente técnico, para alcançar a formação do homem como um ser histórico, dialético da ação-reflexão-ação⁹.

Logo, a facilitação tornou-se tarefa complexa no cotidiano dos enfermeiros em capacitação, considerando sua formação e sua função que envolveram inúmeras relações que implicam

compreender os fenômenos de forma multifatorial e multidimensional, conforme a aprendizagem vai se desenvolvendo e se consolidando.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO APRENDIZAGEM TRABALHO NO PRÉ NATAL

No Sistema Único de Saúde (SUS), por mais que se tenha investido, a educação se fundamenta em metodologias conservadoras (tradicionais) na maioria das vezes, como proposta educacional que reproduz a crítica da estrutura social, em detrimento do perfil epidemiológico regional. A formação dos profissionais da saúde em seu histórico privilegia o saber curativista em detrimento das práticas proativas voltadas para a proteção e promoção da saúde⁹.

A inovação nas ações educativas emerge como necessidade para proporcionar aos profissionais da saúde legitimidade de novos conhecimentos produzidos em sua prática, que em certa medida inovam ao formularem modelos teóricos, buscarem evidência, estimular a autogestão do conhecimento, desenvolver novas habilidades e influenciar a performance profissional. Portanto, a educação permanente tem influência na qualidade do atendimento prestado, quando propõe transformar as práticas de formação, atenção, gestão e controle social, com o desafio de romper com a lógica da repetição e da fragmentação dos cursos de capacitação¹¹.

A educação permanente entendida como aprendizagem trabalho acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade e valoriza os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm¹¹. E também propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações¹⁰. No que tange ao pré natal, busca-se ampliar o olhar para as necessidades de cada mulher numa prática para a qualificação do cuidado.

O arcabouço de conhecimentos e o perfil de competência dos enfermeiros tanto na Atenção Primária quanto na Atenção Terciária (hospitalar) levaram à conquista de um espaço de destaque na assistência ao pré-natal. A formação de parcerias torna-se um diferencial potencializando a problematização da clínica, usos dos protocolos e dos fluxos entre serviços de atenção que, por sua vez, provocam reflexões sobre o contexto do trabalho e o trabalho em rede. Toda essa mobilização institucional e intelectual vivida individual e coletivamente, remete à transformação de uma determinada realidade

social num contexto adverso como o em que se encontra o Sistema Único de Saúde (SUS) e a saúde pública brasileira.

Não obstante, o enfermeiro é destaque na assistência à mulher no pré natal devido ao caráter de sua formação com conhecimentos e habilidades que o torna capaz de contribuir para a melhoria dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, respaldado pelos aspectos legais da profissão¹². Em seu processo de formação, deve receber treinamento das habilidades necessárias para adquirir competência, olhar atento e destreza no atendimento à gestante ao longo do pré-natal¹².

A PRÁTICA CLÍNICA E A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

O desejo de mudanças na prática clínica e de muitas vezes recriá-la deve ser valorizado na produção de conhecimento buscando evidências científicas enquanto compromisso que vai além de resultados e conclusão de capacitações. Mas que incentive o profissional a melhorar sua capacidade de análise de contexto, de exigências protocolares e de técnicas da condução do cuidado no pré natal.

A atenção ao pré-natal efetiva é fundamental no desfecho do processo do parto e nascimento, bem como na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Envolve a qualificação técnica continuada das equipes de saúde na resolução das demandas e necessidades para prevenir os agravos e doenças, realizar a promoção da saúde e estabelecer o tratamento dos problemas, quando necessário¹².

A capacidade para olhar, ouvir e refletir sobre o cuidado em saúde e as ofertas de capacitações constituem-se requisito para a construção do conhecimento que possui raízes na vivência e na aprendizagem cotidiana e devem se apoiar nas evidências científicas.

Contudo, manter-se atualizado por meio de publicações científicas oriundas de pesquisas em todo o mundo, é praticamente impossível na perspectiva dos serviços de saúde, considerando a escassez de tempo e a necessidade de conhecimentos específicos para a busca, seleção, leitura e análise crítica das evidências científicas¹³.

Diante desses desafios do cuidado na prática clínica, os profissionais da saúde necessitam ter em mente que o processo de tomada de decisão, quanto a cuidado em saúde para o indivíduo e para sua família, deve considerar as evidências científicas disponíveis¹⁴. Além disso, deve-se considerar as

preferências do indivíduo, dos saberes advindos da experiência clínica profissional e do contexto em que a prática do cuidado ocorre¹⁴.

A concepção contemporânea de cuidado baseado em evidências enfatiza prática clínica com base nas melhores evidências externas com a qual poderá responder nossas perguntas clínicas, mas, a evidência jamais substituirá a competência clínica, pois é esta que decidirá se a evidência se aplica a cada paciente em específico¹⁸.

Por competência ou expertise clínica, entende-se a experiência e o julgamento que os profissionais adquirem por meio da prática. Já a melhor evidência clínica disponível significa a utilização de pesquisas relevantes e centradas no paciente¹⁸.

Compreender todos esses fenômenos para efetivar a prática baseada em evidências é demasiado desafiador pois é necessário compreender que os significados e buscas do sujeito se alinham ao seu pensamento crítico, leva tempo e exige engajamento intelectual, bem como desenvolvimento gradativo e constante do profissional.

AS ARTICULAÇÕES EM REDE E AS INTERAÇÕES PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL

A redução da mortalidade materna e neonatal no Brasil é ainda um desafio para os serviços de saúde e a sociedade como um todo. As altas taxas encontradas se configuram como uma violação aos direitos humanos de mulheres e crianças e um grave problema de saúde pública, atingindo desigualmente as regiões brasileiras, com maior prevalência entre mulheres e crianças das classes sociais com menor acesso aos bens sociais¹³.

O Ministério da Saúde instituiu em junho de 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), dentre os princípios e diretrizes estão o direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; o direito ao acompanhamento pré-natal adequado; o direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; o direito à assistência ao parto e ao puerpério, e que esta assistência seja realizada de forma humanizada e segura; o direito de todo recém-nascido ter uma assistência neonatal adequada; e a responsabilização das autoridades sanitárias dos âmbitos federal, estadual e municipal na promoção e garantia dos direitos enunciados¹³.

A assistência ao pré-natal, para além das instâncias de gestão, depende também da performance do profissional na abordagem à gestante e também um sistema ágil de referência hospitalar, sistema de regulação e a qualificação da assistência ao parto que são os grandes determinantes dos indicadores de saúde que podem diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Deve incluir ações de promoção de saúde e prevenção de agravos, além do diagnóstico e tratamento das intercorrências durante este período, assim como o gerenciamento do cuidado¹⁷. Indicadores também foram instituídos para determinar a qualidade das práticas assistenciais da atenção pré-natal, a partir do sistema de informações SISPRENATAL, no qual a gestante é cadastrada na primeira consulta do pré-natal, com o objetivo monitorar a atenção e melhorar a gestão dos serviços¹³.

Para a garantia da qualidade, não se pode prescindir nas unidades de saúde de infra-estrutura adequada, profissionais capacitados, organização e aprimoramento permanente dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas e valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez.

Estados e municípios, necessitam dispor de uma rede de serviços para organizar as ações de saúde na Atenção Básica orientadas pela integralidade do cuidado, articulação com outros pontos de atenção, utilização de tecnologias de gestão que possam contribuir com a solução dos problemas apresentados pela população sob sua responsabilidade sanitária¹⁷. Assim, a partir da avaliação da necessidade, deve-se estabelecer os mecanismos de referência e contra-referências, deve ser garantido às gestantes, conforme a organização loco regional da linha de cuidado materno infantil.

Num âmbito mais genérico, contudo, é possível inferir que a assistência pré-natal ainda se apresenta dissociada da assistência ao parto e nascimento. Essa situação, além de ferir os pressupostos para a atenção ao pré-natal e nascimento qualificados e humanizados, não produz vínculos pela ausência de referência nos serviços para esse cuidado, o que pode produzir e/ou potencializar a vulnerabilidade do pré-natal.

CONCLUSÃO

Retomando o objetivo deste estudo, os desafios postos da Educação Permanente, quando os processos são mediados por metodologias ativas e trabalhadores que se tornam facilitadores

minimizam o gap entre o conhecimento produzido na prática e o produzido cientificamente uma vez que ambos podem ser promotores de coletivos, considerando teoria e prática. Indicou que as metodologias ativas colocam em relevo possibilidades que podem reverberar na qualificação da prática clínica, conseqüentemente, qualificando a assistência à gestante. Mas, os investimentos em na assistência ao pré natal, considerando processos educativos que mobilizam trabalhadores por si só não atingem os indicadores de morbimortalidade. Os processos educativos cumprem esta função de modo simbólico, a mortalidade materno-infantil ainda é das mais elevadas no país.

Nas ações educativas em saúde os enfermeiros facilitadores precisam ser sujeitos criativos, agentes da transformação social e política rumo à humanização. O aporte teórico das metodologias ativas contribuiu para a reflexão acerca da experiência dos enfermeiros em sua prática assistencial em pré natal. Sobretudo contribuiu para que processos educativos, conduzidos por enfermeiros, se tornem mais potentes ao utilizar da pedagogia crítica, cuja educação contemporânea avança ao encontro do discente capaz de utilizar tecnologias e desenvolver sustentabilidade de uma prática clínica baseada em evidência.

Esta produção limitou-se às experimentações e reflexões de um grupo de facilitadores que vivenciaram o desenvolvimento de uma ação educativa em pré-natal. Nessa perspectiva, as implicações para a enfermagem em relação às ações educativas, apontam para a importância da articulação em rede, interação multiprofissional, comunicação de qualidade entre serviços que se baseiam na aplicação das metodologias ativas que podem ser inclusive utilizadas na educação em saúde, replicável em qualquer ciclo de vida favorecendo a gestão de risco e identificação de fatores protetivos à saúde. Por fim, a ação educativa deve ser retroalimentada pela problematização: cuidado-indicador-sentido de forma que as necessidades educacionais vão se renovando e sendo amparadas em rede.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS). Novas orientações sobre pré-natal para reduzir mortes de mães e bebês. 2016. Acesso em 16 de agosto 2019). Disponível em <https://nacoesunidas.org/oms-publica-novas-orientacoes-sobre-pre-natal-para-reduzir-mortes-de-maes-e-bebes/>
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento/ Coordenação: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada e Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos; supervisão: Grupo Técnico para o acompanhamento dos ODM. – Brasília (DF): Ipea: MP, SPI; 2014
3. Tsunehiro MA et al. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant., Recife, 18 (4): 781-790 out. / dez., 2018.

4. Alberto V, Nunes. A importância da educação permanente na qualificação do pré-natal. Anais do XXI Seminário Internacional de Educação; 2018 Nov 1-5; Cachoeira do Sul, Brasil. Resumos Expandidos. n. 1. [Internet]; 2016 [Acessado 2018 Jan 01]. Disponível em: <https://www.ulbracds.com.br/index.php/sieduca/article/viewFile/306/87>.
5. Mello AL, Backes DS, Terra MG, Rangel RF, Nietzsche EA, Salbego C.(Re) pensando a educação permanente com base em novas metodologias de intervenção em saúde. Rev. cuba. enferm. [Internet]. 2017 [acesso em 2017 dez 17]; 33(3). Disponível em: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1104>.
6. Peres HHC, Leite MMJ, Gonçalves VLM. Educação continuada: recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento e avaliação de desempenho profissional. In: Kurcgant P, coordenadora. Gerenciamento em enfermagem. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016. p. 128-144. 8.
7. Merhy EE. Educação Permanente em Movimento. Saúde em Redes. [Internet]. 2015 [acesso em 2017 dez 02]; 1(1). Disponível em: <http://revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/309/15>.
8. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 33ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2006.
9. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG, Pinto NMM, Meirelles CAB, Porto CP, et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & Saúde Coletiva, 2008;13(2):2133-2144.
10. Lima VV. Constructivist spiral: an active learning methodology. Interface, 2017; 21(61):421-34.
11. Brasil. Portaria nº 1.196, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, n. 98, seção 1, p. 34, col. 2, 22 ago. 2007.
12. Gomes DT, Dias LL, Almeida NF, Magacho EJC, Souza ABQ, Lopes MHBM. Assistência ao pré-natal: perfil de atuação dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. Rev, Enf- UFJF, 2015; 1 (1): 95-103.
13. Costa P, Riesco MLG. A prática da enfermagem neonatal baseada em evidências. In: Associação Brasileira de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras. Programa de Atualização em Enfermagem: Saúde Materna e Neonatal: Ciclo 7. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2015. p. 123-58.
14. Cabral FB, Hirt LM, Sand ICPV. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP, 2013; 47(2): 281-7. 15.
15. Pearson A, Weichula R, Court A, Lockwood C. The JBI model of evidence-based healthcare. Int J Evid Based Healthc., 2005; 3(8): 207-15.
16. Amorim MMR, Melo ASO. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). Rev. Bras. Ginecol. Obstet., 2009; 31 (3): 148-55.

17. Brasil. Ministério da saúde (MS). Cadernos de atenção básica nº32. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília. DF. pág:21. [Internet]; 2012 [Acessado 2019 Fev 26]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf.
18. Brasil. Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP. 2010; 12 (2).
19. Prefeitura de Belo Horizonte de Minas Gerais. Protocolo Pré-natal e puerpério. Saúde da família SUS-BH. [Internet]; 2016 [Acessado 2018 Dez 26]. Disponível em: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo_pre-natal_puerperio.pdf>.
20. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013-2015 / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Articulação Interfederativa. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

Capítulo 67

ESTADO NUTRICIONAL E SUA RELAÇÃO COM O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “RECUPERAÇÃO CIRÚRGICA RETARDADA”

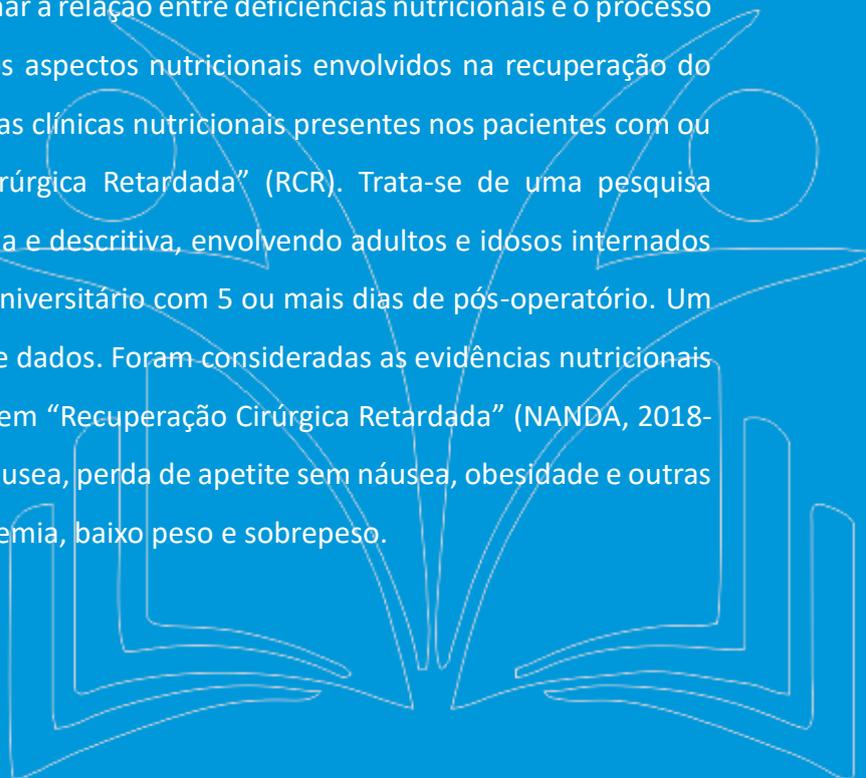
[DOI: 10.37423/200400804](https://doi.org/10.37423/200400804)

Camila Rosas Neves (Enfermeira, Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Graduada pela Universidade Federal Fluminense).

Carleara Weiss (Research Assistant Professor. Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences. University at Buffalo, The State University of New York).

Rosimere Ferreira Santana (Professora Adjunta da Universidade Federal Fluminense).

RESUMO: Este estudo pretende examinar a relação entre deficiências nutricionais e o processo de recuperação cirúrgica; identificar os aspectos nutricionais envolvidos na recuperação do cliente cirúrgico; comparar as evidências clínicas nutricionais presentes nos pacientes com ou sem diagnóstico de “Recuperação Cirúrgica Retardada” (RCR). Trata-se de uma pesquisa quantitativa de abordagem exploratória e descritiva, envolvendo adultos e idosos internados em clínicas cirúrgicas de um hospital universitário com 5 ou mais dias de pós-operatório. Um formulário foi utilizado para a coleta de dados. Foram consideradas as evidências nutricionais presentes no diagnóstico de enfermagem “Recuperação Cirúrgica Retardada” (NANDA, 2018-2020), como a perda de apetite com náusea, perda de apetite sem náusea, obesidade e outras alterações como anemia, hipoalbuminemia, baixo peso e sobrepeso.



A deficiência proteica, especificamente de albumina, foi considerada um fator de risco para desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “RCR”. A hipoalbuminemia foi considerada também fator de risco para interrupção na cicatrização cirúrgica e desenvolvimento de infecção na incisão. Faz-se necessário o treinamento de profissionais para atuar na terapêutica nutricional. O acompanhamento dos aspectos nutricionais do paciente e intervenção com boas práticas quando necessário durante a internação, possivelmente podemos reduzir o período de internação dos pacientes e os custos hospitalares, além de promover uma melhora no quadro clínico de saúde.

Palavras-chave: Estado nutricional, Diagnóstico de enfermagem e Cuidados pós-operatórios.

INTRODUÇÃO

O termo diagnóstico de enfermagem (DE) está definido como um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais¹. Deve ainda proporcionar a base para as intervenções de enfermagem no alcance dos resultados pelos quais a enfermeira é responsável.

Os principais componentes do diagnóstico em estudo são: o enunciado diagnóstico, a definição, as características definidoras (CDs) e os fatores relacionados (FRs). O enunciado estabelece um nome ao diagnóstico. A definição apresenta uma descrição clara e precisa do diagnóstico. As características definidoras são indícios/inferências observáveis que se agrupam como manifestações do diagnóstico. Os fatores relacionados podem ser descritos como antecedentes de/ associados a/ relacionados a/ contribuintes para, ou estimuladores do diagnóstico¹. O paciente pós-cirúrgico exige cuidados nutricionais voltados para a sua recuperação, principalmente quando apresenta o diagnóstico de enfermagem de “Recuperação Cirúrgica Retardada” (RCR) que tem como definição pelo NANDA-Internacional (NANDA-I) “extensão do número de dias de pós-operatório necessários para iniciar e desempenhar atividades que mantêm a vida, a saúde e o bem-estar”¹.

A deterioração do estado nutricional seria provavelmente ligada a diversos fatores relativos ao fornecimento de alimentos, além do processo da doença em si. O conselho da ASPEN (American Society of Parenteral and Enteral Nutrition) sugere que na ausência de instrumentos de avaliação nutricional validados clinicamente deve-se utilizar uma combinação de parâmetros clínicos e bioquímicos para avaliar a presença de desnutrição².

Nesse ponto, a temática desse estudo pretendeu examinar a relação entre deficiências nutricionais e o processo de recuperação cirúrgica visto que uma das prioridades de enfermagem para o diagnóstico de RCR seria a promoção da recuperação ideal envolvendo supervisionar a ingestão alimentar do paciente assegurando um balanço nitrogenado positivo, facilitando a cicatrização da ferida cirúrgica e readquirindo uma saúde geral adequada³

Os objetivos desse estudo foram: examinar a relação entre deficiências nutricionais e o processo de recuperação cirúrgica; identificar os aspectos nutricionais envolvidos na recuperação do cliente cirúrgico; comparar as evidências clínicas nutricionais presentes nos pacientes com ou sem diagnóstico de “Recuperação Cirúrgica Retardada” (RCR).

Evidencia-se a relevância do estudo para a prática de enfermagem nos cuidados nutricionais, considerando-se que pacientes com o diagnóstico de enfermagem ‘Recuperação Cirúrgica Retardada’ permanecem por um período maior no hospital e aumentam os custos de internação. O desenvolvimento de um suporte nutricional de forma interdisciplinar adequado a esses pacientes pode contribuir para que se recuperem mais rápido, diminuindo os custos hospitalares.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório em cumprimento com a Resolução de 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os sujeitos da pesquisa foram abordados, seguindo os preceitos éticos e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os sujeitos da pesquisa foram 70 sujeitos, com idade superior a 21 anos e com 5 (cinco) ou mais dias de pós-operatório, internados nas clínicas cirúrgicas HUAP/UFF, localizado no município de Niterói, no estado do Rio de Janeiro.

Foram identificados os dias de pré e pós-operatório dos pacientes, sendo possível avaliar o período de internação, que compreende o tempo de permanência no hospital, até o momento da última entrevista. Há na literatura, para cada tipo de cirurgia, um tempo de permanência estimado. 4

Dos pacientes com o diagnóstico de enfermagem (DE), foram considerados aqueles que apresentaram extensão do número de dias de pós-operatório de acordo com a média de dias de internação de cada tipo de cirurgia 4 e mais uma característica definidora (CD) relacionada ao diagnóstico. Foram considerados pacientes sem o diagnóstico de enfermagem, aqueles que não possuíam extensão do número de dias de pós-operatório de acordo com a literatura ou possuíam a extensão do número de dias de pós-operatório, porém não apresentavam nenhuma característica definidora.

Foram incluídos no estudo 50 pacientes apresentando o diagnóstico de enfermagem “Recuperação Cirúrgica Retardada” e outros 20 não apresentando o diagnóstico de “Recuperação Cirúrgica Retardada”. Foram excluídos no estudo, sujeitos sem condições clínicas de investigação, como pacientes impossibilitados de falar e se comunicar. Para pacientes idosos em condições de vulnerabilidade foi exigido à autorização do acompanhante para participação da pesquisa.

Como técnicas de coleta dos dados, selecionamos: a observação, a aplicação do formulário e o levantamento documental em prontuário. O formulário utilizado foi desenvolvido em um projeto de

pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP), sob o número de protocolo CAAE-0015. 0.258.000-09. Para esse estudo foram utilizados nesse estudo apenas os dados nutricionais contidos no formulário.

Com relação às evidências nutricionais foram consideradas as alterações nutricionais presentes no diagnóstico como perda de apetite com náusea, perda de apetite sem náusea, obesidade e outros valores de alterações no IMC (Índice de Massa Corporal), e outras evidências nutricionais, entre elas a presença de anemia e albumina inferior a 3,5 g/dl.

Os dados coletados do instrumento de pesquisa foram organizados em banco de dados e analisados pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Science), versão 26 e pelo Microsoft Excel. A análise descritiva dos dados foi focada em distribuições de frequências, cálculo das estatísticas mínimo, máximo, média, desvio padrão, coeficiente de variação (CV), percentis, construção de gráficos de frequência e Boxplot.

Na Análise Inferencial, a hipótese de distribuição normal foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Como a variável quantitativa deste estudo apresentava distribuição normal às médias foram comparadas pelos testes t-de Student; a hipótese de homocedasticidade para o teste t-de Student foi verificada pelo Teste de Levene. Para avaliar a associação do diagnóstico com outros fatores foram utilizados o teste Qui-Quadrado ou o teste Exato de Fisher, quando necessário. Foi também computado o intervalo de confiança para médias ao nível de 95% de confiança. E a análise de risco foi feita pela razão de chances e sua significância foi julgada pelo nível de confiança ao nível de 95% de confiança. Diferenças foram consideradas estatisticamente significativas sempre que o p-valor associado à análise fosse menor que 0,05.

RESULTADOS

Dos 70 pacientes entrevistados, (47/70=**67,1%**(p=0,748)) eram do sexo masculino com predominância de adultos na faixas etárias de 41-50 e 61-70 (17/70=**24,2%** cada uma) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) esteve presente em (23/70=**32,85%**) dos pacientes (Tabela 1).

Conforme a tabela 1, do total de entrevistados, 10 (**14,3%**) sujeitos foram submetidos a Terapia Nutricional (TN), dentre elas a Nutrição Enteral (NE) e a Nutrição Parenteral (NP), destes 7 (**14%**) apresentavam RCR. A média total dos dias de internação foi de 20 dias, já a média do grupo com o diagnóstico foi de 23 dias e do grupo sem o diagnóstico foi 15 dias.

O desequilíbrio nutricional anemia esteve presente na maior parte dos entrevistados representando (46/50=**92%** ($p=1,00$)) no grupo com o DE e (19/20=**95%** ($p=1,00$)) no grupo sem o DE. Interessante observar que o grupo sem o DE apresentou um percentual levemente maior de pacientes com anemia. A presença de hipoalbuminemia foi identificada com maior frequência nos sujeitos com o DE (17/50=**34%** ($p=0,012$)) enfatizando maior incidência de desnutrição protéica nos pacientes com recuperação cirúrgica tardia. No grupo sem o DE apenas (1/20=**5%** ($p=0,012$)) apresentou esse resultado. Para os demais sujeitos de ambos os grupos (33 e 19), não foi possível realizar a avaliação de presença de hipoalbuminemia, pois o resultado do exame não foi encontrado ou ele não foi realizado (Tabela 1).

Nos dois grupos, quando comparadas as idades em relação aos fatores verificados no estudo foi observada diferença significativa entre a média das idades de pacientes sem hipoalbuminemia (**54,48** ($p=0,003$)) e pacientes com hipoalbuminemia (**67,05** ($p=0,003$)) e nos pacientes com sobrepeso (Gráfico 1).

Foi também detectada diferença significativa entre pacientes que apresentam o Diagnóstico de RCR e hipoalbuminemia daqueles que não apresentam o diagnóstico e tem Hipoalbuminemia. A razão de chances igual a 9,79 indica que a chance de um paciente com hipoalbuminemia apresentar o diagnóstico de RCR é 9,79 vezes a chance de quem não tem hipoalbuminemia apresentar o diagnóstico de enfermagem de RCR. Como o intervalo de confiança da razão de chances ao nível de 95% de confiança é (1,205; 79,474) e não contém o valor 1,0. Concluímos que esta razão de chances é significativa e temos evidência de que a hipoalbuminemia é um fator de risco associado ao diagnóstico de RCR (Gráfico 1).

Nesses pacientes com o DE e hipoalbuminemia: 75% eram idosos; 93,75% realizaram cirurgias de grande porte; 35,29% e 52,94% apresentavam respectivamente a característica “evidência de interrupção na cicatrização” e o fator relacionado “Infecção pós-operatório no local de incisão”. A característica definidora “perda de apetite com náusea” apareceu com maior frequência nos indivíduos com o diagnóstico de Recuperação Cirúrgica Retardada, (11/50= **22%** ($p=0,243$)) contra (2/20=**10%** ($p=0,243$)) no grupo sem o DE (Tabela 1).

Foram avaliados o peso e altura dos entrevistados através dos dados do prontuário ou relato do paciente. Assim foi calculado o IMC expresso em quilogramas e a estatura em metros.

Durante a pesquisa analisou-se os valores de IMC e verificou-se que nos sujeitos com recuperação retardada: (12/50= **24%** ($p=0,254$)) com baixo peso, (20/50= **40%** ($p=0,254$)) com sobrepeso ou obesidade e (18/50=**36%** ($p=0,254$)) com peso considerado normal (Tabela 1). Nos sujeitos que

apresentaram recuperação pós-cirúrgica adequada os números de sujeitos com baixo peso e obesidade foram muito menores ou nulos.

As faixas etárias que mais apresentaram baixo peso foram aquelas acima de 60 anos para ambos os grupos com e sem o diagnóstico. Dos pacientes incluídos no estudo com recuperação retardada, 58% apresentaram IMC abaixo de 24 kg/m².

Ao analisar a faixa etária dos grupos, observa-se maior variabilidade na idade nos pacientes com o diagnóstico de RCR. O teste t-de Student revela que não há diferenças significativas entre a média de idade de pacientes sem o diagnóstico de DE e a média de idade de pacientes com o diagnóstico de DE ($p = 0,469$) (Gráfico 2).

DISCUSSÃO

A maioria dos entrevistados foi do sexo masculino, adultos e idosos com idade entre 41-80 anos, portadores de doença crônica associada, sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) predominante entre elas.

A anemia é problema comum em pacientes graves ⁵ e esteve presente na maior parte dos pacientes cirúrgicos entrevistados tanto no grupo com o diagnóstico como sem o diagnóstico, confirmando estudos sobre a alta frequência de casos de anemia no ambiente hospitalar.

A albumina sérica contribui com mais da metade da proteína sérica total do corpo. Os valores de albumina refletem a absorção ou ingestão de proteína. Valores menores que 3,5 g/dl podem indicar déficits nutricionais. As alterações protéicas levam mais de 2 semanas para aparecer nos valores séricos, pois a meia-vida da albumina é longa, aproximadamente uns 18 dias ⁶. Pesquisas recentes apontam que a concentração de albumina em pacientes cirúrgicos é um indicador de risco de infecção e de morbi-mortalidade em pacientes cirúrgicos ⁷

A deficiência protéica, especificamente de albumina, foi considerada no estudo um fator de risco para desenvolvimento do diagnóstico de enfermagem “Recuperação Cirúrgica Retardada”, por apresentar forte frequência no grupo com o diagnóstico.

A maior parte dos sujeitos com o diagnóstico e hipoalbuminemia apresentaram infecção no local da incisão cirúrgica. Sendo assim, a hipoalbuminemia também pode estar associada como fator de risco para o desenvolvimento de infecção na incisão, levando com isso ao prolongamento dos dias de internação e aumento nos custos hospitalares.

A maioria dos sujeitos com o diagnóstico RCR e hipoalbuminemia eram idosos. As pessoas idosas e desnutridas tendem a ter internações mais longas e mais dispendiosas e maior risco para complicações que aquelas que estão adequadamente nutridas.⁸

Estudos retratam que traumas operatórios podem interferir na diminuição plasmática de albumina, uma vez que esses são freqüentemente seguidos de fenômenos inflamatórios teciduais e sistêmicos, com grande mobilização de líquido para o espaço intersticial e intravascular.⁹ Concentrações reduzidas de albumina podem refletir desnutrição e o grau de catabolismo protéico, relacionando-se significativamente com infecção de feridas⁷.

Um dos fatores comuns no ambiente hospitalar e que pode afetar o apetite é o mal-estar ou náusea¹⁰. A náusea mais encontrada nos pacientes com recuperação retardada se caracteriza como uma sensação desagradável associada com a necessidade de vomitar. Episódios de náuseas e vômitos são frequentes em pacientes em pós-operatório. Estudo aponta que duração da cirurgia maior que 30 minutos e alguns tipos de cirurgia (ex. laparotomia), são considerados fatores de risco para náuseas e vômitos no pós-operatório¹¹.

A perda de peso no pós-operatório reflete o déficit energético causado pela menor ingesta alimentar, a má-absorção dos nutrientes ou conseqüência da doença de base, podendo se estabilizar alguns meses após a cirurgia¹². Uma pessoa é considerada abaixo do peso quando apresenta menos de 15 a 20% abaixo dos padrões de peso⁶. O valor de IMC abaixo de 20 kg/m² foi considerado como baixo peso no estudo, valor esse foi proposto por Garrow e recomendado pela Organização Mundial de Saúde¹³.

A perda de peso involuntária constitui um dado importante para avaliar o estado nutricional. Pacientes com perda significativa de peso, IMC fora da normalidade e outros fatores de risco nutricional devem ser atentamente monitorados e receber terapia nutricional quando indicado. Deve-se incluir a avaliação de peso e a altura no exame físico de admissão, da mesma forma controlar esses valores durante a internação¹⁴. Desse modo, os indivíduos com IMC abaixo de 24 kg/m² já apresentam risco para problemas associados aos estados nutricionais deficientes. Estes constituíram mais da metade do total de sujeitos entrevistados⁸.

Contudo, a pesquisa demonstrou que pacientes com níveis baixos de albumina no sangue, possuíam forte probabilidade de cicatrização comprometida e infecção na incisão cirúrgica, levando, levando com isso a uma maior susceptibilidade para um pós-operatório tardio.

CONCLUSÃO

O estado nutricional e a sua relação com a evolução do quadro clínico do paciente são um assunto de interesse da equipe interdisciplinar e produz cada vez mais estudos. Porém, o enfoque ao cuidado nutricional do cliente cirúrgico, ainda requer atenção especial, visto que ele passa por períodos de jejum pré e pós-operatórios significativos e por um catabolismo acentuado devido ao trauma cirúrgico.

Os resultados desse estudo demonstram a prevalência da recuperação cirúrgica retardada em pacientes adultos e idosos, enfatizando a relevância da avaliação nutricional e investigação clínica para futuro planejamento da assistência de enfermagem, de acordo com o tipo de cirurgia realizada e suas complicações.

Logo, a hipótese do presente trabalho foi a existência de uma relação entre recuperação cirúrgica e suporte nutricional, sendo esta relação confirmada através da evidência nutricional hipoalbuminemia, pois os pacientes que apresentaram esta alteração estavam predominantemente, com pós-operatório tardio. Com isso recomenda-se estudos de suporte nutricional, de suplementação hiper proteica para estes pacientes, para avaliar a recuperação pós-cirúrgica e potenciais complicações.

Essa pesquisa buscou enfatizar não só o cuidado nutricional ao paciente cirúrgico no pós-operatório, mas também o destacar o papel da avaliação na admissão pré-operatória, antes mesmo da manifestação dos problemas, com vistas ao acompanhamento dos aspectos nutricionais e uma intervenção com boas práticas quando necessário durante a internação. Incentivando assim, a redução do período de internação dos pacientes e os custos hospitalares.

REFERÊNCIAS

1. NANDA, Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação (2018-2020). Porto Alegre: Artmed; 2018.
2. Kondrup J. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clinical Nutrition*. junho de 2003;22(3):321–36.
3. Doenges MR, Moorhouse MF, Murr AC. Diagnósticos de enfermagem-Intervenções/Prioridades/Fundamentos. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
4. Rothrock JC. Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

5. Lobo et al. Anemia e transfusões de concentrados de hemácias em pacientes graves nas UTI brasileiras (pelo FUNDO-AMIB). Rev bras ter intensiva [Internet]. setembro de 2006; 18(3). Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103507X2006000300004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

6. Craven RF, Hirnle CJ. Fundamentos de enfermagem. Saúde e Função Humanas. Guanabara Koogan, 4ª edição, 2006.

7. Mota JF, Venâncio LS, Burini RC. Cirurgia e terapia nutricional oral. Rev Bras Nutr. Clín. 24(1): 51-7; 2009.

8. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.

9. Avenell A, Smith TO, Curtain JP, Mak JCS, Myint PK. Nutritional supplementation for hip fracture aftercare in older people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016 Nov 30;(11). CD001880. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001880.pub6>

10. Dealey C. Cuidando de Feridas: Um guia para as enfermeiras. 3ª Ed. São Paulo: Atheneu; 2008.

11. Lages N, Fonseca C, Neves A, Landeiro N, Abelha FJ. Náuseas e vômitos no pós-operatório: uma revisão do “pequeno-grande” problema. Rev Bras Anesthesiol [Internet]. outubro de 2005 [citado 29 de abril de 2020];55(5). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003470942005000500013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

12. Papini-Berto SJ et al. Desnutrição protéico-energética no paciente gastrectomizado. Arq Gastroenterol. março de 2002;39(1):3-10.

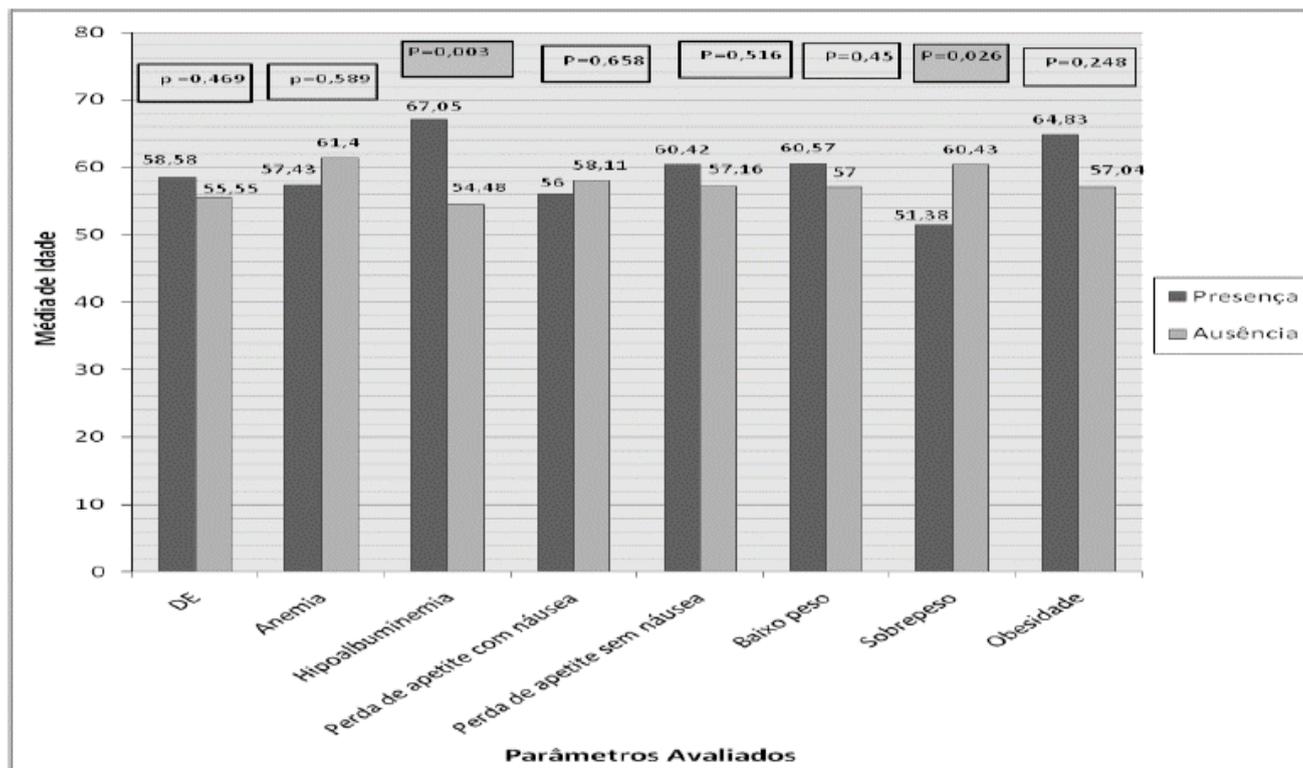
13. Vannucchi H, Unamuno M do RDL, Marchini JS. AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL. Medicina (Ribeirao Preto Online). 30 de março de 1996;29(1):5.

14. Dreyer E, Brito S. Terapia Nutricional. Cuidados de Enfermagem- Procedimentos Padronizados para Pacientes Adultos. GAN/EMTN-HC, 2003.

Tabela 1. Características dos pacientes com e sem o Diagnóstico de Enfermagem (DE).

	Total (%) 70 (100)	Grupo sem DE (%) 20 (28,6)	Grupo com DE (%) 50 (71,4)
Sexo			
Masculino	47 (67,1)	14 (29,8)	33 (70,2)
Feminino	23 (52,8)	6 (26,1)	17 (73,9)
Idade			
21- 40	8 (11,4)	3 (7,5)	5 (62,5)
41-50	17 (24,2)	4 (23,5)	13 (76,5)
51-60	12 (17,1)	5 (41,6)	7 (58,3)
61-70	17 (24,2)	5 (29,4)	12 (70,6)
71-80	12 (17,1)	2 (16,6)	10 (83,3)
81 anos ou mais	4 (5,7)	1 (25)	3 (75)
Comorbidades			
Diabetes	8 (11,4)	2 (25)	6 (75)
Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)	23 (32,8)	8 (34,8)	15 (65,2)
Insuficiência Renal	2 (2,8)	0	2 (100)
Vasculopatias	4 (5,7)	1 (25)	3 (75)
Neoplasias	14 (20)	7 (50)	7 (50)
Nutrição Enteral ou Parenteral	10 (74,3)	3 (15)	7 (14)
Anemia	65 (92,8)	19 (95)	46 (92)
Perda de apetite com náusea	13 (18,6)	2 (10)	11 (22)
Perda de apetite sem náusea	12 (17,1)	5 (25)	7 (14)
Hipoalbuminemia	18 (25,7)	1 (5)	17 (34)
Baixo peso	14 (20)	2 (10)	12 (24)
Peso normal	29 (41,4)	11 (55)	18 (36)
Acima do peso ou obesidade	27 (38,6)	7 (35)	20 (40)

Gráfico 1: Distribuição dos sujeitos com presença e ausência do Diagnóstico de Enfermagem e das evidências nutricionais em estudo por média de idade.



Capítulo 68

COMPREENSÃO DA SEGURANÇA DA ASSISTÊNCIA PARA A PESSOA QUE VIVENCIA A HOSPITALIZAÇÃO

[DOI: 10.37423/200500808](https://doi.org/10.37423/200500808)

Anna Maria de Oliveira Salimena (Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva (Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

Thais Vasconcelos Amorim (Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

Fernanda Rezende Garcia (Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

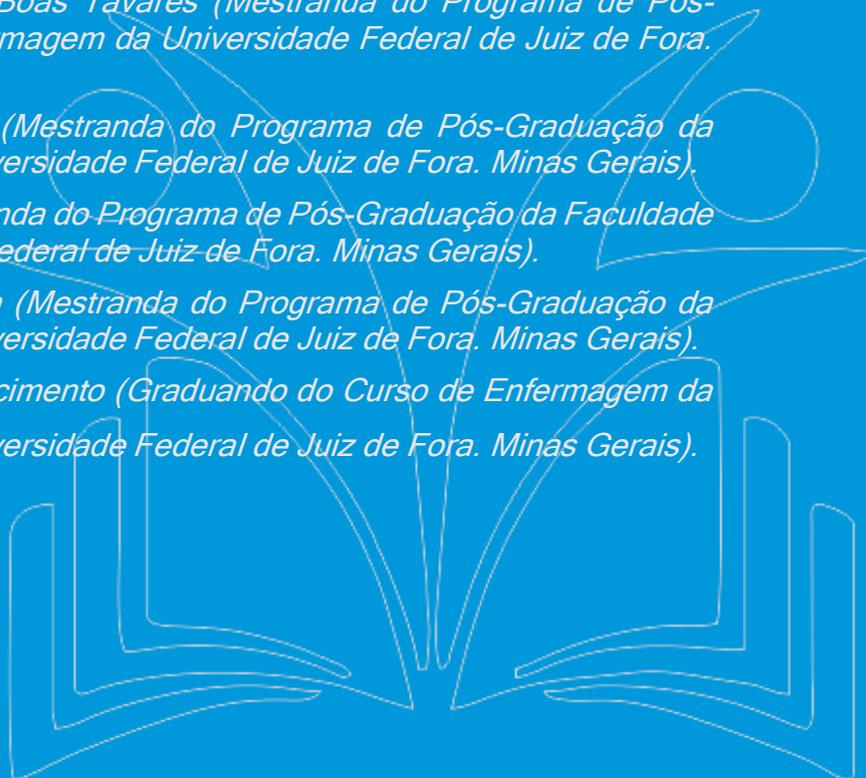
Amanda Tamires Drumond Vilas Boas Tavares (Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

Layla Guimarães Paixão Oliveira (Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

Bruna Lourenço Cassimiro (Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

Suellen Fernanda de Souza Viana (Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).

Rômulo Cândido Nogueira do Nascimento (Graduando do Curso de Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais).



RESUMO: INTRODUÇÃO: a Segurança do Paciente, normatizada através da Portaria 529, de 1º de abril de 2013 e RDC 36 de 25 de julho de 2013, passou a ser prioridade nas instituições de saúde sendo sua aplicação possível através do gerenciamento de riscos. **OBJETIVO:** compreender o significado da segurança da assistência para a pessoa que vivencia a hospitalização. **METODOLOGIA:** pesquisa de natureza qualitativa pautada no referencial teórico-metodológico-filosófico de Martin Heidegger. O cenário foi um Hospital Geral Público de uma cidade da Zona da Mata Mineira, com 11 participantes que no encontro fenomenológico, em março/abril de 2016, prestaram depoimentos. **RESULTADO:** realizada análise compreensiva, que após leitura atenta identificou que compreendem como medidas de segurança alguns cuidados da equipe de saúde como ser bem atendido com cuidado e carinho. É ter a visita médica diária e enfermeiros atenciosos também receber as informações corretas da forma pela qual tem que tratar. O modo-de-ser-aí-paciente hospitalizado na perspectiva da segurança da assistência se desvelou evidenciando pré-ocupação inautêntica, impropria e no falatório do cotidiano heideggeriano. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Torna-se necessário que a enfermagem faça reflexões sobre a comunicação entre o profissional de saúde e o paciente durante o período de internação, afim do risco a ocorrência de incidentes e eventos adversos. Ao dar a voz ao paciente significa inclui-lo no processo de promoção de sua própria segurança, criando mais uma barreira na cadeia de prevenção de erros e contribui para que o protagonismo do cuidado não seja retirado da pessoa principal.

Palavras-chave: Segurança do paciente; Hospitalização; Assistência de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Ao deparar com a deficiência de informações ao paciente sobre seu tratamento e sua estadia dentro do hospital, bem como vivenciar a implantação do serviço de segurança do paciente dentro de uma unidade hospitalar, questiona-se sobre quais informações o paciente sabe sobre seu cuidado, tratamento, procedimentos, medicações e como ele se sente dentro da instituição, uma vez que pensar a assistência é pensar a segurança e não se tem como dissociar estes dois atributos tão conexos.

A estrutura hospitalar baseada em intervenções terapêuticas que buscam a cura, tal como é nos dias de hoje, é algo relativamente novo. O marco histórico do movimento pela qualidade da assistência foi a partir de 1951, com a criação da Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH), com a missão de assistir às organizações de saúde internacionais na melhoria da qualidade e segurança ⁽¹⁾.

No Brasil, o princípio do processo de acreditação foi ao final dos anos 80 quando a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS determinou inúmeras medidas para otimizar os parâmetros e serviços hospitalares da América Latina e que ao ser alcançado o hospital era considerado acreditado ⁽²⁾.

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou uma campanha para desafio da segurança do paciente, a “Patient Safety”, com o objetivo de “coordenar, disseminar e promover a melhoria na segurança do paciente como uma prioridade de saúde pública, procurando integrar a perspectiva do paciente e família aos seus cuidados” ⁽³⁾. Mas, apesar de todas as iniciativas e diretrizes desenvolvidas, não houve redução significativa dos eventos adversos, como esperado.

Após o lançamento da campanha “Patients for patients Safety” pela OMS procurou-se dar a voz ao paciente e familiar, na inclusão dos mesmos para promoção da redução de ocorrência de incidentes relacionados à sua saúde. Segundo Sousa e Mendes ^(3:49), “recomenda-se às instituições que procurem o ponto de vista do paciente nos aspectos que podem melhorar sua segurança e usem a análise das reclamações como uma forma de melhorar a prática”.

As estratégias do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) pretendem organizar os diversos atores na condução de uma política de segurança do paciente trans-setorial que não envolva apenas os serviços de saúde, mas que englobe agentes reguladores, financiadores e formadores de recursos humanos ⁽⁴⁾.

Na experiência da hospitalização, o paciente passa por um regime de internação em que sua autonomia, individualidade e humanidade são esquecidos ou deixados de lado. Não há sua participação sobre a decisão de seu cuidado, mesmo que haja uma avaliação criteriosa de suas necessidades de saúde por parte da equipe de saúde. A rotina hospitalar impera nos horários de tratamento, descanso, higiene e alimentação, nem mesmo a decisão sobre alternativas de cuidado pode ser escolhida ⁽⁵⁾.

Procurar conhecer a percepção do usuário quanto ao cuidado recebido tem sido uma preocupação nas Instituições de Saúde, com o intuito de melhorar o atendimento e assim direcionar a assistência. Procura-se a inclusão do paciente no processo de promoção de sua própria segurança, criando mais uma barreira na cadeia de prevenção de erros.

Nesse contexto, dar voz aos pacientes como forma de apreender sua percepção sobre o cuidado recebido, se torna uma importante ferramenta para a melhoria da assistência prestada. Uma estratégia que vem sendo adotada pelas instituições de saúde, para avaliar a satisfação do paciente, tem sido a Pesquisa de Satisfação do Cliente, através do qual se adquire informações que auxiliam na melhoria contínua da organização desses serviços. A avaliação da satisfação do paciente tem sido adotada pelas instituições de saúde como estratégia para obter um conjunto de percepções relacionado à qualidade da atenção recebida, com o qual se adquire informações que beneficiam a organização desses serviços ⁽⁶⁾.

A segurança é uma importante dimensão da qualidade, definida como o direito das pessoas de terem o “risco de um dano desnecessário associado com o cuidado de saúde reduzido a um mínimo aceitável”⁽⁷⁾. Ao que tange o cuidado em enfermagem, caracteriza-se pela redução do risco de danos desnecessários associados à assistência em saúde. É fato que a situação de erro poderá ocorrer no cotidiano do cuidado de enfermagem seja por imperícias, negligências, imprudências, omissões e que esses erros, muitas vezes, independem da excelência da qualificação do profissional da saúde⁽⁸⁾.

Como parte atuante da equipe multiprofissional na assistência ao paciente, a enfermagem sempre se ocupou de ações voltadas para a prevenção de riscos, através da elaboração e aplicação de bundles, protocolos e Diagnósticos de Enfermagem voltados para esta temática. A incorporação de novas tecnologias na assistência associado a sobrecarga de trabalho tem distanciado cada vez mais o profissional da relação com o paciente. Segundo Salvador et al^(9:112), “não adianta dispor de alta tecnologia para o desenvolvimento da assistência, se não possuir um mínimo de humanização, pois a

interação entre a tecnologia e a humanização deve estar sempre presente, sem esses elementos o cuidado se torna fragmentado”.

A enfermagem ao prestar cuidado a pacientes hospitalizados deve ter suas ações direcionadas para as demandas biológicas, sociais, espirituais e psíquicas do ser humano. Nesse sentido, é necessário ouvir o que os pacientes têm para relatar sobre o cuidado que lhe é prestado e sobre sua satisfação, na tentativa de se estabelecer um cuidado singular e de qualidade, sendo também uma chance de construção de um indicador de resultado que aponte aos gestores alguns caminhos decisórios de transformações e inovações⁽¹⁰⁾.

O questionamento mobilizador da pesquisa: como a pessoa hospitalizada compreende a segurança da assistência? Sendo assim, tem-se como objeto deste estudo o significado da segurança da assistência para a pessoa que vivencia a hospitalização e como objetivo compreender o significado da segurança da assistência para a pessoa que vivencia a hospitalização.

METODO

Para o desenvolvimento deste estudo optou-se por utilizar a metodologia de natureza qualitativa, pautada na fenomenologia, valendo-se do referencial teórico-filosófico-metodológico de Martin Heidegger. Para Salimena et al. ^(11:310), “Heidegger desenvolveu um pensamento e um método próprios de interpretação e análise, na busca de compreender os entes dotados do ser da presença e o seu sentido de ser em sua existência”.

O cenário foi um Hospital Geral Público de médio porte, situado em uma cidade da Zona da Mata Mineira. Foram entrevistados 11 pacientes nos meses de março e abril de 2016, sendo critérios de inclusão: estar hospitalizado nas especialidades de clínica médica e cirúrgica, internado no mínimo há dois dias, ter idade igual ou superior a 18 anos e de ambos os sexos.

Após a abordagem do estudo e sua importância, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa. O número de depoentes não foi predeterminado, pois em estudos fenomenológicos, busca-se a essência do que se mostra, sem se preocupar com o quantitativo, adequando à suficiência das entrevistas ⁽¹²⁾. As entrevistas cessaram-se na medida em que se observou a aproximação das falas, o que ocorreu ao longo da etapa de campo.

A entrevista foi desenvolvida durante encontros, no próprio leito do paciente, devido às limitações de locomoção dos mesmos. Para acessar o ser, a pesquisadora posicionou-se face a face com o paciente, sentada em uma cadeira ao lado do leito. A entrevista fenomenológica foi norteadas pelas questões: como você percebe as ações voltadas para a segurança com o seu cuidado? Os depoimentos foram gravados em mídia digital (iphone).

As entrevistas foram registradas e codificadas, identificadas com a letra E, acrescidas de numeração que vão de 1 a 11, de acordo com a ordem de realização, a fim de garantir o anonimato dos participantes. Após cada encontro, o depoimento foi transcrito, ouvido, lido e relido, para garantir a fiel expressão dos depoentes. Além disso, foram considerados os registros realizados no diário de campo que contribuíram para a compreensão dos significados expressos pelos pacientes e captação das estruturas essenciais, caminhando para o movimento analítico hermenêutico proposto por Heidegger ⁽¹³⁾.

No primeiro momento metódico, que Heidegger denomina compreensão vaga e mediana, buscou-se explicitar o ser do ente, como o paciente compreendeu os significados da vivência da hospitalização, na perspectiva da segurança da assistência, sem se preocupar em interpretar o sentido ⁽¹³⁾. Foi possível construir a Unidade de Significação (US), que se constitui da síntese dos significados expressos pelo modo-de-ser em sua cotidianidade de paciente hospitalizado

Em seguida, no segundo momento metódico, ocorreu a compreensão interpretativa ou hermenêutica. Ao explorar a dimensão ontológica, que se desvela a partir da visão prévia dos significados, encontrou-se o mostrar-se do ser, através de sua pre-sença, que expressa o ser ao ser questionado ⁽¹¹⁾.

O projeto de pesquisa foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado para apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Juiz de Fora, atendendo as questões éticas, conforme a Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde e foi deferido pelo Parecer de número 1.305.867/2015.

RESULTADOS

Foram entrevistados 11 participantes, de ambos os sexos, sendo 5 do sexo feminino e 6 do sexo masculino, com idades entre 25 e 63 anos, escolaridade que variou de 1º grau incompleto a superior completo, maioria católica e estado civil solteiro. Destes 11 participantes, 7 trabalham e 4 não. O tempo de internação variou de 5 a 40 dias, nas especialidades Cirurgia Geral ⁽⁷⁾ e Clínica Médica ⁽⁴⁾.

A pessoa hospitalizada significou a segurança da assistência sem proceder interpretações, valendo-se sempre da redução dos pressupostos. Realizou-se uma imersão nos depoimentos e diário de campo, que traz nos gestos e nos silêncios, melhor aproximação com o “quem” dos depoentes. Após essa imersão, foi possível identificar as estruturas essenciais contidas nos depoimentos, que fizeram emergir a compreensão dos significados. Para Heidegger ^(13:54), “essenciais são as estruturas que se mantêm ontologicamente determinantes em todo modo de ser da presença fática”. Assim, é o próprio paciente hospitalizado que significa a vivência da hospitalização frente à segurança, numa possibilidade de desvelamento de sentido do ser, que abre caminhos para o segundo momento metódico, em que se desenvolve a interpretação compreensiva.

Assim, as estruturas essenciais foram agrupadas em Unidades de Significação (US), compondo o discurso fenomenológico, demonstrando

“Eu não vejo em momento nenhum elas lidando sem luva, sem assim tomar os cuidados, sempre subindo a grade da cama, sempre orientando, sempre ajudando a gente no banheiro, ajudando no banho... informa todos os remédios, toda a medicação, os antibióticos que eu troquei ontem. Os remédios, todo dia na hora que vem, fala qual remédio, tudo de novo... Eu me sinto muito segura aqui...”. (E1)

“Toda vez que aplica medicação ela fala. A médica fala dos remédios que eu estou precisando de tomar”. (E2)

“Os médicos já passaram todas as informações possíveis, as orientações corretas da forma pela qual a gente tem que tratar, o procedimento para utilização dessa bolsa. Toda medicação que a enfermeira me dá ela fala o nome da medicação e pra que tá me dando a medicação”. (E3)

“Os enfermeiros remédio na hora certa, dá os remédios direitinho”. (E4)

“Ainda tem locais e profissionais ainda de bom atendimento. Então vejo mais o modo de transportar o soro pro banheiro que a gente tem que ter cuidado, muitos cuidados pra não escorregar e cair”. (E7)

“É naquele sistema ali que chama. Aperta ali e acende uma luz lá onde que eles ficam. Aí a pessoa que tá lá na central vê”. (E11)

Ao significar a segurança da assistência, os participantes expressaram a importância da visita médica para se sentirem seguros e necessitam disso para sentirem confiantes no tratamento e resolução de suas queixas. Referem sobre a atenção dos enfermeiros que auxiliam nos cuidados com o banho e alimentação. Os aspectos de higiene são lembrados como fundamentais para a segurança da assistência, referindo o uso de luvas como cuidado de segurança e a falta da troca delas como algo que os incomoda.

Ressaltam que tomar os remédios na hora certa e ter informações sobre eles influenciam no sentimento de segurança experienciado pelos depoentes, de modo que sabem referenciar o nome da medicação e sua atuação. As informações que são fornecidas pelos médicos ou enfermeiros aumentam o nível de confiança no tratamento. As explicações sobre o estado de saúde, cuidados e medicações se revelaram como os mais presentes na vivência dos pacientes.

DISCUSSÃO

Heidegger considera o homem como ser-aí ou Dasein, que significa, necessariamente, um ser no mundo, ser consigo mesmo e com o outro, que interroga a si mesmo em busca de sua verdade. Segundo esse referencial, o Ser só pode ser determinado a partir de seu sentido como ele mesmo, ou seja, a compreensão do Ser somente é possível no contexto de seu próprio mundo, suas experiências e vivências ⁽¹³⁾.

Sendo assim, após ter alcançado o horizonte da questão foi possível chegar às experiências originárias, caminhando para a compreensão mais aprofundada da ontologia e desvelamento do fenômeno estudado ⁽¹³⁾. Então, os pacientes expressaram sua vivência no período da hospitalização, anunciando sua visão da segurança da assistência.

Na cotidianidade, o ser se mantém numa realidade contextual, envolvido por situações imprevisíveis ou diante de fatos que o surpreendem, independentemente de sua escolha. Heidegger ^(13:460) expressa cotidianidade como “o modo de ser em que a presença, numa primeira aproximação e na maior parte das vezes, se mantém”. Neste sentido, estar hospitalizado não foi uma escolha, mas é factual e o fato da hospitalização será percebido e enfrentado de maneira individualizada ao ser-aí-paciente-hospitalizado e os profissionais da equipe, em especial os da enfermagem são importantes para que ele supere e se compreenda como além daquilo que ele próprio não se compreendia.

O modo de ser-aí-paciente-hospitalizado desvela que estar internado é estar no mundo-com, de tal maneira que o ser-em é ser-com os outros; os “outros” são cada vez “aí”-com ao ser-no-mundo ⁽¹³⁾.

Os pacientes, no modo de ser-aí-com-os-profissionais, destacando a equipe de enfermagem, desvelam o cuidado recebido durante a hospitalização através da ocupação, do modo como estes profissionais se ocupam com o cuidado de técnicas e procedimentos para se aproximarem deles. A ocupação é o modo de atarefar-se numa circunvisão, ao que está à mão. Eles percebem que são cuidados porque recebem alimentação, medicação, higiene, na rotina do hospital. Mas, esse ocupar-se é também

preocupar-se, pois a ocupação com a alimentação e com o vestuário, ao tratar o corpo doente, é pré-ocupação ⁽¹³⁾.

O ser-aí-com, enquanto seu modo de ser preocupação, neste estudo assume uma possibilidade positiva, substitutiva que, para Heidegger é “retirar o cuidado do outro e tomar-lhe o lugar nas ocupações, saltando para o seu lugar. Essa preocupação assume a ocupação que o outro deve realizar” ^(13:101). Neste sentido, o cuidado dominador isenta o paciente de suas ocupações habituais.

Ao desvelarem o significado da segurança da assistência como ter a presença do médico diariamente demonstram que não reconhecem a segurança nos moldes colocados pela tradição, por aquilo que está posto pela ciência através das normatizações, podendo apontar uma falha na comunicação e esclarecimento deste termo durante a hospitalização.

Ao reconhecerem as ações de segurança empregadas em seu cuidado, os pacientes desvelam um “modo de ser da compreensão desenraizada de presença” ^(13:233), denominado falação. Os pacientes demonstram este modo de falação ao repetirem os termos técnicos que são ditos pela equipe e significando o uso de luvas ou a ausência delas como algo imprescindível para a sua segurança no ambiente hospitalar. Evidenciaram-se na falação, “como possibilidade de se compreender tudo sem ter se apropriado previamente da coisa” ^(13:232).

O modo-de-ser-aí-paciente hospitalizado na perspectiva da segurança da assistência, evidenciou pré-ocupação inautêntica e o falatório, desvelando um cuidado dominador no ambiente hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido possibilitou a compreensão da segurança da assistência para a pessoa que vivencia a hospitalização em um hospital público da Zona da Mata Mineira. A fenomenologia à luz de Martin Heidegger como compreensão interpretativa do ser-aí-paciente-hospitalizado alcançou o desvelamento dos sentidos que se configuram no referencial teórico-filosófico como pré-ocupação inautêntica e falatório, desvelando um cuidado dominador no ambiente hospitalar.

A equipe de enfermagem está presente na aplicação da maioria dos protocolos de segurança do paciente, demonstrando a necessidade de voltar-se para o paciente no sentido de explicar os protocolos e trazê-lo para o cuidado de si, como participante ativo da prevenção de riscos durante a sua vivência de internação.

Emerge, assim, a necessidade de amplas discussões no campo do ensino quanto à necessidade de sensibilizar os futuros enfermeiros sobre a importância do seu papel na vivência de hospitalização dos pacientes e sua significação de segurança da assistência recebida. Deve-se repensar a comunicação terapêutica como forma de acessar e incluí-lo na promoção de sua segurança. É preciso estar presente e esclarecer para ele o que é segurança, de modo que receba o cuidado efetivo, libertador e autêntico.

REFERÊNCIAS

- 1 Galhardi NM, Escobar EMA. Indicadores de qualidade de enfermagem Rev. Ciênc. Méd. 2015; 24 (2):75-83.
2. Brasil. Portaria GM/MS nº 538, de 17 de abril de 2001. Diário Oficial da União. 2001; 19 abr, nº 76-E, p.12, Seção 1.
3. Sousa P, Mendes W. Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. FIOCRUZ. 2014; 2: 452 p.
4. Alves EAV. Segurança do paciente: do erro à prevenção de risco. Cadernos Ibero-Americanos do Direito Sanitário. 2013; 2 (2): 723-33.
5. Amaral LR., Leite LS. A visão dos pacientes sobre o atendimento aos seus direitos no ambiente hospitalar. Revista ACRED. 2015; 5(10):49-64.
6. Lyu H, Wick EC, Housman M, Freischlag JA, Makary MA. Patient Satisfaction as a Possible Indicator of Quality Surgical Care. JAMA Surg. 2013;148(4):362-7.
7. Anvisa. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Estratégias para segurança do paciente em hospitais e clínicas [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.
8. Wachter RM. Compreendendo a segurança do paciente. Tradução: Laura Souza Berquó. Porto Alegre: Editora Artmed, 2010.
9. Salvador PTC O, Oliveira RKM., Costa TD, Santos VEP, Tourinho S V. Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. Rev. Enferm. UERJ. 2012; 20(1):111-7.
10. Freitas SF, Silva AEBC, Minamisava R, Beserra ALQ, Sousa MRG. Qualidade dos cuidados de enfermagem e satisfação do paciente atendido em um hospital de ensino. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2014; 22(3):454-460.
11. Salimena AMO, Amorim TV, Souza IEO, Paz EPA, Langendorf TF, Barqueiros JM. O método fenomenológico Heideggeriano e sua contribuição epistemológica para a Enfermagem: revisitando questões do movimento analítico. ATAS CIAIQ. 2015; 1(1):310- 15
12. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Revista Pesquisa Qualitativa. 2017;5(7): 01-12.
13. Heidegger M. Ser e Tempo. Petrópolis (RJ): Vozes: 2015.

