Universidade do Estado de Santa Catarina
Série ANAIS

80ª Semana Brasileira de Enfermagem
15ª Semana de Enfermagem: ABEn/SC
Núcleo Chapecó

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM PARA UMA PRÁTICA COM EQUIDADE

EDITORA UDESC

80ª Semana Brasileira de Enfermagem
15ª Semana de Enfermagem: ABEn/SC
Núcleo Chapecó

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM PARA UMA PRÁTICA COM EQUIDADE

UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA - UDESC

Marcus Tomasi

Reitor

Leandro Zvirtes

Vice-Reitor

Matheus Azevedo Ferreira Fidelis

Pró-Reitor de Administração

Leonardo Secchi

Pró-Reitor de Planejamento

Soraia Cristina Tonon da Luz

Pró-Reitor de Ensino

Fabio Napoleão

Pró-Reitor de Extensão, Cultura e Comunidade

Antonio Carlos Vargas Sant'Anna

Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação

EDITORA UDESC

Marcia Silveira Kroeff

Coordenadora

CONSELHO EDITORIAL

Marcia Silveira Kroeff – Presidente
Nílson Ribeiro Modro – CEPLAN
Alexandre Magno de Paula Dias – CESFI
Janine Kniess – CCT
Rosilaine Ripa – CEAD
Edelcio Mostaço – CEART
Rafael Tezza – ESAG
Sílvia Maria Fávero Arend – FAED
Rosana Amora Ascari – CEO
Renan Thiago Campestrini – CEAVI
Renata Rogowski Pozzo – CERES
Veraldo Liesenberg – CAV

5471 Semana Brasileira de Enfermagem (80. :2019: Chapecó, SC)

Anais [recurso eletrônico] / 80. Semana Brasileira de Enfermagem; 15. Semana de Enfermagem ABEn/SC: Os desafios da enfermagem para uma prática com equidade; Local, 14 e 15 de maio em Chapecó. – Florianópolis: UDESC, 2019.
643 p.

Inclui referências.
ISBN: 978-85-8302-170-4

1. Enfermagem - Pesquisa. 2. Enfermagem - Prática. 3. Saúde. I. Universidade do Estado de Santa Catarina. Centro de Educação do Oeste. II. Título.

CDD: 610.73072 - 20. ed.

Ficha catalográfica elaborada pela Bibliotecária Alice de A. B. Vazquez CRB 14/865
Biblioteca central da UDESC

80ª Semana Brasileira de Enfermagem
15ª Semana de Enfermagem: ABEn/SC
Núcleo Chapecó

OS DESAFIOS DA ENFERMAGEM PARA UMA PRÁTICA COM EQUIDADE

EDITORA UDESC

COORDENAÇÃO GERAL

Profa. Dra Rosana Amora Ascari - UDESC

COMISSÃO DE TEMAS

Silvana dos Santos Zanotelli (Coordenadora) - UDESC
Francieli Girardi – UDESC
Elaine Maestri – UFFS
Marcela Furlan de Léo – UFFS
Karen Cristina Kades Andrigues – UNOCHAPECÓ
Maria Elizabeth Kleba da Silva – UNOCHAPECÓ

COMISSÃO CIENTÍFICA

Leila Zanatta (Coordenadora) - UDESC
Rosana Amora Ascari – UDESC
Maria Elizabeth Kleba – UNOCHAPECÓ
Vanessa Corralo – UNOCHAPECÓ
Cláudio Claudino da Silva Filho – UFFS
Angela Barrichello - UDESC
Andrieli Schimtz - UDESC

AVALIADORES DOS TRABALHOS CIENTÍFICOS

Leila Zanatta (Coordenadora) - UDESC
Adriana Cristina Hillesheim - UFFS
Aline Massaroli - UFFS
Clarissa Bohrer da Silva - UDESC
Claudio Claudino da Silva Filho - UFFS
Eleine Maestri - UFFS
Fabiane Pertille - UDESC
Grasiele Busnello - UDESC
Jane Kelly Oliveira Friestino - UFFS
Jucimar Frigo - UNOCHAPECO
Karen Crisitina Kades Andrigue - UNOCHAPECO
Larissa Hermes Thomas Tombini - UFFS
Letícia de Lima Trindade – Udesc / UNOCHAPECO
Lisiane Rosa - UNOCHAPECO
Lucimare Ferraz – UDESC - UNOCHAPECO
Lucinéria Ferraz – UDESC
Maira Rossetto - UFFS
Maria Elisabeth Kleba - UNOCHAPECO
Maristela Schleicher Silveira - UDESC
Mayra Zancanaro - UNOCHAPECO
Rosana Amora Ascari - UDESC
Saionara Vitória Barimacker – SMS Chapecó
Samuel Spiegerberg Zuge - UNOCHAPECO
Vander Monteiro da Conceicao - UFFS
Vanessa Corralo - UNOCHAPECO
Yaná Tamara Tomasi - UFFS

COMISSÃO DE APOIO

Clarissa Bohrer da Silva (Coordenadora) - UDESC
Andréia Cristina DallAgnol - UDESC
Renata Mendonça Rodrigues - UDESC
Juliana Praxedes Campagnoni - UFFS
Valéria Silvana Faganello Madudeira - UFFS
Samuel Spiegelberg Zuge - UNOCHAPECÓ
Adrean Scremin Quinto - UNOCHAPECÓ
Jacira Batista de Oliveira – HRO

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM VINCULADOS À COMISSÃO DE APOIO

Leticia Stake Santos - UDESC
Bruna Chiossi Presoto - UDESC
Paula Eduarda Parize - UDESC
Maria Dondé - UDESC
Andrieli Fernanda Becker - UDESC
Franklin de Almeida Cipolatto - UDESC
Sara Vanessa Braatz Almeida - UDESC
Karieli Fernanda Bartniski - UDESC
Dauane Gunsch - UDESC
Édina Anziliero – UDESC
Bruna Laís Hardt – UFFS
Caroline Menzel Gato – UFFS
Eduarda Antonia Sartoretto – UFFS
Jaqueline Ana Foschera – UFFS
Keroli Eloiza Tessaro da Silva – UFFS
Luanna Almeida Nardes de Souza – UFFS
Milena Schneiders – UFFS
Roberta Eduarda Grolli – UFFS
Tayná Bernardino Coutinho – UFF
Roberta Eduarda Grolli – UFFS
Sabine de Rocco Donassolo – UFFS
Tayná Bernardino Coutinho – UFFS
Andressa Lurdes Fagundes – UNOCHAPECÓ
Pamela Chiela Batista da Cruz – UNOCHAPECÓ
Kathyusca Terhorst Bueno – UNOCHAPECÓ
Aline Siqueira – UNOCHAPECÓ
Monica Sutil – UNOCHAPECÓ
Naiara Geraldo - UNOCHAPECÓ
Cassiane Vargas Nogueira - UNOCHAPECÓ
Clarisse Fortes - UNOCHAPECÓ
Isabela Marcon Weis - UNOCHAPECÓ

ARTICULADORES DA COMISSÃO DE APOIO

Kérigan Emili dos Santos – Presidente do CAenf Udesc Oeste
Cristiano Oliveira Morais – Presidente do CA Unochapecó

COMISSÃO DE RECEPÇÃO E LOGÍSTICA

Lucimare Ferraz (Coordenadora) – UDESC
Vanessa Aparecida Gasperin – UDESC
Vander Monteiro da Conceição – UFFS
Aline Massaroli – UFFS
Lisiane da Rosa – UNOCHAPECÓ

COMISSÃO DE INFRAESTRUTURA

Adriana Gracietti Kucsmainski (Coordenadora) – UDESC
Olvani Martins da Silva – UDESC
Mayra Zancanaro - UNOCHAPECÓ
Jeane Barros de Souza - UFFS

PROTOCOLO

Fabiane Pertille

SUPORTE TI

Willian Xavier de Almeida (Coordenador) – UDESC

COPILAÇÃO

Rosana Amora Ascari – Udesc Oeste

EDITORAÇÃO

Márcia Maria Palhares - @Cervus.doc. Consultoria e Assessoria

PROJETO GRÁFICO/CAPA

Mauro Tortato – Udesc Editora

DIAGRAMAÇÃO

Udesc Editora

REVISÃO

Os resumos seguiram padrões individuais de revisão, prevalecendo a vontade de seus autores. * Alguns resumos foram realinhados quanto ao Eixo Temático.

ORGANIZADORES

APOIADORES

SUMÁRIO

09 | APRESENTAÇÃO

11 | RESUMOS EXPANDIDOS

11 | **EIXO 1:**
Práticas de cuidado, gestão e gerência

25 | **EIXO 2:**
Formação, práticas de ensino, educação em saúde

351 | **EIXO 3:**
Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa

APRESENTAÇÃO

A 80ª Semana Brasileira de Enfermagem (80ª SBEn) e a 15ª Semana de Enfermagem, ABEn Núcleo Chapecó, promovidos pela Associação Brasielira de Enfermagem (ABEn) e realizada por Instituições de Ensino Superior (IESs) de Chapecó, aconteceram no período de 14 e 15 de maio de 2019, em Chapecó, SC, no Centro de Eventos Plínio Arlindo de Nes. Tradicionalmente, o referido evento é realizado em parceria entre a Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó) e Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), recebendo apoio de outras instituições parcerias como serviços de saúde, escolas técnicas e, sobretudo, o apoio da Aben-SC e ABEn-SC Núcleo Chapecó. Neste ano de 2019 a UDESC foi a instituição proponente do evento. A programação proporcionou troca de conhecimentos e experiências advinsdas dos saberes e fazeres da enfermagem.

O Tema Central da 80ª Semana Brasileira de Enfermagem e 15ª Semana de Enfermagem de Chapecó foi "Os desafios da enfermagem para uma prática com Equidade" e contemplou os Eixos: Práticas de cuidado, gestão e gerência; Formação, práticas de ensino e educação em saúde e; Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa. A programação científica desenvolveu-se por meio de conferência, mesa redonda, cases de sucesso, apresentação de trabalhos, exposição cultural e reuniões de interesse.

O evento teve por objetivo instrumentalizar pesquisadores, professores, estudantes de enfermagem e profissionais para a cientificidade por meio da discussão sobre a equidade e o papel da enfermagem no atual modelo de atenção à saúde.

O evento contou com apoio de agência de Fomento (FAPESC) e de diversos parceiros, tais como, Udesc, Unochapecó, UFFS, Hospital Regional do Oeste, Senac, ABEn, ABEn-SC, ABEn Núcleo Cha-

pecó, Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó, Coren – SC, Cedup e Programa Academical.

A capital do oeste catarinense, como Chapecó é chamada, e os organizadores do evento, acolheram carinhosamente os pariticipantes nesses dois dias de atividades.

Obrigada por sua presença na 80ª Semana Brasileira de Enfermagem (80ª SBEn) e 15ª Semana de Enfermagem, ABEn Núcleo Chapecó!

Profa. Dra. Rosana Amora Ascari
Coordenadora Geral do Evento

RESUMOS EXPANDIDOS

Eixo 1: Práticas de cuidado, gestão e gerência

A MÚSICA NO HOSPITAL PEDIÁTRICO: promovendo a saúde de crianças, familiares e profissionais

Autores

Emanuelly Luize Martins[1]
Simone dos Santos Barbosa[2]
Tatiana Xirello[3]
Luana Reis[4]
Juliana Praxedes Campagnoni[5]
Jeane Barros Souza[6]

E-mail para correspondência

emanuelly__martins@hotmail.com

Resumo

introdução

A hospitalização se caracteriza, muitas vezes, como um período estressor tanto para o doente quanto para seus familiares, pois envolve a mudança de rotina, ausência do ambiente domiciliar e afastamento do paciente de seu círculo social. Esse processo é ainda mais difícil quando se trata de crianças, já que são retiradas do seu espaço com brinquedos, de sua escola e sua diversão, para estar em um lugar silencioso, com pessoas desconhecidas e técnicas, muitas vezes, dolorosas, ocasionando momentos de raiva, medo, angústia e ansiedade.[1] Assim, fica evidente a necessidade de inserir intervenções durante a assistência prestada a uma criança, como atividades lúdicas que irão proporcionar momentos de lazer e descontração através de jogos, leitura, pintura e música. A música traz inúmeros benefícios quan-

1 Acadêmica da 9ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó-SC.

2 Acadêmica da 7ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó-SC.

3 Acadêmica da 9ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó-sc.

4 Acadêmica da 7ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó-SC.

5 Enfermeira. Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, Campus Chapecó-SC

6 Enfermeira, Doutora, Professora do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, Campus Chapecó-SC.

do utilizada, interferindo diretamente na redução da dor, da ansiedade, do estresse e do desconforto, além de causar alterações positivas nos sinais vitais dos pacientes.[2] Nesta perspectiva, em 2018, foi desenvolvido um programa de extensão, por docentes e acadêmicos do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), intitulado "Musicagem: a Enfermagem promovendo a saúde no ambiente hospitalar por meio da intervenção musical", com o intuito de promover a saúde de crianças internadas e de seus familiares, a fim de proporcionar momentos lúdicos de lazer e de esperança, levando alegria, conforto e distração para pacientes, familiares e para os profissionais do espaço hospitalar. Objetivos: Compartilhar as vivências da música como promotora de saúde para crianças, seus familiares e profissionais de um hospital infantil do oeste catarinense. Método: Um grupo, composto por duas docentes e seis discentes da UFFS, semanalmente, realizam intervenção musical nos setores da recepção, pronto atendimento, oncologia e clínica geral do maior hospital infantil do oeste catarinense. O grupo realiza ensaios semanalmente, com auxilio de instrumentos musicais, violão e violino, e com um repertório musical que proporciona reflexões por meio de mensagens positivas que transmitem esperança e alegria. Resultados e Discussão: Durante as intervenções musicais no hospital, há uma difusão de sentimentos e emoções, tanto para quem canta/toca quanto para quem ouve, pois há setores e pacientes em situações muito debilitadas, que exigem um olhar especial do grupo. Um exemplo é o setor da oncologia em que o repertório escolhido necessita ser com músicas que tragam esperança e acalento ao coração de quem ouve, além de ter que ser renovado semanalmente, visto que algumas crianças estão internadas há várias semanas, enfrentando alguns momentos difíceis durante o processo de tratamento e recuperação, acarretando em internações frequentes e prolongadas. Em quartos de isolamento, onde as brincadeiras e atividades se tornam mais restritas ainda, ocasionando um possível isolamento social, o grupo realiza intervenção musical com maior cautela, cantando apenas da porta, não adentrando nos quartos, no intuito de compartilhar momentos de alegria mas com o cuidado para não haver agravos em seu estado de saúde.[3] Antes de entrar no quarto, um integrante do grupo pede permissão das crianças e de seus familiares para receber a intervenção musical. Para as crianças, esta oportunidade de poder tomar uma decisão, se aceita ou não, é um momento muito importante, pois demostra a preocupação do grupo sobre a sua opinião e desejo, mostrando que ela tem autonomia, contribuindo para a mudança de seu comportamento e colaboração durante a hospitalização.4 A partir do momento que o grupo Musicagem adentra no quarto, inicia-se a formação do vínculo com as crianças e familiares, visto a importância que a construção deste vínculo tem no ambiente hospitalar para fortificar as relações humanas e desenvolver o cuidado.5 Em algumas situações os sorrisos são trocados por choro, várias emoções se transmitem nos minutos de música pincipalmente no setor da oncologia, onde o grupo se compadece com o sofrimento e a luta pela vida dos pacientes e familiares, mostrando a necessidades da empatia. As músicas entoadas para os profissionais também nos mostram a importância de cuidar de quem cuida, pois os profissionais da saúde, recepcionistas, equipe da copa e da limpeza, estão desempenhando suas funções, mas ao mesmo tempo se envolvem emocionalmente com os pacientes, sofrendo com as perdas e sentindo-se impotentes em alguns casos. A música é utilizada para aliviar o estresse, proporcionar aos profissionais momentos de relaxamento, distração e descontração, para que fique um sentimento de bem estar no ambiente de trabalho. Para realizar as intervenções, os integrantes do grupo Musicagem, necessitam deixar o conforto do lar, os afazeres e o estresse do dia a dia de lado para promover o bem estar de outras pessoas, mas com esta atitude, também promovem sua saúde, pois nos momentos musicais se desligam do mundo, podendo relaxar, além de aliviar o estresse com os lindos sorrisos de alegria que recebem a cada intervenção. Conclusão/Considerações: Ao despertar a esperança e proporcionar momentos de felicidade e lazer, por meio da música no espaço hospitalar infantil, fica evidente que as expressões faciais e comportamentais se transformam, tornando-se cheias de gratidão, bem estar e motivação. Para os acadêmicos e docentes envolvidos, participar deste projeto tem sido um aprendizado diário, possibilitando compartilhar esperança, alegria e abraços, e receber tudo isso de volta em cada momento vivenciado com as crianças, seus familiares e com os profissionais, ficando evidente que simples gestos podem fazer a diferença e do quanto os profissionais necessitam também dessas intervenções, para sentirem-se revigorados, apoiados e seguirem cuidando de si e do outro. Com a realização do projeto, torna-se visível que a Enfermagem e demais áreas da saúde necessitam realizar outras atividades para desenvolver um cuidado mais humano e eficaz, fortalecendo os princípios e diretrizes do SUS em todos os âmbitos, e contribuindo para que a criança e seus familiares tenham um processo de hospitalização mais agradável, visto que os serviços hospitalares carecem de ações de promoção de saúde.

Descritores

Promoção de saúde; Hospital infantil; Música; Crianças.

Eixo temático

Práticas de cuidado, gestão e gerência.

Referências

1 Gomes GLL, Nóbrega MML. Anxiety in children following hospitalization: a proposal for a nursing diagnosis. RLAE [Internet]. 2015 Set-Out [acessado em 2019 Fev. 11]; 23(5): 963-970. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/0104-1169-rlae-23-05-00963.pdf

2 Paiano LAG, Fernandes LM. Uso de intervenção musical em pacientes internados em unidade de terapia intensiva: estudo piloto. REUFSM. [Internet] 2015; 4(4): 813-824. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/13015. Acesso em: 11 fev 2019.

3 Rocha EP. Produção e validação de tecnologia educacional para familiares de crianças com leucemia linfocítica aguda em isolamento protetor [dissertação]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas. [Internet] 2016. Disponível em: http://200.129.163.131:8080/bitstream/tede/5683/5/Disserta%C3%A7%C3%A30%20-%20Ellen%20Pessoa%20Rocha.pdf. Acesso em: 12 fev 2019.

4 Carvalho MJL, Cruz H. Promoção de autonomia em crianças e jovens em acolhimento em instituição. [Internet] 2015. Disponível em: https://run.unl.pt/bitstream/10362/36520/1/Brochura_Autonomia_Final_28_05.1.pdf. Acesso em: 12 fev 2019.

5 Silva AA, Terra MG, Gonçalves MO, Souto VT. O Cuidado de si entre Profissionais de Enfermagem: Revisão das Dissertações e Teses Brasileiras. RBCS. [Internet] 2014. 18(4): 346-352. Disponível em: file:///C:/Users/Especial/Downloads/15263-55331-1-PB.pdf. Acesso em: 12 fev 2019.

ORDEM DE NÃO REANIMAR: implicações bioéticas para a práxis de enfermagem

Autores

Fabiane Pertille[1]
Adrean Scremin Quinto[2]
Jeana Cristina Barreta [3]

E-mail para correspondência

fabi_m2008@hotmail.com

Resumo

Introdução

O processo de morte e morrer é intrínseco a vida e está permeado por diferentes interpretações e valores. Se apresenta de modo intimamente associado ao cotidiano de trabalho da equipe de enfermagem, uma vez que esta, assiste pacientes em diferentes momentos do ciclo vital, através de uma assistência direta e ininterrupta. Este processo também se configura como um desafio para a assistência profissional ao envolver fortemente as questões bioéticas, associadas as vivências familiares, valores religiosos e outros aspectos culturais e pessoais. Questões que envolvem a terminalidade de vida possuem uma interface bioética expressiva, e requerem dos profissionais de saúde, ampla análise e discussão, como forma de encontrar uma maneira respeitosa e segura para que o paciente e seus familiares vivenciem o processo de morte e morrer. Neste sentido, algumas práticas profissionais são conhecidas nas instituições como forma de reconhecer os pacientes que estão vivenciando esse processo, sendo a ordem de não reanimar (ONR) como uma das formas de reconhecer a terminalidade da vida, que está fortemente envolvida

1 Enfermeira; Discente do programa de pós graduação em Biociências e Saúde, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC
2 Enfermeiro; Discente do programa de pós graduação em Biociências e Saúde, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC
3 Enfermeira; Discente do programa de pós graduação em Biociências e Saúde, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Joaçaba/SC, bolsista PROSUC/CAPES=

com a práxis da enfermagem. A ONR consiste na deliberação de não realizar tentativa de reanimação cardiopulmonar de pacientes em fase terminal de vida, em perda irreversível de consciência ou que possam apresentar parada cardíaca não tratável.[1] **Objetivos:** Relatar a experiência profissional frente as situações de cuidado da enfermagem que envolvem a ONR em pacientes hospitalizados, de um Hospital da região oeste de Santa Catarina. **Método:** Relato de experiência de natureza descritiva vivenciado sob a ótica profissional de enfermeiras (os) de unidade de internação hospitalar frente as situações que envolvem a ONR.

Resultados e Discussão

Diversas questões bioéticas permeiam o processo de morte e morrer, e precisam ser analisadas com cautela e bom senso, sendo a ONR uma das situações que merecem atenção. A enfermagem atua de modo ininterrupto junto ao paciente e sua família, executa diversas práticas do cuidado, o que permite que ela reconheça o adoecimento e o potencial de óbito que este pode trazer. A morte como evento clínico é uma situação que acontece de maneira expressiva nas unidades de internação clínica, visto o padrão de adoecimento do paciente. A enfermagem, está assim, em contato direto com pacientes que possuem potencial de óbito, o que implica em assumir uma postura profissional pautada nas premissas profissionais, aliadas a valores como respeito e empatia. Quanto a oferta do cuidado aos pacientes com ONR, algumas reflexões são importantes, sendo fundamental avaliar e reconhecer os pacientes que possuem a caracterização da ONR, dialogar com a equipe multiprofissional sobre a adoção dessa prática, manter registros em prontuários atualizados, além de informar os familiares, sobre as implicações terapêuticas que são e/ou serão implementadas. A discussão ampla sobre o processo bioético de tomada de decisão nas questões de cuidado em torno da morte e do morrer é extremamente urgente para que se garantam às pessoas momentos finais com qualidade e dignidade[2]. O prontuário do paciente deve conter informações sobre a ONR, como forma ética e legal de expressar as decisões clinicas, para unificar informações para a equipe multiprofissional, e orientar a terapêutica a ser seguida. A terminalidade de vida envolve dilemas éticos e impasses de natureza jurídica, e por vezes, a não compreensão por parte da família sobre as condutas que estão sendo implementadas, o que requer que todas as decisões que envolvem a ONR estejam alinhadas com os códigos de éticas profissionais, devidamente descritas em prontuário e reconhecidas por toda a equipe que atende o paciente, principalmente pela equipe de enfermagem que participa diretamente do processo de tratamento. A não reanimação de pacientes em fase terminal de doença progressiva constitui ato humanístico que visa atender ao princípio bioético da não maleficência, com a finalidade precípua de minimizar o sofrimento humano e evitar a prática de distanásia[3]. As questões relacionadas ao fim da vida justificam e requerem reflexões e discussões por parte dos profissionais da saúde e de toda a sociedade[4] Outro aspecto que possui relação com a terminalidade de vida e com a ONR, e que interfere diretamente na assistência de enfermagem, diz respeito as diretivas antecipadas de vontade, entendidas como o conjunto de desejos, prévia e expressamente manifestados pelo paciente, sobre cuidados e tratamentos que quer, ou não, receber no momento.[5] O paciente faz uso do seu direito de autonomia pessoal e expressa, seus desejos frente a tratamentos e condutas terapêuticas, ou ainda, pode designar uma pessoa como responsável por essas decisões, a partir do momento, que não as puder fazer ou não tiver condições para tal. Essa prática ainda se apresenta de modo discreto, pois nem todos os pacientes possuem conhecimento dessa possibilidade, mas no que se refere ao código ética de enfermagem, já constam orientações especificas.

Considerações finais

Os profissionais de enfermagem devem ser conhecedores das implicações bioéticas que circundam a ONR de modo a compreender a decisão terapêutica, para instituir medidas de cuidado. Considera-se de fundamental importância os registros em prontuário, a comunicação em equipe, e abordagem familiar para a qualidade do cuidado.

Descritores

Ética em enfermagem; Bioética; Cuidados paliativos na terminalidade da vida; Confidencialidade.

Eixo temático

Práticas de cuidado, gestão e gerência;

Referências

1 beauchamp TL, Childress JF. Princípios de ética biomédica. São Paulo: Loyola; 2002. p. 218.

2 Lima MLF, Rego STA, Siqueira-Batista R. Processo de tomada de decisão nos cui-

dados de fim de vida. Rev. Bioét., Brasília, 2015; 23(1):31-9. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422015000100031&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 02 nov 2018.

3 Putzel EL, Hilleshein KD, Bonamigo EL. Ordem de não reanimar pacientes em fase terminal sob a perspectiva de médicos. Rev. Bioét., Brasília, 2016; 24(3):596-602. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422016000300596&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov 2018.

4 Cogo SB et al. Desafios da implementação das diretivas antecipadas de vontade à prática hospitalar. Rev. Bras. Enferm., Brasília , 2016; 69(6):1031-1038. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672016000601031&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 30 nov 2018.

5 Resolução CFM 1992/12. Dispõe sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2012/1995_2012.pdf. Acesso em: 17 jan 2019.

AS INTERFACES DA OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA

Autores

Adrean Scremin Quinto[1]
Jeana Cristina Barretta[2]
Fabiane Pertille[3]

E-mail para correspondência

adreanscreminquinto@gmail.com

Resumo

Introdução

A evolução terapêutica possibilitou manter uma pessoa em estado crítico de saúde e/ou em estágio terminal biologicamente viva, porém ligada a aparelhos de sustentação artificial. A obstinação terapêutica, também conhecida como distanásia, caracteriza-se como morte lenta e com intenso sofrimento, por um excesso de medidas "terapêuticas" [1,2]. Neste caso, o emprego das tecnologias leve-dura e dura não objetiva o conforto e/ou cura, mas sim a inerte manutenção da vida. A partir daí a morte é vagarosa e silenciosa, reflexo dos inúmeros tratamentos inúteis e/ou fúteis, medidas "heroicas" geralmente caras, invasivas e tecnologicamente complexas.

Objetivo

Sensibilizar quanto ao desequilíbrio biopsicossocioespiritual do usuário em estado crítico de saúde e/ou em estágio terminal e sua família, cujas ações biomédicas não são capazes de modificar o quadro mórbido.

1 Enfermeiro, Especialista, Discente do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde, Área das Ciências da Vida – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba/SC

2 Enfermeira, bolsista PROSUC/CAPES, Discente do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde, Área das Ciências da Vida – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba/SC

3 Enfermeira, Especialista, Discente do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde, Área das Ciências da Vida – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba/SC

Metodologia

Trata-se de uma prática assistencial que busca diferenciar o processo cognitivo do cuidado biopsicossocioespiritual de obstinação terapêutica.

Resultados e Discussão

Existe, com frequência, pedidos de usuários e seus familiares direcionados à profissionais fazendo referência a cura. Porém, dificilmente essas solicitações permeiam a aceitação do processo morte e morrer e, necessariamente, da morte. Estas rogações e suas variações são corriqueiras no cuidado de doentes terminais e/ou em estado crítico. Assim, o usuário permanece na unidade devido a manifestação prévia de sua vontade e/ou pedidos incessantes dos seus familiares para que se apliquem todas as terapias possíveis na tentativa de adiar a morte. Entretanto, nem todos os usuários e seus familiares têm conhecimento do prognóstico fidedigno para prover auxílio no processo decisório, no mesmo contexto, desconhecem as diretivas legais de vontade. Relações éticas devem permear, acima de tudo, a autonomia do usuário em todo o processo do cuidar. Pequenas atitudes são cruciais para tecer relações onde os princípios e a autonomia do usuário são respeitados, visto que, estes são marcos importantes para o bem estar biopsicossocioespiritual em todas as fases da vida. Assume-se, a partir daí um grande desafio ético ponderando-se alternativas terapêuticas, circundantes das tecnologias leve, leve-dura e dura que auxiliem o usuário e sua família na aceitação biopsicossocioespiritual das fases do processo de morte e morrer. Respeita-se, assim, a integralidade do ser humano, uma vez que a cura não é o único foco de um cuidado sistematizado, multidimensional e, sobretudo, humano. Também, pontua-se distanásia como resultado de um *ethos*, palavra de origem grega que significa "caráter moral". Os profissionais de saúde são moldados em um *ethos* biomédico que, erroneamente, associa a morte ao fracasso. O reflexo dessa associação moral projeta os profissionais de saúde como os que mais intensamente lidam com o tema da morte, por outro lado, são eles também os que mais resistem ao reconhecimento como um fato natural [3,4,5]. Uma possível explicação para esse fenômeno de enfrentamento técnico e ocultamento moral da morte é a confusão entre sacralidade da vida e santidade da vida. O princípio da sacralidade da vida assegura o valor moral da existência humana, já santidade da vida é de fundamento dogmático e religioso. A falta de clareza na legislação brasileira também colabora para que os profissionais da saúde instituam terapias inúteis. Assim, corroborar o que é correto ou lícito na terapêutica com o âmbito legal configura-se como um desafio, o que provoca confusões de cunho prático assistencial no cotidiano dos profissionais.

Conclusão

Por fim, a insistência dos familiares do usuário em estado crítico de saúde e/ ou estágio terminal em solicitar medidas extraordinárias e interruptas na tentativa de "impedir a morte" gera um enorme receio entre os profissionais em relação às repercussões éticas e legais acerca da licitude de uma restrição terapêutica ou retirada de terapia fútil. Portanto, a obstinação terapêutica decorre do "compromisso" dos profissionais com o usuário em estado crítico e/ou estágio terminal de saúde e sua família compactuado com um modelo de formação biologista e com o medo de um possível processo ético ou legal, visto que não existem leis jurídicas claras, no Brasil, sobre o assunto. Dessa forma, a interpretação do Código Penal é dúbia no que se refere às questões circundantes ao usuário em estado crítico de saúde e/ou terminal, tornando desafiador o cuidado integral no âmbito da terminalidade da vida. Ademais, a naturalização do processo de morte e morrer deve ser considerado eticamente legítimo, uma vez sendo o direito de estar livre da tortura e/ou medicalização inconsciente. Logo, garante-se o distanciamento consciente, evolutivo e prático do cuidado clínico biopsicossocioespiritual de um tratamento desordenado, dito, tortura da medicalização excessiva e não evolutiva. A reflexão sobre os significados das práticas assistenciais vivenciados e dos valores considerados na avaliação criteriosa para a escolha de terapêuticas a serem utilizadas é importante, na medida em que possibilita mudanças no fazer. Não implementar "tratamentos de cura", em usuários em estado crítico e/ou estágio terminal, não significa deixar a pessoa morrer, mas sim, aceitar brandamente o processo de morte e morrer. Os profissionais podem contribuir para a manutenção da humanização e qualidade de vida, realizando cuidados que possibilitem o equilíbrio biopsicossocioespiritual pelo atendimento aos desejos prévios e conscientes do usuário e seus familiares.

Descritores

Obstinação terapêutica; Ética; Cuidado.

Eixo temático

Práticas de cuidado, gestão e gerência.

Referências

1. Pessini L. Distanásia: até quando prolongar a vida? São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2 0 0 1 .

2 Pessini L. Eutanásia: por que abreviar a vida? São Paulo: Edições Loyola; 2004.

3 Pessini L, Barchifontaine CP. Problemas Atuais de Bioética. 6a ed. São Paulo: Editora do Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2002.

4. Pinheiro CTS. O paciente e seu Atendimento em Terapia Intensiva. In: Barreto SSM, Vieira SRR, Pinheiro CTS, organizadores. Rotinas em Terapia Intensiva. 3a ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2001. p. 25-30.

5 Kuhse H. Should the baby live? The problem of handicapped infants. Cambridge: Ashgate Publishing; 1994.

RESUMOS EXPANDIDOS

Eixo 2: Formação, práticas de ensino, educação em saúde

PLANEJAMENTO DA DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR ATRAVÉS DO INCENTIVO PROFISSIONAL

Autores

Deborah Cristina Santin[1];
Karoline Gava[2];
Jussara de Lima[3];
Fabiane Pertille[4];
Claudia Dias[5]

E-mail para correspondência

dehsordi@gmail.com

Resumo

Introdução

A doação de órgãos é um fator de importância social e crítica, a qual traz certa dificuldade para o maior crescimento de transplantes no Brasil. Todo esse processo gira em torno de situações religiosas, questões morais, autonomia, além do olhar amplo do profissional da saúde até a família, necessitando do acompanhamento familiar efetivo durante todo o processo, pois a família ainda permanece ligada ao corpo após a morte.[1] As famílias que vivenciam o processo da morte consideram que este começa com a internação do paciente e termina somente com o sepultamento, podendo levar horas. Para os familiares, este é um processo sofrido, demorado, burocrático, desgastante e cansativo, percepção que compromete desfavoravelmente o número de doações.[2] A tomada de decisão da família para doação de órgãos é um processo composto pelas fases de viver o impacto da tragédia, lidar o problema da decisão e reconstruir a história da morte.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira do Programa de Qualidade do Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina;
3 Enfermeira Coordenadora do CHT – HRO e Clínica de Neurologia – HRO;
4 Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

Objetivo

Estimular os profissionais a oferecer a possibilidade de doação de tecido ocular à todas as famílias de potenciais doadores, e instigar a realização de busca ativa de potenciais doadores de córnea frequente e permanente, afim de melhorar o índice de doação de tecido ocular do Hospital Regional do Oeste – HRO.

Método

Relato de experiência de natureza descritiva, vivenciado durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I (ECS I) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, desenvolvida no setor da Comissão Hospitalar de Transplante - CHT de um hospital de grande porte da região oeste de Santa Catarina, no período de fevereiro a março de 2019. Uma das atividades realizadas foi, realizar um diagnóstico situacional em relação as doações de tecido ocular como ferramenta para implementação de um plano de ação. O diagnóstico situacional, também chamado de organizacional é baseado no resultado de um processo de coleta e análise dos dados estudados onde se anseia realizá-lo.[3] Inicialmente foi realizado uma auditoria de prontuários dos óbitos ocorridos no HRO e classificá-los em potenciais doadores de tecido ocular ou não, seguindo os critérios da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 55/2015 para Tecido Ocular da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).[5] Baseado nessas diretrizes, foi investigado o motivo da não doação (não autorização familiar), bem como o motivo da não realização da entrevista quando o potencial doador se enquadrava nos critérios de doação. Posterior a esse diagnóstico, o planejamento de capacitações aos funcionários foi almejada, visando difundir o assunto dentro da instituição através de realização de capacitações para avaliação do tecido ocular em potenciais doadores; capacitações sobre como realizar entrevista para doação de tecido ocular; capacitações para os técnicos de enfermagem do banco de olhos - esta capacitação trata-se de uma reciclagem ao técnico captador para a reavaliação do potencial doador, pois somente após esse critério a doação de tecido ocular será efetivada; e bonificação de um dia de folga mensal para o profissional que tiver 70% de suas entrevistas familiares positivas, podendo essa data ser definida pela coordenação de cada setor.

Resultados e Discussão

Foram auditados e identificados os potenciais doadores de tecido ocular dentre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Os dados colhidos revelaram que no mês de janeiro houve 19 potenciais doadores, onde apenas 10 famílias foram entrevistadas, delas, 4 famílias aceitaram a doação e as mesmas foram efetivadas (40%). Entretanto, no mês de fevereiro observou-se 18 potenciais doadores, desses foram realizadas 7 entrevistas e 5 doações foram efetivadas (71%). Além disso, foi analisado que 20 famílias de potenciais doadores não foram entrevistadas por falta de condições clínicas, conforme justificativa. Na auditoria realizada nos meses de janeiro e fevereiro, não foi identificado nenhuma contraindicação para a realização das entrevistas, podendo haver uma falha na identificação e avaliação de potencial doador. Sabe-se que a doação de órgãos e tecidos para transplantes é um direito adquirido da família e cabe ao profissional de saúde garantir que esse direito seja concedido no final da vida aos familiares com poder de decisão. Além disso, as instituições de saúde recebem um valor significante para quem realiza o procedimento, por cada enucleação e preservação, conforme encontra-se na tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP).

Considerações finais

Nota-se que, através da elaboração de um plano de ação esta receita pode aumentar considerando a aplicação deste projeto, onde visa estimular o aumento da captação de tecido ocular por meio de melhora na avaliação de potencial doador, melhor desempenho nas entrevistas familiares, bem como, minimizando a perda no número de doações por falta de avaliação, conforme supracitado. Além do benefício financeiro, é importante salientar a doação de órgãos e tecidos deve ser levado às famílias, pois trata-se de um direito e quanto maior o número de doações, maior será o número de pessoas ajudadas que voltarão a enxergar. Por fim, espera-se que o projeto possa auxiliar na melhoria do processo de doação de tecido ocular e que favoreça o conhecimento sobre doação de órgãos e tecidos nas equipes, para que esse assunto seja divulgado e que ocorra mais repercussão positiva na instituição.

Descritores

Enfermagem; Enucleação Ocular; Auditoria Financeira.

Eixo Temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 BARRETO, B.S. et al. Fatores relacionados à não doação de órgaos de potenciais doadores no estado de Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória. 2016, 18(3): 40-48.

2 CINQUE, V.M.; Bianchi, E.R.F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev. esc. enferm. USP. 2010 Dez; 44(4): 996-1002.

3 SILVA, C.S.S.L.; KOOPMANS, F.F.; DAHER, D.V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. **Revista Pró-univerSUS**; 2016 Jun; 07(2): 30-33.

4 Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos [homepage na internet]. Acesso a Tabela Unificada [acesso em 01 abr 2019]. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br

5 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 55, de 11 de dezembro de 2015. Resolução da Diretoria Colegiada de Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico. Diário Oficial da União nº 238 de 14 de dez de 2015; Seção 1.

CONTRIBUIÇÃO DA MONITORIA ACADÊMICA PARA O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM NA GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM: o olhar do monitor

Autores

Fernanda Norbak Dalla Cort[1]
Ana Flávia Niewisnki[2]
Leila Zanatta[3]

E-mail para correspondência

fernandanorbak@outlook.com

Resumo

Introdução

A monitoria tem o intuito de proporcionar através dos momentos de estudo orientado, ampliação e aprofundamento do conteúdo aplicado na sala de aula, de maneira dinâmica e na linguagem acadêmica[1]. A realização de registros desses momentos relacionando dados sobre o trabalho realizado nas monitorias, permite um *feedback* para os monitores, para os professores responsáveis pela disciplina e também para os acadêmicos.

Objetivos

Descrever a vivência da monitoria, com abordagem sucinta do trabalho realizado, bem como identificar através de dados coletados durante as monitorias a contribuição nas atividades.

1 Acadêmica de Enfermagem. Monitora Bolsista. Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste
2 Acadêmica de Enfermagem. Monitora Voluntária. Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste
3 Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste

Método

Relato de experiência com análise dos dados coletados através de um caderno de registros e frequências, no decorrer do período de agosto de 2017 a dezembro do mesmo ano, com os acadêmicos que cursaram as disciplinas de Fisiologia Humana I e II, do departamento de Enfermagem, do Centro de Educação Superior do Oeste, Universidade do Estado de Santa Catarina.

Resultados e Discussão

Desde 2017, implementou-se, como parte da atividade de monitoria, um caderno de registros, onde foram coletadas informações como dias e horários de início e fim das atividades, conteúdo trabalhado, frequência dos presentes, permitindo assim acesso a algumas informações. Para tanto, efetuou-se análise do material onde foi possível observar aspectos de adesão, aproveitamento e desempenho dos monitorados, com relatórios ao final de cada semestre. Também foram coletados do segundo semestre do ano de 2017 dados sobre o número de alunos reprovados por nota, de reprovados por frequência e construído um comparativo de notas médias entre os alunos frequentadores e os não frequentadores das monitorias. A partir dos dados coletados obteve-se as informações sobre a duração de cada monitoria, que ficam entre sessenta e noventa minutos. Considerando as duas turmas, a média de alunos por monitoria foi de 9 acadêmicos. O total de alunos matriculados na disciplina de Fisiologia Humana I inclui 29 estudantes, sendo a média de notas geral da turma 6,6. Dos acadêmicos que não compareceram a nenhuma monitoria a média de nota ficou em 5,5, entretanto, entre os que frequentavam essa média finalizou em 8,0. Dos 20,7% alunos que ficaram em exame, somente um foi reprovado por nota e houve uma reprovação por frequência. Na disciplina de Fisiologia Humana II, dos 36 estudantes matriculados, a média final foi de aproximadamente sete (6,98) e dos que não frequentaram foi 6,54. Na monitoria de revisão para os exames, compareceram três acadêmicos dos sete que precisaram realizar a prova, sendo que, verificou-se quatro reprovações, dois alunos por falta e os demais por nota. Entre os participantes. Prevaleceu o sexo feminino com 90% das participações, dado que se relaciona ao número de mulheres matriculadas, que condiz com a construção cultural da identidade da Enfermagem, na questão de gênero no âmbito profissional[5]. No artigo 84, da Lei Nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996, que dispõe a respeito das diretrizes e bases nacionais de educação, descreve sobre a possibilidade de usufruir dos discentes da educação superior em atividades de ensino e pesquisa na instituição inserida, desempenhando tarefas de monitorias, segundo competências do acadêmico, bem como, pelo plano de estudos[2]. A disciplina de Fisiologia Humana, envolve conteúdos interdisciplinares, englobando conhecimentos de outras ciências o que requer um empenho mais intenso para compreensão do todo[3]. Os alunos monitorados podem contar com o acesso às monitorias no ambiente extraclasse, com estratégias diferenciadas da apresentação do conteúdo. Algumas ações compõe o aprendizado via atividades virtuais e através do sistema Moodle, outras como simulados, atendimento coletivo e individualizado quando necessário, disponibilização de materiais didáticos na tentativa de melhor relacionar o conteúdo. Entendendo dos benefícios da monitoria, é necessário olhar também para as dificuldades encontradas, dentre elas a falta de adesão dos alunos às atividades agendadas e a procura de suporte fora do horário pré-estabelecido para as monitorias. Uma questão imprescindível da função do monitor é despertar o interesse por esse conhecimento o mais precocemente possível no acadêmico, enfatizando que além de ser componente curricular pré-requisito, tem extrema importância na aplicação da prática profissional[4]. O trabalho do monitor dentro da academia proporciona um relacionamento mútuo de trocas e de conhecimento, facilitando a visualização da articulação entre o teórico e o prático nas atividades propostas, elucidação dos conteúdos e suporte nas atividades desempenhadas. A busca antecipada no processo de ensino de abranger e desempenhar condições favoráveis no agregar de conhecimentos, tenta sucumbir as lacunas que a didática convencional oferta e remediar uma possível reprovação por nota nas disciplinas abordadas[1].

Considerações finais

Conclui-se que as monitorias são imprescindíveis para auxiliar nessa caminhada de aprendizagem e de aquisição de conhecimento aos acadêmicos. Os resultados positivos quando relacionados a participação dos alunos, revelam a importância do trabalho se comparados aos demais faltantes. Em contrapartida, alguns alunos pontuais (especialmente na turma II), apesar de terem frequência assídua, apresentam dificuldades de aprendizado, chegando até mesmo a reprovação. Outrossim, vale ressaltar que a responsabilidade pelos estudos está atrelada à vontade e perspectiva do estudante. Aliando estratégias educacionais e didáticas esse processo torna-se menos penoso. Os benefícios integram-se ao corpo docente,

discente e institucional, oportunizando mais ensino, ampliando as possibilidades de docência e reconhecimento organizacional.

Descritores

Fisiologia humana; Enfermagem; Ensino.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

REferências

1 Matoso LML. A Importância da Monitoria na Formação Acadêmica do Monitor: Um Relato de Experiência. Catussaba Revista Científica da Escola da Saúde, Universidade de Potiguar-UNP Campos Mossoró 2014 Set; 3(2).

2 Carvalho IS, Neto AVL, Segundo FCF, Carvalho GRP, Nunes VMA. Monitoria em semiologia e semiotécnica para a enfermagem: um relato de experiência. Rev Enferm UFSM 2012 Mai/Ago;2(2):464-471.

3 Guyton AC, Hall JE. Tratado de fisiologia médica. Elsevier. Brasil 2011.

4 Santos MM, Lins NM. A monitoria como espaço de iniciação à docência: possibilidade e trajetórias. Natal: Edufrn, 2007.

5 Souza LL, Araújo DB, Silva DS, Berredo VCM. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. Ciências & Cognição 2014; Vol 19(2) 218-232.

A AUDITORIA COMO FERRAMENTA DE FORTALECIMENTO DA EDUCAÇÃO PERMANENTE

Autores

Ângela Barichello[1]
Jane Tavares Gomes[2]
Fabiane Pertille[3]

E-mail para contato

angelabarichello@gmail.com

Resumo

Introdução

Diante de constantes avanços tecnológicos os cenários econômicos e financeiros sofrem mudanças constantes ocasionando diminuição das margens de lucro, exigindo maior qualidade de produtos e serviços prestados. Para sobreviver nesse ambiente dinâmico, os serviços de saúde precisam gerenciar de forma eficaz seus processos[1]. A necessidade de garantir resultados positivos e usuários satisfeitos requer que as organizações aprendam a associar baixos custos com excelência de qualidade para os seus usuários[2]. Nesse contexto emerge a importância da auditoria no cenário da saúde, a qual prevê a avaliação sistemática da qualidade da assistência prestada ao cliente pela análise dos prontuários, acompanhamento do usuário integralmente e verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens cobrados na conta hospitalar, visando garantir justa cobrança e pagamento adequado[3]. O enfermeiro auditor é, um enfermeiro cuja formação inclui componentes curriculares e atividades teórico práticas no campo da gestão, que o subsidiam no olhar sistêmico das necessidades dos usuários, equipe de saúde e gestores, com foco na qualidade de assistência. Para tanto, se faz necessário que o enfermeiro passe por constante

1 Acadêmica de Enfermagem da 9ª fase, da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC
2 Enfermeira. Especialista em Auditoria da Saúde. Enfermeira Auditora do Hospital Regional do Oeste - HRO
3 Enfermeira. Pós-graduada em Auditoria dos Serviços de Saúde. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

aperfeiçoamento técnico-científico para poder agir como agente educador junto a sua equipe, bem como por formar profissionais de ideias com possíveis formas de crescimento e solidificação do trabalho em equipe[4]. **Objetivos:** Refletir sobre o papel do enfermeiro auditor no processo de educação permanente em instituição hospitalar.

Método

Relato de experiência de natureza descritiva, vivenciado durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I (ECS I) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, desenvolvida no setor da auditoria de um hospital de grande porte da região oeste de Santa Catarina, no período de fevereiro e março de 2019. Uma das dimensões desenvolvida durante o ECS aborda as questões de educação em saúde como prática fortalecedora do cuidado de enfermagem, que associadas as especificidades da auditoria, e a vivência acadêmica, permitem a apresentação de alguns resultados. Desse modo, foi realizado uma revisão de literatura, resgatando dados e investigando um amplo espectro de fenômenos, possibilitando o aprimoramento de ideias e conceitos. Para isso utilizou-se bases digitais como *Scielo e Lilacs* através dos descritores: "Auditoria de Enfermagem" e "Assistência Integral a Saúde", publicados entre 2013 e 2017. Esse grande período de tempo justifica-se pela escassez de material referente a esse tema nas bases de dados, o que torna esse estudo relevante para uma melhor assistência e conhecimento profissional da área que a profissão de enfermagem abrange dentro do âmbito hospitalar.

Resultados e Discussão

Nesse contexto, o principal papel do enfermeiro auditor frente a educação permanente é mostrar primeiramente que sua função é importante e necessária para que o trabalho da enfermagem possa ser realizado da melhor forma, visando uma boa qualidade de assistência. Para isso é necessário desmistificar o papel que este possui dentro da instituição hospitalar, que é de punição e alcançar o lado da correção, proteção e ajuda dentro do processo interno da instituição perante paciente\serviço. A auditoria não aponta somente falhas, mas sim sugestões e soluções, a fim de educar os profissionais envolvidos na assistência. A função do enfermeiro auditor deve ser bem fundamentada e suas atribuições e direitos devem ser defendidos por associações que sejam integradas em todo o território nacional. A instituição hospitalar do qual este faz parte, deve ter entendimento sobre o papel do auditor como ferramenta de gestão, proporcionar espaços e momentos para que a auditoria possa estar à frente de treinamentos, oficinas e palestras, mostrando como é realizado esse trabalho e buscando um maior número de profissionais comprometidos com uma assistência de qualidade zelando pela saúde financeira da instituição aonde atuam. Diante dessas informações e construções de pensamentos o primeiro passo a ser inculcado é que somente será possível realizar assistência de qualidade com segurança e sobrevivência financeira com registros fidedignos feitos em prontuário. A auditoria interna do hospital de referência para este estudo, está ganhando espaço e já realizou diversas sensibilizações sobre o seu trabalho e a importância de registros de enfermagem corretos e consistentes, através de criação de indicadores à administração, estratégias para potencializar o olhar da equipe de forma mais ampla sobre os processos e também atualizando a equipe sobre implicações jurídicas de um trabalho realizado sem comprovação formal. Com isso, se percebe no cenário de saúde atual, que a auditoria vem tomando novas dimensões ao longo dos anos e está conseguindo mostrar sua importância dentro das instituições hospitalares. Os benefícios da sua implementação atingem todos os profissionais e trabalhadores dos diferentes setores dentro do hospital, bem como os clientes. A equipe de enfermagem está revendo as atividades desempenhadas e os resultados que se deseja alcançar, constituindo base para prováveis mudanças internas, otimizando e obtendo subsídios que estimulam a reflexão profissional, possibilitando uma atuação com mais subsídios gerenciais acerca da qualidade da assistência. Está ocorrendo também o empoderamento da enfermagem sobre seu alto percentual financeiro nas contas hospitalares, ganhando assim espaços em negociações e contratualizações mediante uma assistência bem prestada e registrada. E a instituição recebe uma contribuição significativa pelo fato de verificar o alcance dos seus objetivos. A auditoria na educação permanente é uma ferramenta muito importante para levantar bons índices de assistência correta e planejada e poder proporcionar um maior conhecimento as equipes de enfermagem sobre como o cuidado que é realizado influencia indiretamente em alguns pontos, muitas vezes desconhecidos de todos.

Conclusão

A auditoria hospitalar ainda é uma ferramenta de gestão muito recente, mas que tem sido aprimorada para que também contribua como um instrumento

de melhoria da qualidade da assistência prestada e dos registros realizados pela equipe de enfermagem. É importante que todos os profissionais compreendam a importância do papel do enfermeiro auditor dentro das instituições e sempre que necessário prestem auxílio para que esse trabalho possa ser bem realizado. E que as instituições hospitalares, abram mais espaços para a inserção deste profissional pois a sua presença na equipe de enfermagem garante maior credibilidade na prestação de serviços de qualidade e ele estará sempre atento a zelar pela saúde financeira institucional.

Descritores

Auditoria de Enfermagem; Assistência a Saúde; Administração Hospitalar

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Zunta RSB, Lima AFC. Processo de auditoria e faturamento de contas em hospital geral privado: um estudo de caso: Rev enfermagem UFPE *online,* São Paulo, 2017; 190 pág. Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/42082

2 Motta ALC. Auditoria de Enfermagem nos hospitais e seguradoras de saúde: Rev Látria, São Paulo: Iátria, 2013, 4ª edição, 168 pag.

3 Oliveira NE, Cardoso KE. O papel do enfermeiro frente à auditoria hospitalar: Rev. Adm. Saúde *online*, Rio Grande do Sul, 2017, 17 (68). Disponível em: http://cqh.org.br/ojs-2.4.8/index.php/ras/article/view/52/65

4 Bazzanella NAL; Slob EA. Auditoria como ferramenta de análise para a melhoria da qualidade no serviço prestado: Rev. Caderno Saúde e Desenvolvimento *online*, Rio Grande do Sul, 2013, 3(2); 50-65. Disponível em: https://www.uninter.com/revistasaude/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/article/view/176/168

PROJETO DE EXTENSÃO LUZES: INOVAÇÃO NO CUIDADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO EM HOSPITAL DO OESTE CATARINENSE

Autores

Caroline Menzel Gato[1]
Natanael Chagas[2]
Gelvani Locateli[3]
Leoni Terezinha Zenevicz[4]

E-mail para correspondência

caroline.menzelg@gmail.com

Resumo

Introdução

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se para o ano de 2025, uma incidência de 20 milhões de casos de câncer em todo o mundo, representando para o Brasil a segunda causa de mortes por doenças crônicas (16,3%)[1]. O câncer é uma enfermidade que na maioria dos casos desencadeia sofrimento físico e emocional aos pacientes, levando a redução da autoestima frente às mudanças que decorrem do processo de adoecimento. O câncer desperta sentimentos de medo, de tristeza e angústia, os quais precisam ser enfrentados tanto pelo paciente como pela família[2]. A espiritualidade é uma estratégia biopolítica que serve como instrumento aos pacientes oncológicos, ressignificando a doença, melhorando a qualidade de vida e diminuindo o tempo de hospitalização. Neste sentido o presente trabalho visa demonstrar a implantação e desenvolvimento das atividades do projeto de extensão "Cuidados Paliativos e Espiritualidade: Linhas Entrelaçadas no Cuidado ao Paciente Oncológico, denominado: Projeto Luzes", vinculado à Universidade Federal da Fronteira Sul - Campus Chapecó.

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó.
2 Cirurgião-Dentista pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.
3 Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.
4 Enfermeira. Doutora em Gerontologia Biomédica. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó.

Objetivos

Aliviar a dor e sofrimento dos pacientes em processo de tratamento contra o câncer, reduzir o estresse e ansiedade provocada pelo processo de hospitalização e rotina vivenciada perante o enfrentamento à doença, potencializando e inovando conhecimentos na área de cuidados paliativos, tendo por base a espiritualidade.

Método

O local selecionado para desenvolvimento das atividades é o Hospital Regional do Oeste (HRO) na cidade de Chapecó, especificamente na unidade de Oncologia, estando incluídos os pacientes em processo de internação, quimioterapia e radioterapia, além de acompanhantes e funcionários do hospital, atendidos em demanda espontânea. São atendidas em média 30 pessoas por dia, totalizando 600 pessoas mensalmente. Atualmente o projeto conta com 75 voluntários, entre docentes e discentes da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), bem como comunidade externa composta por profissionais de diferentes setores, incluindo os voluntários do movimento "Eu sou a Paz". As atividades implantadas atualmente são: o Reiki, a Auriculoterapia, Massagem laboral, Meditação, Grupo de oração, Música e canto, Medicina Bioenergética, Contação de histórias, Origamis, Construção e Pinturas de Mandalas e avaliação de Saúde Bucal. Para o desenvolvimento das ações dividiu-se os voluntários em subgrupos de acordo com as afinidades de cada voluntário com as dinâmicas escolhidas, optando-se por deixar um docente da universidade responsável por cada um destes subgrupos. As imersões no HRO são semanais e acontecem em diferentes dias e horários com o propósito de tentar alcançar o maior número de pacientes, acompanhantes e profissionais possíveis. Anteriormente ao início do projeto no hospital, realizou-se uma sensibilização com todos os voluntários com o objetivo de abordar o câncer e contextualizar a rotina vivenciada por estes pacientes. Esta atividade foi realizada por uma psicóloga e uma docente da universidade, visto que os integrantes desconheciam a realidade e a rotina da Unidade Oncológica além da necessidade de fornecer orientações acerca da segurança do paciente e normas hospitalares.

Resultados e Discussão

Desde que o projeto foi implantado, observou-se um aumento crescente da participação de voluntários e acadêmicos da UFFS, destacando a participação de acadêmicos de seis cursos de graduação diferentes, aos quais se somam aos diversos profissionais já formados, que realizam Reiki voluntário. Levando em consideração as ações realizadas pelo projeto até o final de 2018, o balanço é positivo tendo em vista as potencialidades e problemas encontrados ao longo do período. O retorno por parte de pacientes, acompanhantes e funcionários do hospital foi favorável inclusive sendo solicitada a ampliação das atividades para atender a demanda de outras unidades do hospital. Avaliando a organização inicial e o cronograma desenvolvido, as ações programadas foram realizadas dentro das possibilidades e sem intercorrências. Destaca-se que, estudos têm demonstrado que o cuidado com a espiritualidade auxilia os pacientes a descobrir seu verdadeiro potencial, a ter mais confiança em si mesmo, coragem para amar e perdoar, permitindo que transcendam ao sofrimento. Para a família é uma fonte de ânimo e de conforto. Aliar essas práticas aos cuidados paliativos contribui para o melhor enfrentamento, tanto por parte de pacientes, familiares e profissionais da saúde, nos processos de morrer, morte e luto[3,4]. Vale salientar, que a inserção da assistência espiritual nos cuidados paliativos e no cuidado à saúde de maneira geral vem em encontro a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) do Ministério da Saúde de 2006[5]. Desse modo, devemos priorizar estratégias que viabilizem o cuidado espiritual em todos os níveis da atenção em saúde. **Considerações finais:** A espiritualidade e as práticas integrativas e complementares ainda são temas negligenciados de maneira geral nos cursos da área da saúde, ainda que nos últimos anos tenha-se ampliado as discussões sobre sua importância e sua abrangência inclusive no Sistema Único de Saúde. O projeto surge como uma prática inovadora em se tratando do local no qual atua, bem como em relação às atividades desenvolvidas pelos voluntários. Ressalta-se a magnitude perante o cuidado para com o paciente oncológico, inovação do âmbito da espiritualidade em saúde e nos estudos quanto à utilização de práticas integrativas e complementares, para assim promover a qualidade da atenção em saúde de maneira integral e humanizada. Por fim, vale destacar o protagonismo dos projetos de extensão vinculados às Instituições de Ensino Superior na inserção da assistência espiritual em pacientes oncológicos em cuidados paliativos, reforçando a interação entre ensino e serviço.

Descritores

Cuidados de Enfermagem; Enfermagem Oncológica; Espiritualidade; Terapias Complementares.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Sousa FFPRD, Freitas SMFM, Farias AGS, Cunha MCSO, Araújo MFM, Veras VS. Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativas da literatura. SMAD. 2017, 13(1): 45-51. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v13n1/pt_07.pdf

2 Mattos K, Blomer TH, Campos ACBF, Silverio MRegina.Estratégias de enfrentamento do câncer adotadas por familiares de indivíduos em tratamento oncológico. Rev. Psicol. Saúde [online]. 2016, 8(1): 01-06. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v8n1/v8n1a01.pdf

3 Silva DIS. Significados e práticas da espiritualidade no contexto dos cuidados paliativos em pacientes oncológicos adultos. Rev HCPA. 2011; 31(3): 353-8. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/17550/0

4 Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Batista PSS, Batista JBV, Oliveira AMM. Cuidados paliativos e espiritualidade: revisão integrativa da literatura. REBEn. 2016; 69(3): 554-63. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n3/0034-7167-reben-69-03-0591.pdf

5 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma estratégia de promoção da Imunização

Autores

Milena Lorenzini[1]
Daniely dos Santos[2]
Rosangela Busnello[3]
Rosalina Tchingamba[4]
Stedile Rigo[5]
Francielli Girardi[6]

E-mail para correspondência

Myllenajaeger@live.com

Resumo

Introdução

O programa Nacional de Imunização (PNI) foi implementado no Brasil em 1973, com o objetivo de controlar, eliminar, erradicar as doenças imunopreniveis. Impactando na redução de indicadores de doenças endêmicas/ epidêmicas no Brasil. A educação em saúde tem um papel muito importante na conscientização da população sobre a imunização, já que é a educação que leva a compreensão das pessoas e a importância da vacinação. Neste contexto, o enfermeiro tem um papel imprescindível, pois é o responsável pela supervisão da sala de vacinas e da equipe de saúde. O enfermeiro deve desenvolver estratégias, para promover atividades constates de educação em saúde, nos mais diversos cenários da sociedade, com enfoque na imunização. Na atenção básica, no cenário da Unidade Básica de Saúde (UBS), em especial a sala de espera, é um local onde os usuários podem aproximar-se dos profissionais de saúde, através de estratégias que visem o desenvolvimento de educação em saúde nestes espaços, levando um cuidado integral e humanizado a comunidade.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste

Objetivos

Relatar a atividade de educação em saúde desenvolvida sobre imunização, em um Centro de Saúde da Família (CSF).

Método

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvida na disciplina de saúde comunitária (SAC V), do curso de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina UDESC/OESTE. A atividade ocorreu nos dias 25, 26, e 29 de outubro de 2018, em um Centro de Saúde da Família (CSF), no Oeste do Estado de Santa Catarina. Para a organização da atividade de educação em saúde foram seguidas as seguintes etapas: (I) observação do fluxo dos usuários da CSF, com objetivo de conhecer o perfil do público e a quantidade de pessoas que utilizavam o serviço de saúde, (II) orientação para construção do folder, por meio das docentes responsável, (III) abordagem dos usuários na sala de espera.

Resultados e Discussão

Durante a atividade de educação em saúde foram desenvolvidas a partir das seguintes etapas (I) observação do fluxo dos usuários da CSF, neste contexto observou-se a circulação de 50 usuários no período, predominando o público feminino, em idade fértil e crianças. Com relação as orientações para a construção do folder (II), foi construído a partir dos manuais do Programa Nacional de Imunização (PNI), com imagens de impacto e frases de conscientização sobre o cenário vacinal atual, buscando através da promoção em saúde, a educação em saúde a população. (III) abordagem dos usuários na sala de espera, ocorreu de forma individual, questionando qual a importância da vacinação para ele, para sua família e comunidade e após foram abordados os temas como a importância da vacinação e indagando sobre a caderneta de vacinação, se as vacinas estavam em dia. Na abordagem ocorreu em média de 60 usuários da CSF no período vespertino. Indagamos os usuários com a seguinte pergunta "você acha a vacinação importante?" todas elas, ou seja, 100% responderam que sim. Já na pergunta "você tem sua caderneta de vacinação em dia?" muitos responderam que não sabiam, ou disseram que perderam a caderneta. Nesse momento orientamos para procurar o CSF, no setor da sala de vacinas, para verificar sua situação vacinal e também reforçarmos para que a caderneta fosse guardada como documento. Diante das abordagens iniciais, a atenção se voltou ao folder educativo.

O folder continha imagens impactantes, como pessoas acometidas pelo sarampo, poliomielite e varíola. Conseguimos também mostrar algumas imagens que estavam no folder, onde havia a comparação de dois meninos, um vacinado e outro não, que foram expostos às doenças imunopreveníveis. Os usuários realmente ficaram impressionados com a diferença das imagens, a maioria relatou que acham a vacinação muito importante. Essa estratégia foi importante para conseguimos realizar na abordagem a promoção da saúde, mostrar a relevância da imunização e das possíveis consequências de não tê-las feitas. Os usuários foram orientados para procurar o CSF, para verificação e ou atualização de sua caderneta de vacina e de seus familiares. A atividade de promoção da saúde teve boa repercussão, pois várias pessoas nas quais havíamos abordado voltaram ao CSF, trazendo a caderneta e indo até a sala de vacina para ser analisada com os profissionais de saúde. Muitos agradeceram as informações adquiridas e afirmaram atingir mais pessoas como os familiares com essa abordagem. Devido ao fluxo intenso de usuários a abordagem em alguns momentos se tornou difícil, pois alguns usuários não prestaram atenção nas informações passadas, pois relataram estar sem tempo, par receberem as informações.

Considerações finais

Concluímos que realizar essa atividade de educação em saúde, quanto acadêmicos, permitiu-nos mostrar a relevância da compreensão a respeito da importância das vacinas com todo o público, permite refletir a respeito da qualidade da prevenção e proteção das vacinas para cada família, e a importância da educação continuada, com isso as famílias abordadas terão um entendimento, uma visão mais ampla sobre o que são vacinas, e a sua importância, e sobre as cadernetas beneficiando assim a saúde como um todo.

Descritores

Imunização; Saúde pública, Educação em saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde. Vacinação: Quais são as vacinas, para que servem, por que vacinar, mitos. Ministério da Saúde. Importância da va-

cinação. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao/vacine-se. Acesso em: 08 mar 2019.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Programa nacional de imunizações. Ministério da Saúde. Brasília/DF 2003. Acesso em: 08 Março de 2019 Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_30_anos_pni.pdf

O ENFERMEIRO GESTOR NA RESOLUÇÃO DOS CONFLITOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Nathália Silva Mathias[1]
Francielli Girardi[2]
Clarissa Bohrer Silva[3]

E-mail para correspondência

nathalya.mathiass@hotmail.com

Resumo

Introdução

O saber trabalhar em equipe, atualmente, trata-se de um dos requisitos importantes para a contratação de pessoal. Essa característica proporciona diversos benefícios para o serviço como um todo, já que o trabalho grupal possibilita a troca de conhecimentos, traz maior agilidade para as ações do dia a dia, aumentando assim os resultados na execução de tarefas, consequentemente minimizando o tempo e outros[1-2]. O conflito está atrelado a rotina do trabalho em todos os tipos de serviços e equipes, já que o mesmo pode ser caracterizado por um desacordo entre duas pessoas ou mais, sendo sua causa provocada por fatores variados. Este termo vem do latim *conflictus* – "bater junto, estar em desavença"[1]. Os conflitos podem ser divididos em três categorias: intrapessoal que envolve entender questões próprias e inerentes ao indivíduo; conflitos interpessoais entre duas pessoas que obtém personalidade e valores diferentes; e intergrupais entre dois ou mais grupos de pessoas, departamentos ou organizações[2]. Diante disso, o enfermeiro se torna essencial para a organização das relações de trabalho já que atua desde a

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina;
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina.

sistematização gerencial às atividades de cuidado ao indivíduo[3].

Objetivo

Relatar a experiência das Atividades Teórico Práticas (ATP) em um Centro de Saúde da Família (CSF), focando na identificação e na resolução de conflitos pelo enfermeiro gestor.

Método

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo que busca abordar a vivência de estudantes de enfermagem em um CSF, no município de Chapecó/SC, durante a realização da ATP na disciplina de Gestão e Gerência em Serviços de Saúde, do curso de graduação em Enfermagem no período de setembro a outubro de 2018. As ações desenvolvidas durante as atividades práticas visaram três etapas. Inicialmente, houve a distribuição das acadêmicas em uma escala de revezamento nos dias presentes na unidade, sendo os setores de serviço a serem observados a recepção, a sala de procedimentos/coleta de exames e a sala de vacinas. Além disso, cada acadêmica ficou juntamente a enfermeira, por um dia, acompanhamento suas atividades diárias. Na segunda etapa as ações observadas e as reflexões efetuadas nos campos eram socializadas em grupo sendo acompanhado pela docente. Já na última etapa, foram realizadas conversas, pré programadas, com profissionais do serviço como, a coordenadora da unidade, agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem atuante no dispensário e a fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, os quais relataram suas atividades desenvolvidas. Além disso, em um outro momento da disciplina, foi elaborada uma atividade com a equipe de ESF, o "Humaniza-SUS", com a temática, acolhimento. No percurso do desenvolvimento dessas práticas foi possível identificar pontos de conflitos na equipe. A partir disso, os mesmos foram categorizados em: interpessoais e intergrupais.

Resultados e Discussão

Perante as vivências no campo através das atividades desenvolvidas, se tornou possível a identificação de certos desentendimentos internos entre a equipe e entre está e seus usuários. Sendo o conflito toda a incompatibilidade que rompe o fluxo de trabalho, suas causas mais comuns estão associadas a estrutura organizacional, pessoas com crenças e valores diferentes, problemas de comunicação, indivíduos da equipe com interesse por cargos iguais, mal entendimentos, de respeito quanto ao trabalho do outro, hierarquia e etc[2]. Dentre algumas situações perceptíveis geradoras de desentendimentos na unidade foram: (I) a não elaboração de um quadro de rodízio dos profissionais da recepção com os demais membros da equipe originando uma sobrecarga relatada pelas funcionárias; (II) comunicação falha entre a enfermeira coordenadora e as profissionais, resultando em encaminhamentos indevidos; (III) relacionamento entre equipe e usuários; e (IV) também entre os próprios funcionários; (V) a falta de compreensão de colegas de trabalho quanto a sua atividade no serviço, e outros. Observando os conflitos evidenciados, intergrupais e interpessoais, pode-se notar que em sua maioria os acontecimentos são de cunho grupal (II, III, IV e V). Ou seja, o modo com que a equipe se relaciona encontra-se prejudicado, motivado por comunicação ineficaz, falta de conhecimento sobre as atividades dos membros da equipe e algumas rotinas da instituição, troca de informações entre funcionários insuficiente, acolhimento aos usuários em certos momentos falho. O enfermeiro, como profissional encarregado pelas ações de gerência do serviço em um CSF, está passível de se ver diante de conflitos. Diante disso, o mesmo necessita saber mediar tais situações. Para isso deve ter credibilidade, ser imparcial, apresentar conhecimento da situação, ser leal e flexível nas atitudes, ter clareza na linguagem e confidencialidade no processo de mediação, restabelecendo a harmonia e o equilíbrio na equipe[4]. Na resolução desses conflitos cabe ao enfermeiro analisar as estratégias mais adequadas que contribuam para atingir o objetivo, podendo levar em consideração aspectos como, a situação em si, a urgência da decisão, o poder e o status dos envolvidos, a importância da questão e a maturidade dos profissionais[5]. Desta forma, para se conduzir os conflitos, deve-se levar em consideração pelos enfermeiros, o compromisso, a cooperação, amenização, colaboração e outros. Buscando sempre dialogar com a equipe; ser imparcial para priorizar a qualidade do serviço, além da importância de manejar as situações individualmente[2].

Considerações finais

Portanto, as ATP's permitiram realizar uma análise geral do serviço, identificando as fragilidades e potencialidades presentes. Salienta-se a importância do entendimento dos conflitos existentes nos serviços de saúde, elencando estratégias que proporcionem melhorias no atendimento ao público e nas relações interpessoais existentes nestes ambientes. Além

disso, o enlace entre o teórico e o prático, norteia o discente para exercer o conhecimento pautado em suas experiências, contribuindo para a construção de um profissional qualificado para atuar na gestão e gerência dos serviços de saúde.

Descritores

Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Conflito; Gestão em Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Lopes, ER; Souza, JEO; Almeida, MLS; Silva, WA. Conflitos na equipe de enfermagem: um desafio na gestão do enfermeiro. Revista Única Cadernos Acadêmicos *on line*, Minas Gerais, 2013, mai; 1(1).

2 Lima, SBS; Rabenschlag, LA; Tonini, TFF; Menezes, FL; Lampert, AN. Conflitos gerenciais e estratégias de resolução pelos enfermeiros gerentes. Ver Enferm UFSM, Rio Grande do Sul, 2014, abr/jun; 4(2):419-428.

3 Kahl, C; Meirelles, BHS; Lanzoni, GMM; Koerich C; Cunha KS. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP, Florianópolis, 2018, mai; 52:e03327.

4 Concepções e tipologia de conflitos entre trabalhadores e gerentes no contexto da atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS). Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2014, jun; 30(7):1453-1462.

5 Marta, CB; Lacerda, AC; Carvalho, AC; Stipp, MAC; Leite, JL. Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro. Rev Pesq: Fundam *on line*, Rio de Jeneiro, 2010, out/dez; 2(Ed. Supl.):604-608.

O PAPEL DA LIGA ACADÊMICA NO PROCESSO DE ENSINO/ APRENDIZAGEM DOS ACADÊMICOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Vitoria Pereira Sabino[1]
Tayná Bernardino Coutinho[2]
Caroline Sbeghen Moraes[3]
Gabriela Gaio[4]
Samuel Spiegelberg Zuge[5]
Crhis Netto Brum[6]

E-mail para correspondência

vitoria.sabino31@outlook.com

Resumo

Introdução

A mobilização social em formato de ligas tem sido um instrumento de organização e articulação em prol de um objetivo comum. Na academia não é diferente uma vez que o processo de ensino-aprendizagem, principalmente nos cursos da área da saúde, se dá de modo diferente, visto que há a necessidade de envolver a prática de forma aliada a teoria. Da observação dessa necessidade surgiu a Liga Acadêmica de Combate à Sífilis, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, que foi a pioneira fundada ainda no ano de 1920[1]. Desde então as Ligas Acadêmicas (LAs) se tornaram um instrumento imprescindível para o aprimoramento e atuação dos tripés da educação superior, ensino, pesquisa e extensão, e tem sido amplamente divulgada. Ao agregar possibilidades dentro de um mesmo contexto as LAs conseguem abranger diversos setores, além de aproximar o serviço de saúde e o conhecimento desenvolvido nas universidades[2].

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
3 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
4 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
5 Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
6 Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó

Objetivos

Relatar o desenvolvimento das atividades propostas pelos acadêmicos participantes de uma liga acadêmica bem como os resultados obtidos até então.

Método

Estudo do tipo relato de experiência a partir das atividades realizadas pela Liga Acadêmica de Pediatria e Hebiatria em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (LAPHE/UFFS), homologada como grupo de estudos associado à Pró-Reitoria de Graduação (Prograd UFFS/SC). A partir de uma Assembleia Geral Extraordinária ocorreu a Fundação da Liga Acadêmica no dia quatro do mês de julho do ano de 2018, na qual a cerimônia de posse da Diretoria da LAPHE foi composta, inicialmente, por 12 Acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem conjuntamente com dois professores, sendo um Coordenador e outro colaborador. Além da participação de um acadêmico representante do Centro acadêmico do curso de graduação em Enfermagem. Tendo em vista, o papel que a liga acadêmica, qual seja, desempenhar a comunicação do serviço com a academia visando a aproximação da práxis com a teoria, a liga buscou desenvolver atividades práticas, em laboratório e no serviço de saúde da cidade de Chapecó aliadas às aulas e estudos prévios. Até o presente momento desde a fundação da LAPHE foram realizados seis reuniões de organização; três aulas públicas; dois encontros de estudo teórico-prático e duas ações de extensão. Destaca-se que a composição da LA foi estabelecida por meio de: um acadêmico presidente, diretor de ensino, diretor de pesquisa, diretor de extensão, secretaria, cada qual com seu respectivo suplente, e tesoureira(o).

Resultados e Discussão

A LAPHE conta hoje com 21 integrantes, dos quais 13 são acadêmicos do curso de graduação em enfermagem da UFFS, sete da UDESC, um da Unochapecó, sendo este do curso de graduação da fisioterapia. Durante as aulas públicas, participam dos debates acadêmicos dos cursos de pedagogia, administração, engenharia ambiental, fisioterapia bem como profissionais dos serviços de saúde e da comunidade, como os oficiais do corpo de bombeiros. Assim foram desenvolvidas três aulas públicas até o momento. Cada aula abordou um tema, sendo elas respectivamente: "Prevenção de parada cardiorrespiratória e reanimação cardiopulmonar em pediatria" ministrada por uma Enfermeira especialista em UTI neonatal pediátrica e adulta, atuante no serviço de saúde; "Você sabia que Dezembro vermelho não é sobre o Natal? A vida é mais forte que o HIV!", mesa redonda composta por quatro docentes e uma enfermeira especialista da unidade de saúde; "Oncologia Pediátrica: uma abordagem multidisciplinar" palestrada por uma Enfermeira especialista em oncologia multidisciplinar e gestora do serviço de oncopediatria. Em relação a aula de prevenção da parada cardiorrespiratória em crianças e adolescentes foi desenvolvida uma parte teórica e outra prática em laboratório. Um encontro de estudo ocorreu sobre uso do brinquedo terapêutico no processo de hospitalização infantil. Quanto às atividades de extensão foram três ações em momentos distintos: 1) Desenvolvida aliada ao Programa de Extensão Enferma-Ria e teve o intuito de inserir os familiares das crianças e adolescentes hospitalizados, sobre a necessidade do aleitamento materno. Para isso, foi confeccionado folders informativos. 2) Construção de uma tenda onde foram distribuídos laços vermelhos para simbolizar o Dezembro vermelho, foram selecionados vídeos e feito resolução de quaisquer dúvidas acerca do tema desenvolvido 3) Atividade realizada no abrigo municipal de saúde para crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social. Participaram 24 crianças que são acompanhadas dentro do abrigo além de 12 acadêmicos integrantes da LA. A ação contemplou a doação de brinquedos arrecadados, interação com os cães da cinoterapia do projeto de extensão Cãopanheiro e com os acadêmicos presentes. Essas ações, vêm trazendo um olhar positivo sobre a LA, uma vez que os assuntos, parada cardiopulmonar, convívio com HIV/Aids e oncologia, voltados para a pediatria e procurando sempre abordar a multidisciplinariedade dos serviços de saúde públicos, servem como uma maneira de pensar a especialidade pediátrica e hebiátrica com um olhar direcionado e mesmo assim amplo, atuando na compensação das lacunas que podem haver no currículo do curso além de contribuir para o compartilhamento de conhecimentos entre acadêmicos, docentes e profissionais[1]. Outras considerações a serem realizadas sobre a LA é a relevância do envolvimento das acadêmicos, os quais são os promotores das ações da LA, contudo, o apoio dos coordenadores/coordenadores envolvidos, auxiliam no paralelismo de conteúdos singulares uma vez que a participação e a integração da LAPHE com outras instituições de ensino e cursos de graduação aponta o suporte, necessário, para consolidar ações multidisciplinares, tão prementes na área da saúde. Ao observar a adesão a prática de LAs como atividade extracurricu-

lar outras formas de ensino são expostas alterando a forma com que o conhecimento passa a ser exposto e fixado, de forma mais pessoal e leve, além de proporcionar momentos de prática que podem não ser oferecidos em período regular de aula auxiliando o desenvolvimento de habilidades como autogestão, cooperação, liderança, engajamento estudantil e as relações interpessoais[3].

Considerações finais

A LAPHE vem se tornando uma aliada do serviço visto que os profissionais, ao atenderem aos pedidos de debate, revelam satisfação pelo compartilhamento de experiências e a oportunidade de mostrarem a realidade do cotidiano clínico. A grande acessibilidade e oportunidade de participar de ligas acadêmicas também influenciam na construção do processo ensino/aprendizagem de maneira próxima a realidade social dos sujeitos de cuidado. As atividades da LAPHE ao aliar o ensino, a pesquisa e a extensão permite, aos acadêmicos, uma visão crítica reflexiva dos aspectos de saúde reais.

Descritores

Pediatria; Medicina do adolescente; Enfermagem; Ensino.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Botelho NM, Ferreira IG, Souza LEA. Ligas Acadêmicas de Medicina: Artigo de Revisão. Rev PM 2013; 27(4): 85-88.

2 Silva DP, et al. Proposição, fundação, implantação e consolidação de uma liga acadêmica. Rev Enferm UFPE *on line*, Recife, 2018 mai; 5(12):1486-92

3 Silva SA, Flores O. Ligas Acadêmicas no Processo de Formação dos Estudantes. Rev BEM 2015; 39(3): 410-425.

ORIENTAÇÕES SOBRE FITOTERAPIA NO CUIDADO DO PERINEO PÓS PARTO VAGINAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Geovana Paola Cima[1]
Michelle Kuntz Durand[2]
Vanessa Aparecida Gasparin[3]

E-mail para correspondência

geovanapcima@gmail.com

Resumo

Introdução

O cuidar sempre esteve presente nas relações humanas, e nos primórdios da humanidade era realizado de forma empírica. Com a evolução da humanidade, as práticas do cuidado passaram a se diferenciar, fazendo-se necessário transformar o conhecimento empírico em um conhecimento embasado nos estudos e experiências de prática do cuidado. Neste contexto insere-se o cuidado a partir da fitoterapia, ou seja, o uso das plantas medicinais para o tratamento de várias enfermidades e desconfortos, incluindo os relacionados ao período gravídico puerperal, que deixou de ser uma atividade empírica e vem ganhando espaço nas instituições de saúde. A partir disso, torna-se prioridade que os profissionais de saúde que acompanham as mulheres nesse período, identifiquem os desconfortos ao parto vaginal no que tange o períneo, aplicando métodos de alívio que sejam eficientes e acessíveis para o tratamento mesmo após a alta hospitalar, oferecendo à mulher a possibilidade de vivenciar esse processo de forma mais prazerosa. A dor perineal é uma das queixas mais recorrentes em mulheres pós-parto vaginal, ela pode ser advinda de lacerações perineais e da prática

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Estadual de Santa Catarina, Udesc Oeste.

de episiotomia. As lacerações espontâneas são classificadas em quatro graus de acordo com as áreas atingidas, sendo de primeiro grau quando afeta pele e mucosa, de segundo grau quando se estendem até os músculos perineais, de terceiro grau quando atingem o músculo esfíncter do ânus e quarto grau quando a lesão envolve o conjunto do esfíncter anal e exposição do epitélio anal. Já no caso de traumas provocados, como o caso da episiotomia, além de pele e da mucosa, são habitualmente seccionados os músculos transversos superficial do períneo e bulbocavernoso.[2] De acordo com evidências de cunho científico, a perda sanguínea, dor pós-parto e dor durante a relação sexual, são menores em lacerações perineais de primeiro e segundo graus quando comparados à episiotomia, bem como o processo de cicatrização e retomada da função muscular.[2]

Objetivos

Relatar experiência de orientações prestadas a puérperas pós parto vaginal, sobre a fitoterapia em casos de dor perineal.

Método

Trata-se de um relato de experiência a partir de uma intervenção proposta e realizada durante o desenvolvimento do Estágio Supervisionado I do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) no segundo semestre de 2018. Foi realizada com puérperas pós-parto vaginal hospitalizadas em uma instituição de referência, situado na região Oeste de Santa Catarina. A intervenção propunha a orientação sobre as plantas com essa efetividade, seu preparo e forma de uso, durante as visitas de rotina do setor, o que propiciou além da anamnese e exame físico, uma abordagem individualizada frente à experiência vivenciada por cada uma no que diz respeito à presença ou não de dor perineal.

Resultados e Discussão

A oferta de métodos de alívio dos desconfortos perineais após o parto vaginal é constituinte da assistência obstétrica humanizada.[3] Apesar de prática considerada bastante antiga, muitas referiam não conhecer os benefícios da fitoterapia frente ao alívio de dores perineais. A fitoterapia engloba as práticas integrativas descritas na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do Sistema Único de Saúde (SUS), aprovada pela portaria nº 971, de 03 de maio de 2006.[4] As práticas relacionadas, como banho de assento e compressas frias foram descritas por um número maior de puérperas. A compressa fria somente com utilização de gelo é uma prática realizada com bastante frequência nos serviços de saúde, para além da dor perineal atua na presença de hematomas e edema. Devido à falta de protocolos, variações de tempo e intervalo de aplicações são percebidos.[5] O cuidar, além de considerado uma forma de assistir e ensinar, também é percebido como uma ação voltada a promover o bem estar do outro. O cuidado de enfermagem aplicado a fitoterapia é uma extensão de sua prática de cuidar, sendo importante fortalecer o exercício de ações interdisciplinares, trocas de saberes e consequente melhores práticas na assistência.[5] É importante pensarmos que o conhecimento sobre as plantas medicinais simboliza na maioria das vezes o único recurso terapêutico de comunidades e grupos étnicos. Observou-se uma quantidade razoável de mulheres adeptas ao uso da fitoterapia para os mais determinados fins, principalmente quando se tratavam de usuárias encaminhadas de municípios menores, bem como haitianas e indígenas, cada qual com seu modo cultural e crenças. Apresentar outras possibilidades de tratamento com produtos naturais, de fácil acesso e baixo custo, promove um cuidado mais individualizado e por vezes exalta o conhecimento prévio cultural trazido por aquela mulher para dentro do serviço de saúde.

Considerações finais

Durante as conversas com as puérperas notou-se a importância da assistência integral da enfermagem desde a gestação, até o puerpério, em que muitas vezes a mulher deixa de ser assistida, pois o cuidado passa a ser voltado com mais afinco ao recém-nascido. Sendo assim, é importante que o profissional enfermeiro desenvolva habilidades para que as ações de enfermagem estejam voltadas a adaptação desta nova fase da mulher, oferendo além de tratamentos medicamentosos, apoio emocional e a garantia da qualidade da assistência de enfermagem e a satisfação da mulher com a maternidade. Apesar de ainda incipiente dentro das instituições o uso de métodos alternativos, como a fitoterapia, o incentivo seguido da adesão e consequente resultado efetivo no que diz respeito ao alívio dos desconfortos perineais, reforça a prática bem como a possibilidade de instauração de rotinas dentro de instituições de saúde.

Descritores

Fitoterapia; Saúde da Mulher; Parto Obstétrico.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Zeferino, MT et al. Concepções de cuidado na visão de Doutorandas de Enfermagem. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008; 16(3): 345-0.

2 Santos, JO; Bolanho, IC; Mota, JQC; Coleoni, L; Oliveira, MA. Frequência de lesões perineais ocorridas nos partos vaginais em uma instituição hospitalar. Esc Anna Nery Rev Enferm, 2008; 12(4): 658-63.

3 Peleckis, MV; Francisco, AA; Oliveira, SMJV. Terapias de alívio da dor perineal no pós-parto. Exto Contexto Enferm, 2017; 26(2): e5880015: 1-8.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde, 2006.

5 Alvin NT; Ferreira, MA; Cabral, IE; Filho, AJA. O uso de plantas medicinais como recurso terapêutico: das influências da formação profissional às implicações éticas e legais de sua aplicabilidade como extensão da prática de cuidar realizada pela enfermeira. Revista Latino-americano de Enfermagem, 2006; 14(3).

PLANEJAMENTO DA DOAÇÃO DE TECIDO OCULAR ATRAVÉS DO INCENTIVO PROFISSIONAL

Autores

Deborah Cristina Santin[1]
Karoline Gava[2]
Jussara de Lima[3]
Fabiane Pertille[4]
Claudia Dias[5]

E-mail para correspondência

dehsordi@gmail.com

Resumo

Introdução

A doação de órgãos é um fator de importância social e crítica, a qual traz certa dificuldade para o maior crescimento de transplantes no Brasil. Todo esse processo gira em torno de situações religiosas, questões morais, autonomia, além do olhar amplo do profissional da saúde até a família, necessitando do acompanhamento familiar efetivo durante todo o processo, pois a família ainda permanece ligada ao corpo após a morte.[1] As famílias que vivenciam o processo da morte consideram que este começa com a internação do paciente e termina somente com o sepultamento, podendo levar horas. Para os familiares, este é um processo sofrido, demorado, burocrático, desgastante e cansativo, percepção que compromete desfavoravelmente o número de doações.[2] A tomada de decisão da família para doação de órgãos é um processo composto pelas fases de viver o impacto da tragédia, lidar o problema da decisão e reconstruir a história da morte. **Objetivo:** Estimular os profissionais a oferecer a possibilidade de doação de tecido ocular à todas as famílias de potenciais doadores, e instigar a realização de busca ativa de potenciais doadores de córnea frequente e permanente, afim de melhorar o índice de doação de tecido ocular do Hospital Regional do Oeste – HRO.

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira do Programa de Qualidade do Sistema Estadual de Transplantes de Santa Catarina;
3 Enfermeira. Coordenadora do CHT – HRO e Clínica de Neurologia. Hospital Regional do Oeste, Chapecó;
4 Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina;
5 DEnfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.

Método

Relato de experiência de natureza descritiva, vivenciado durante a disciplina de Estágio Curricular Supervisionado I (ECS I) do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, desenvolvida no setor da Comissão Hospitalar de Transplante - CHT de um hospital de grande porte da região oeste de Santa Catarina, no período de fevereiro a março de 2019. Uma das atividades realizadas foi realizar um diagnóstico situacional em relação as doações de tecido ocular como ferramenta para implementação de um plano de ação. O diagnóstico situacional, também chamado de organizacional é baseado no resultado de um processo de coleta e análise dos dados estudados onde se anseia realizá-lo.[3] Inicialmente foi realizado uma auditoria de prontuários dos óbitos ocorridos no HRO e classificá-los em potenciais doadores de tecido ocular ou não, seguindo os critérios da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 55/2015 para Tecido Ocular da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).[5] Baseado nessas diretrizes, foi investigado o motivo da não doação (não autorização familiar), bem como o motivo da não realização da entrevista quando o potencial doador se enquadrava nos critérios de doação. Posterior a esse diagnóstico, o planejamento de capacitações aos funcionários foi almejada, visando difundir o assunto dentro da instituição através de realização de capacitações para avaliação do tecido ocular em potenciais doadores; capacitações sobre como realizar entrevista para doação de tecido ocular; capacitações para os técnicos de enfermagem do banco de olhos - esta capacitação trata-se de uma reciclagem ao técnico captador para a reavaliação do potencial doador, pois somente após esse critério a doação de tecido ocular será efetivada; e bonificação de um dia de folga mensal para o profissional que tiver 70% de suas entrevistas familiares positivas, podendo essa data ser definida pela coordenação de cada setor.

Resultados

Foram auditados e identificados os potenciais doadores de tecido ocular dentre os meses de janeiro e fevereiro de 2019. Os dados colhidos revelaram que no mês de janeiro houve 19 potenciais doadores, onde apenas 10 famílias foram entrevistadas, delas, 4 famílias aceitaram a doação e as mesmas foram efetivadas (40%). Entretanto, no mês de fevereiro observou-se 18 potenciais doadores, desses foram realizadas 7 entrevistas e 5 doações foram efetivadas (71%). Além disso, foi analisado que 20 famílias de potenciais doadores não foram entrevistadas por falta de condições clínicas, conforme justificativa. Na auditoria realizada nos meses de janeiro e fevereiro, não foi identificado nenhuma contraindicação para a realização das entrevistas, podendo haver uma falha na identificação e avaliação de potencial doador. Sabe-se que a doação de órgãos e tecidos para transplantes é um direito adquirido da família e cabe ao profissional de saúde garantir que esse direito seja concedido no final da vida aos familiares com poder de decisão. Além disso, ao levantarmos os dados financeiros analisamos que o valor que as instituições de saúde que realizam esse procedimento recebem por cada enucleação e preservação é de R$ 2.552,9, conforme a tabela do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos (SIGTAP). Com isso, observou-se que entre os meses de janeiro e fevereiro de 2019, o Hospital Regional do Oeste recebeu em torno de R$ 22.976,10 em enucleações realizadas.

Conclusões

Nota-se que, através da elaboração de um plano de ação esta receita pode aumentar considerando a aplicação deste projeto, onde visa estimular o aumento da captação de tecido ocular por meio de melhora na avaliação de potencial doador, melhor desempenho nas entrevistas familiares, bem como, minimizando a perda no número de doações por falta de avaliação, conforme supracitado. Além do benefício financeiro, é importante salientar a doação de órgãos e tecidos deve ser levado às famílias, pois trata-se de um direito e quanto maior o número de doações, maior será o número de pessoas ajudadas que voltarão a enxergar. Por fim, espera-se que o projeto possa auxiliar na melhoria do processo de doação de tecido ocular e que favoreça o conhecimento sobre doação de órgãos e tecidos nas equipes, para que esse assunto seja divulgado e que ocorra mais repercussão positiva na instituição.

Descritores

Enfermagem; Enucleação Ocular; Auditoria Financeira.

Eixo Temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 BARRETO, B.S. et al. Fatores relacionados à não doação de órgaos de potenciais doadores no es-

tado de Sergipe, Brasil. Rev. Bras. Pesq. Saúde, Vitória. 2016, 18(3): 40-48.

2 CINQUE, V.M.; Bianchi, E.R.F. Estressores vivenciados pelos familiares no processo de doação de órgãos e tecidos para transplante. Rev. esc. enferm. USP. 2010 Dez; 44(4): 996-1002.

3 SILVA, C.S.S.L.; KOOPMANS, F.F.; DAHER, D.V. O Diagnóstico Situacional como ferramenta para o planejamento de ações na Atenção Primária a Saúde. Revista Pró-univerSUS; 2016 Jun; 07(2): 30-33.

4 Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos [homepage na internet]. Acesso a Tabela Unificada [acesso em 01 abr 2019]. Disponível em: http://sigtap.datasus.gov.br

5 Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº. 55, de 11 de dezembro de 2015. Resolução da Diretoria Colegiada de Boas Práticas em Tecidos humanos para uso terapêutico. Diário Oficial da União nº 238 de 14 de dez de 2015; Seção 1.

DESENVOLVENDO A COMUNICAÇÃO SEGURA: relato de experiência

Autores

Luanna A. N. Souza[1]
Dalyla Pasquetti2[2]
Karine Foiato[3]
Priscila Biffi[4]
Aline Massaroli[5]
Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt[6]

E-mail para correspondência

luanna.n.almeida@gmail.com

Resumo

Introdução

A segurança do paciente tornou-se um tema emergente no século XXI, pela compreensão e reconhecimento de que durante a assistência à saúde muitos erros se desenvolvem e acometem os pacientes, interferindo de modo negativo no desfecho de saúde dos mesmos. Haja visto que a comunicação é uma ferramenta imprescindível para a excelência do cuidado, e que, se mal realizada, pode causar graves incidentes, foi então, considerada um dos aspectos a serem trabalhados nos serviços de saúde para melhorar a segurança dos pacientes nestes locais. Por vezes, a comunicação é mal compreendida pelos profissionais, o que faz com que eles a exerçam de maneira inadequada involuntariamente. Dessa maneira, sente-se a necessidade da realização de ações que tragam conhecimento e informações referentes ao assunto, sensibilizem os profissionais dentro dos serviços de saúde e que haja fortalecimento da cultura de segurança do paciente por meio da comunicação segura[1].

1 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.
2 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.
3 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.
4 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.
6 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente, Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.

Objetivos

O presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência que acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó vivenciaram na realização de um ciclo de capacitação com o tema "Comunicação Segura" em um hospital da Região Oeste Catarinense.

Método

O ciclo de capacitações foi realizado no segundo semestre de 2018 nos turnos matutino, vespertino e noturno, em um total de quatro encontros, em salas disponibilizadas pelo hospital, onde se recebeu colaboradores dos diversos setores. Este ciclo foi efetuado por acadêmicas pertencentes ao programa de extensão intitulado "Segurança do paciente: construindo caminhos para a cultura de segurança" em parceria com o Núcleo de Segurança do Paciente da instituição de saúde em questão. Para a realização da sensibilização, elaborou-se uma apresentação com o auxílio de recursos audiovisuais. A apresentação contou com assuntos relacionados a comunicação segura, englobando a comunicação entre profissionais de saúde, com os pacientes e acompanhantes, bem como, algumas técnicas que facilitam o seu desenvolvimento. No decorrer da atividade outros aspectos foram sendo mencionados: as diferentes formas de linguagem, os erros de comunicação e seus fatores associados, comunicação interprofissionais, formas de comunicação escrita e por fim, os fatores indispensáveis para uma comunicação efetiva com pacientes e acompanhantes. Com a finalidade de proporcionar um momento de reflexão acerca do assunto, a apresentação contou com a realização da dinâmica do "telefone sem fio". Essa utilizava diferentes frases que relatavam o cotidiano dos profissionais, a fim de, auxiliar na discussão do tema e deixar o momento mais descontraído. Para o fechamento da atividade, foi ressaltada a importância das notificações de eventos adversos, que nesta instituição são realizadas por meio de uma ficha padronizada pelo Núcleo de Segurança do Paciente do hospital. A qual, enfatiza a necessidade deste movimento de notificação, gerando assim, informações para direcionar ações e atividades de melhorias na instituição. Para finalizar a atividade educativa, foi disponibilizado um momento de discussão com o grupo, para esclarecer dúvidas e trocar conhecimentos, experiências e informações entre os participantes.

Resultados e Discussão

Durante quatro encontros o público que conseguimos atingir foi de 361 participantes no total, dos mais variados setores do hospital, os quais se integraram nas atividades em horários e datas diferenciadas de acordo com sua disponibilidade. Com o desenvolvimento das capacitações as acadêmicas evidenciaram os fatores que impactam diretamente na comunicação segura, seja ela entre a equipe multiprofissional ou entre paciente e familiares/acompanhantes. De modo divertido, com o auxílio da dinâmica, foi possível refletir sobre os erros gerados a partir de uma falha na comunicação e pensar nos possíveis danos ao paciente. Ao término deste ciclo de atividades educativas ficou evidente a sensibilização dos funcionários, assim como o interesse dos mesmos em adquirir mais conhecimento sobre o assunto e a possibilidade de colocá-lo em prática no seu ambiente de trabalho. Contudo, foi perceptível a resistência em relação a mudanças de hábitos nas atividades diárias por parte de alguns profissionais e que ainda, encontra-se como um desafio para o ensino, principalmente para os acadêmicos da área da saúde, uma vez que esses se inserem no serviço buscando adquirir experiência em relação a prática da enfermagem e propor mudanças positivas para a realidade encontrada. Além disso, outro ponto que merece ser destacado neste processo é a maneira como os erros são vistos pelos profissionais de saúde. Sabe-se que os erros são acontecimentos que fazem parte da vida de todos os seres humanos. E que esses podem ser, na maioria das vezes, evitados com o desenvolvimento de medidas de prevenção. Mas quando ocorrem nos serviços de saúde, como consequência de uma falha na comunicação, ou de outro processo que possa ter causado algum dano à saúde ou a vida de alguém, é necessário a notificação deste evento. Todavia, este processo muitas vezes é visto pelos profissionais como um instrumento de punição, que acaba intimidando-os e dificultando o seu desenvolvimento. Assim, por meio do diálogo principalmente, essa percepção deve ser desmistificada para que se consiga avançar e superar os principais problemas presentes no dia a dia dos serviços.

Considerações finais

Em virtude do que foi mencionado, é plausível a percepção de que a Comunicação Segura é uma das competências que, principalmente no âmbito da saúde, ainda necessita ser explorada e aprimorada. Pode ser, por exemplo, por meio da orientação aos profissionais, como na atividade supracitada desenvolvida

pelos acadêmicos, estimulá-los a executar práticas e técnicas corretas de comunicação. A inserção de treinamentos, desenvolvendo a aproximação com as atividades cotidianas que precisam de constante qualificação, para que haja melhoria no atendimento aos usuários dos serviços de saúde, evitando erros decorrentes da má comunicação e da má interpretação das informações repassadas. Quando esses erros ocorrem devido à falha no processo de comunicação, incentiva-se aos profissionais a refletirem sobre a importância de realizar avaliações e constantes aperfeiçoamentos em relação a esta prática. Objetivando aprimorar esta competência que acompanha o ser humano desde o início de sua vida, para que impeça a continuidade de erros evitáveis e para melhorar a assistência nos serviços de saúde.

Descritores

Comunicação em Saúde; Barreiras de comunicação; Segurança do paciente, Enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

Programa de extensão foi aprovado pelo Edital 1098/UFFS/2017.

Referências

1 Jane WSN, Maria CSR. Comunicação efetiva no trabalho em equipe de saúde: desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enferm, 2015.; 20(3):636-640. Disponível em: http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2016/10/40016-162735-1-PB.pdf. Acesso em: 28 mar 2019.

ENFERMAGEM E MÚSICA: PROMOVENDO SAÚDE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Autores

Tatiana Xirello[1]
Jeane Barros Souza[2]
Juliana Praxedes Campagnoni[3]
Emanuelly Luíze Martins[4]
Ricardo Demeneck Reinaldo[5]
Ana Gabrieli Sauer[6]

E-mail para correspondência

taty-xirello@hotmail.com

Resumo

Introdução

O processo de hospitalização é algo desafiador de vivenciar porque se faz necessário o distanciamento do ambiente familiar e da rotina a qual o indivíduo está habituado, o que pode causar sofrimento e stresse.(1) Além de ir para um lugar diferente daquele de costume, a hospitalização pode remeter a um passo mais complexo do tratamento de determinada situação de saúde, potencializando as preocupações do indivíduo quanto ao possível prognóstico.(2) Neste sentido, urge a necessidade de um olhar holístico da equipe de enfermagem para esse indivíduo e seu familiar que o acompanha durante a hospitalização, a fim de proporcionar um cuidado humanizado por meio da firmação de vínculos, trocas de informações, diálogo e outras estratégias intervencionistas durante todo o processo de hospitalização. Uma dessas estratégias é o uso da música, que proporciona benefícios para a saúde, oportunizando momentos de distração, sentimentos de esperança e alegria por meio das letras das canções e o reviver de momentos saudáveis vividos fora da unidade de internação.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa, Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS) da UFFS/SC.

2 Enfermeira, Doutora, Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó-SC. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa, Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS) da UFFS/SC.

3 Enfermeira, Especialista, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó-SC, Brasil

4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisa, Políticas Públicas e Gestão em Saúde (PPGS) da UFFS/SC.

5 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

6 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

Nesta perspectiva, surgiu o programa de extensão intitulado "Musicagem: a Enfermagem promovendo a saúde no ambiente hospitalar por meio da intervenção musical", do Curso de Graduação em Enfermagem, de uma universidade federal do sul do Brasil. Tal programa de extensão nasceu com a finalidade de promover a saúde de pacientes internados e de seus acompanhantes, com vistas a proporcionar lazer e esperança, preenchendo o tempo ocioso e triste de um hospital, em momentos de diversão, reflexão e alegria, tendo a música como ferramenta de atuação.

Objetivos

Compartilhar a experiência da utilização da música para pacientes internados e para seus familiares, a fim de promover a saúde no ambiente hospitalar.

Método

As ações musicais iniciaram no segundo semestre do ano de 2018 e a partir de então, passaram a ocorrer semanalmente nas terças-feiras final de tarde, no maior hospital público da região oeste de Santa Catarina. A equipe do programa de extensão é formada por acadêmicos e docentes do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade federal do sul do Brasil. O grupo é composto por seis acadêmicos e duas docentes, sendo seis no vocal, dois no violão e um no violino. A equipe tem o cuidado de escolher o repertório com letras que refletem mensagens positivas de força e esperança, com melodias variadas que se adaptem ao humor do paciente para que a música se adeque ao momento pelo qual está passando. Assim, a equipe também tem a preocupação de realizar ensaios periódicos, a fim de manter o repertório com músicas novas, evitando que se torne repetitivo para a realização das intervenções musicais. No hospital, realiza-se a intervenção musical de quarto em quarto nas unidades da oncologia, como também no setor de radioterapia para os que estão na sala de espera, e na quimioterapia, para os que estão recebendo quimioterápicos. Ao chegar na unidade de internação, tem-se o cuidado de observar quais quartos estão em isolamento, os quais o grupo não adentra e canta apenas na porta para que os pacientes possam ao menos ouvir as canções. Na unidade, um acadêmico da equipe vai passando nos quartos a fim de verificar quais pacientes desejam a intervenção musical e inspecionar rapidamente o estado psicológico destes para escolher a música conforme as necessidades de cada um. Além disso, também se canta para a equipe multiprofissional, com o intuito de aliviar o stress do trabalho e proporcionar um momento de lazer por meio da música.

Resultados e Discussão

Durante as intervenções musicais na unidade de oncologia, vários pacientes e seus familiares relatam acerca do desafio de vivenciar a internação hospitalar por longos dias e do quanto às músicas entoadas transformam esse ambiente para algo melhor, proporcionando alegria e renovo. Muitos sorriem, batem palmas, cantam as canções, balançam o corpo junto com o ritmo da música mesmo por vezes, sem poder cantar devido uso de traqueostomia ou sonda nasogástrica, mas mexem seus lábios, acompanhando as músicas entoadas. Quando a equipe começa a cantar no corredor da unidade hospitalar, subitamente, os acompanhantes e alguns pacientes começam a sair dos quartos, curiosos para saber o que está acontecendo. Eles sorriem, cantam e em algumas vezes pedem, antes de oferecer, para que a intervenção musical seja realizada no seu quarto, na ânsia de obter algo diferente da rotina hospitalar. As demonstrações de carinho e gratidão dos pacientes e familiares são frequentes, evidenciando o quão importante foi terem recebido a equipe em seus quartos. Vários deles fotografam e filmam a ação promovida para guardarem de recordação aquele momento. Os agradecimentos dos acompanhantes são frequentes, que por vezes são os que mais se emocionam e se alegram, evidenciando a importância da realização da intervenção musical e de que por meio de um pequeno gesto e sem gastos econômicos, é possível promover a saúde e fazer a diferença para pessoas que vivenciam o câncer.

Considerações finais

A intervenção musical, no ambiente hospitalar, é utilizada como instrumento de alívio da dor, ansiedade e estresse, além de melhora da autoestima e do humor, sendo uma tecnologia simples e disponível no processo de humanizar e cuidar de pacientes, de seus acompanhantes e também dos profissionais da saúde. Ao realizar a intervenção musical no hospital, ficou evidente que as músicas despertam nos pacientes e nos familiares emoções e sentimentos, esquecendo-se por alguns instantes da dor, do medo e da incerteza com relação ao futuro. A participação no programa de extensão tem proporcionado aos acadêmicos de Enfermagem, oportunidade de desenvolver um olhar diferenciado sobre o paciente e sobre o seu cuidado, exercitando o processo de humanização do serviço e o despertar de um sentimento tão nobre e

tão significativo que é a empatia. Além disso, a participação no programa de extensão permitiu a comunicação entre o ensino, pesquisa, extensão e cultura, levando a compreensão de que a prática de enfermagem gera um compromisso com ações conforme a necessidade da população.

Descritores

Saúde; Música; Hospitalização; Cuidado.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Henriques RTM, Cabana C. O acompanhante no processo de hospitalização. Rev Hum@nae [periódico na internet]. 2013; 7(1). Disponível em: http://www.humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/69/62. Acesso em: 21 nov 2018.

2 Ribeiro SL, Schwartz E, Feijó AM, Santos PB, Garcia RP, Lise F. Incidentes críticos experienciados no tratamento da doença oncológica. Rev de Enferm O Min. 2015; 5(3): 9805-19. Disponúvel em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/898 . . Acesso em: 29 nov 2018.

ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO SETOR DA NEUROLOGIA

Autores

Simone dos Santos Pereira Barbosa [1]
Roberta Eduarda Grolli[2]
Adriana Cristina Hillesheim[3]

E-mail para correspondência

mone.96@hotmail.com

Resumo

Introdução

A comunicação é um dos instrumentos utilizado pelos indivíduos de uma sociedade para manter as relações sociais e estabelecer vínculo com o outro. A comunicação pretende estabelecer uma ponte entre os indivíduos e deve ser realizada de maneira com que os mesmos se compreendam. Pensando neste sentido o profissional enfermeiro por diversas vezes em seu cotidiano de trabalho encontra a necessidade de adquirir e buscar estratégias que o possibilite criar vínculo com seu paciente para que possa realizar o cuidado necessário e da melhor forma. Desta maneira, o enfermeiro pode se apropriar de diferentes formas para realizar a comunicação eficaz, atentando para a comunicação verbal e também não verbal. A partir deste entendimento tornou-se possível, através das atividades teórico práticas(ATP) do curso de graduação em enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó, a observação e exercício da ação de se comunicar de diferentes formas e estabelecer uma comunicação adequada para o cuidado com pacientes do setor da Neurologia, garantindo uma assistência de qualidade.

1 Acadêmica do curso de graduação em enfermagem e integrante do grupo de estudo e pesquisa Políticas Públicas e Gestão da saúde (PPGS) da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó.

2 Acadêmica do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó.

3 Docente do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó.

Objetivos

Relatar a experiência de acadêmicas do curso de graduação em enfermagem durante sua inserção no setor da Neurologia num hospital do município do oeste catarinense, no intuito de mostrar a necessidade de se utilizar variadas formas de comunicação perante a paciente com enfermidade neurológica.

Método

Durante o decurso do curso de graduação em enfermagem da UFFS, a maioria dos componentes contam com a dinâmica das atividades teórico práticas que possibilitam a inserção do acadêmico nos serviços de saúde. Essa prática ocorreu durante a realização do componente curricular O Cuidado no processo de viver humano I, na 6ª fase, que teve como campos de prática a Oncologia, o Centro Cirúrgico e a Neurologia na área hospitalar além da vivência na atenção básica em saúde. Somaram-se 40 dias de prática, já que em cada setor foram 10 dias. Na neurologia foi reproduzido a linha de cuidados necessários aos pacientes que tinha dentre as situações de saúde casos de Acidente vascular encefálico (AVE) isquêmico ou hemorrágico, aneurisma, acidentes de trânsito que afetam o sistema neurológico, tumores cerebrais, entre outros. Para o cuidado efetivo foram realizadas todas as ações necessárias para a melhor comunicação com paciente e com a equipe de enfermagem, fazendo observações e compartilhando conhecimentos. E o que despertou a visão das acadêmicas, especificamente no setor da neurologia, foi o fato de atender pacientes em que a comunicação era dificultada por conta das sequelas causadas pela patologia apresentada, dentre elas a necessidade do uso de traqueostomia, além das dificuldades por conta de hemiparesia, além de fatores relacionados ao sistema cognitivo. A partir de então o olhar das acadêmicas se modificou e se fez necessário a utilização de estratégias para a efetivação da comunicação entre profissional enfermeiro e paciente para que pudessem efetivar a assistência do cuidado corretamente e atender as necessidades de saúde naquele momento pensando também na sua continuidade. Percebe-se que o cuidado em saúde ultrapassa o ser com sua patologia, diz respeito ao indivíduo em diferentes dimensões, levando em consideração a extensão mais abrangente de corpo. Cada estudante vivenciou um momento como este, já que tiveram a oportunidade de assistir pacientes em situações de saúde diversas, porém com a mesma condição clínica. Dentre as formas de comunicação foram utilizadas a comunicação verbal e a comunicação não verbal sendo a última o aspecto no qual o paciente se apresenta não somente através de gestos[1], como também por vezes utilizado o toque. No término dos 10 dias de prática, foi realizado uma avaliação do grupo e individual, onde o tema comunicação foi amplamente debatido e a reflexão de como foi a atuação no local evidenciou que as angústias relacionadas a comunicação com paciente que não responde verbalmente era comum entre os estudantes.

Resultados e Discussão

Foi um desafio para as acadêmicas chegar em um setor, realizar a tentativa de comunicar-se verbalmente e não ter o retorno de seus pacientes, pois tornou-se uma atividade diferente dos outros setores, a qual os pacientes respondiam facilmente. Para as acadêmicas ao realizar os cuidados com o paciente teve-se a percepção de qual seria a melhor maneira de conseguir respostas sobre a necessidade de saúde no momento. Para estabelecer melhor a comunicação entre paciente e profissional da saúde deve-se usar, constantemente, a observação sobre a melhor forma como aquele paciente se expressa, se comunica e então estabelecer um diálogo, uma ligação com o mesmo[2]. Observou-se que a melhor maneira de se comunicar com os pacientes foi através de gestos e o toque como forma de resposta, sendo por vezes um dos recursos que os profissionais da enfermagem mais utilizam como meio de comunicar-se[3]. Ao estimular pacientes por meio do toque, pode também criar maior vínculo, pois ao responder com uma movimentação dos dedos da mão aos questionamentos realizados de forma verbal, faz com que o paciente consiga expressar o que sente e desta forma auxiliar na escolha da assistência adequada. A dificuldade encontrada pelas acadêmicas mesmo após a prática na neurologia, foi efetuar a comunicação com pacientes que tiveram sequelas que afetaram os sistemas, cognitivo, auditivo e de fala, tornando-os totalmente dependentes da equipe e sem resposta. Porém, proporcionar conforto e estabelecer vínculo através do toque, mesmo sem resposta aparente causou satisfação entre as acadêmicas. Além das estratégias realizadas no momento da ATP, as acadêmicas puderam compartilhar essa realidade com outros acadêmicos, deixando registrado que a ligação ensino e prática torna-se possível e a oportunidade para o exercício da prática gera habilidade, podendo resultar em uma melhor assistência de enfermagem a diferentes necessidades.

Considerações finais

A comunicação é um dos instrumentos que o profissional de enfermagem pode utilizar para realizar o cuidado necessário e adequado ao paciente. Desta forma, as acadêmicas de enfermagem, através da ATP, puderam realizar a assistência a saúde para pessoas internadas na unidade da Neurologia com qualidade. Percebe-se que a particularidade de cada paciente gera a necessidade de estabelecer diferentes formas de comunicação para com ele, e assim as acadêmicas puderam realizar o cuidado adequado, além de concretizar que o ensino colabora e caminha junto com a prática.

Descritores

Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Educação em Enfermagem; Comunicação em Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Coriolano-Marinus,MWL; Queiroga, BAM; Moreno, LR; Lima, LS.Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura. Saúde e Sociedade. 2014; 23:1356-1369. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0104-12902014000401356&script=sci_arttext

2 MARTINS, BM; De Araujo, TCCF. Comunicação no contexto de reabilitação: o encontro entre enfermeiro e paciente. Psicologia Argumento, 2017; 26(53). Disponível em: https://periodicos.pucpr.br/index.php/psicologiaargumento/article/view/19643

3 Souza, RCS; Arcuri, EAM.Estratégias de comunicação da equipe de enfermagem na afasia decorrente de acidente vascular encefálico. Rev Esc Enferm da USP. 2014;48(2):292-298. Disponível em: http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/84091/86938

O CONTEXTO DA PRODUÇÃO E ARQUIVO DOCUMENTAL EM UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

Autores

Clarisse Fortes[1]
Viane Fortes[2]
Karen Cristina Kades Andrigue[3]

Endereço para Correspondência

fortes88@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

As instituições hospitalares, caracterizam-se como organizações prestadoras de serviços de assistência em saúde, o que resulta na produção de documentos relacionados às suas atividades meio e fim. Documentos os quais à proposito de seu valor de utilização primária e secundária, alcançam valor histórico e são custodiados pelos arquivos permanentes de acordo com a política de gestão documental e a legislação vigente[1].Em definição os arquivos documentais de instituições de saúde são aqueles produzidos e acumulados na execução das atividades dos agentes institucionais e profissionais da saúde[2]. Estes acervos documentais suportam importantes informações, para toda a coletividade, seja o publico objeto da atividade de saúde, seja o público constituído pelos agentes executores dessa atividade e ainda a comunidade cientifica[2].Neste viés, se faz necessário destacar que a massa documental de maior expressividade seja em volume ou relevância em um arquivo hospitalar é representada pelos prontuários. Pois os prontuários, constituem-se como documentos de registro das informações sobre os pacientes e representam fontes essenciais de apoio às atividades

1 Graduanda em Enfermagem, Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
2 Graduanda em Enfermagem, Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
3 Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

desenvolvidas por todos os profissionais envolvidos no atendimento. Os registros neste documento, a sua guarda com segurança, as formas de requisitá-ló e os limites de circulação desse documento dentro dos serviços devem atender a normas vigentes[3]. Diante ao exposto, cabe destacar-se que os aspectos legais dos processos informacionais relativos à documentação na área de saúde, mais especificamente o acesso às informações privadas contidas nos prontuários do paciente são abordados conjuntamente com as questões de importância estratégica da documentação arquivística para a administração das instituições de saúde e do profissional arquivista como um dos atores envolvidos no processo de tratamento, gestão, preservação e acesso às informações médicas dos pacientes[3].Contudo, o cotidiano, destes espaços em que o fazer, de certa forma, congrega conhecimentos da área da administração e tem em sua gênese a tradição de metodologias consideradas mais "duras", *hard*, a chamada administração científica corre-se o risco de afastar-se da área da saúde. Talvez, por isso, quando se observam e analisam as atividades desenvolvidas nestes espaços deste setor, muitas vezes os referenciais teórico-metodológicos adotados para tratá-las estejam associados diretamente ao estudo de questões relativas à área da administração[1]. Contudo, não pode perder-se de vista que o cotidiano do processo de trabalho do setor de arquivo hospitalar como suas ações, compõem e fazem parte do universo da saúde[2]. Neste sentido, a inserção de estudantes de enfermagem neste cenário como bolsista de extensão, permite que os mesmos aproximem-se do cenário profissional e em especial dos desafios encontrados neste.

Objetivos

Relatar a experiência extensionista, de estudantes de enfermagem no projeto Gestão Documental em um arquivo hospitalar.

Método

Relato de experiência, das vivências de duas estudantes de enfermagem como bolsistas de extensão do projeto de Gestão Documental em um arquivo hospitalar. Em descrição, o projeto está implantado desde o primeiro semestre de 2017, e conta com 04 bolsistas, os quais cumprem 20 horas semanais e um docente supervisor. As ações ocorrem de segunda à sexta-feira, com enfoque principal em registrar; codificar; ordenar; arquivar; conservar; localizar e transferir documentos internamente. Neste relato, descreve-se as atividades realizadas ao longo de 2018, por duas bolsistas as quais atuaram junto ao arquivo dos setor de quimioterapia. O qual dividia-se em em dois espaços, em um deles armazenavam-se os prontuários em pastas separadas de acordo com o médico assistente e por ordem alfabética e no segundo espaço os prontuários eram armazenado em envelopes separados por cores de acordo com o médico assistente. O que gerava uma exacerbada massa documental e perda de informações, pois o mesmo paciente poderia ter vários prontuários caso fosse atendido por diferentes médicos. Diante ao exposto as atividades das estudantes, concentraram-se em auxiliar na classificação e ordenamento destes documentos.

Resultados e Discussão

inicialmente cumpre destacar que o prontuário médico foi definido através da Resolução número 1638/2002 do Conselho Federal de Medicina (CFM), como documento único constituído de um conjunto de informações, sinais e imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e cientifico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao indivíduo[4]. O conteúdo do prontuário, lavrado pelo médico e equipe multidisciplinar, pertence ao paciente sendo documento amparado pelo sigilo profissional de acordo com o art. 50, XIV da CF/88: "é assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte, quando necessário ao exercício profissional"[5]. Em sentido ao descrito, não é cabível que hajam múltiplos prontuários de um paciente em uma entidade hospitalar, pois a prática gera informações desconexas e risco a segurança do paciente. Desta forma, inicialmente o projeto colaborou na atenção as prerrogativas legais. Ainda destaca-se a fragilidade gerada pelo acúmulo de papéis, o que ocasionou falta de espaço para armazenamento documental e dificuldade para localizar prontuários. Desta forma, foi realizado a unificação das pastas não sendo mais separados por médicos apenas por ordem alfabética. Já os envelopes foram classificados de acordo com o ano de último tratamento dos pacientes, ainda foram retirados os óbitos e prontuários com tratamentos inferiores a 2012, os quais foram encaminhados ao arquivo permanente da instituição.

Considerações finais

A necessidade de organizar os documentos é uma realidade e um pressuposto para instituições públicas e privadas, na medida em que a organização que

dispõe mais rapidamente das informações é a que alcança maior desempenho na competitividade, pois ela constitui um recurso fundamental para qualquer organismo, e isso ao mesmo nível que os recursos humanos, materiais e financeiros. Por conseguinte, em um hospital destaca-se ainda que a gestão documental tem inferência direta sobre a segurança do paciente e a comunicação segura. Neste sentido, o projeto tem grande valia tanto para o estudante ao qual é oportunizado a aproximação ao cenário profissional, quanto para a instituição a qual pela integração ensino serviço beneficia-se com o auxílio nas atividades documentais.

Descritores

Registros médicos; Bacharelado em Enfermagem; Unidades Hospitalares.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ, mantida da Fundação Universitária de Desenvolvimento do Oeste – FUNDESTE.

Referências

1 Costa, MAA; Ana,L. O processo de trabalho no arquivo médico: novas perspectivas na produção do ato de cuidar em saúde. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 4.

2 Nascimento, FJTS; Paulo, RES. "Arquivos, gestão de documentos e Lei de Acesso à Informação: uma análise das instituições de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Arca – Fiocruz. 2015.

3 Botao, AV; Biolchini, JC. Tratamento documental de prontuários médicos e acesso às informações privadas em saúde. 2017.

4 Conselho Federal de Medicina, (BR). Resolução CFM nº 1.638/2002 de 10 de julho de 2002. Define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde. 2002. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br. Acesso em: 17 maio 2016.

5 Ramos, RO. A preservação da memória da saúde na Gestão Documental dos arquivos hospitalares. Rev Informação na Sociedade Contemporânea, 2018; 2(1):1-13. Disponível em: https://periodicos.ufrn.br/informacao/article/view/13671.

O RASTREAMENTO DO CÂNCER DE COLO DE ÚTERO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: relato de experiência acadêmica para integração formativa entre gestão e assistência

Autores

Vitória Almeida de Souza[1]
Cláudio Claudino da Silva Filho[2]
Micheli Bordignon[3]
Ligia Schacht[4]
Jaqueline Rossari[5]
Diane Negri[6]

E-mail para correspondência

claudio.filho@uffs.edu.br

Resumo

Introdução

O câncer de colo de útero hoje é considerado uma grave questão de saúde pública no Brasil. É um câncer comum entre as mulheres, e suas lesões são propícias de identificar por meio do exame preventivo do câncer de colo de útero, sendo uma forma de evitar o surgimento ou o agravamento dessa doença[1]. A Atenção Primária à Saúde, representada no Brasil majoritariamente pela Estratégia de Saúde da Família, vem como ponto da Rede de Atenção à Saúde privilegiado no rastreamento dessa condição, visando a redução de seus indicadores de morbimortalidade.[2] O exame citopatológico, também conhecido como Papanicolaou, é um exame relativamente simples e de baixo custo, e deve ser realizado em mulheres que possui um vida sexualmente ativa, principalmente as que estão na faixa etária de 25 a 64 anos de idade, as

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS, *Campus* Chapecó
2 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó
3 Enfermeira. Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC
4 Enfermeira. Gerente de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC
5 Enfermeira. Coordenadora do Centro de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC
6 Enfermeira. Secretária Municipal de Saúde de Chapecó - SC (SESAU)

quais possuem maior vulnerabilidade à desenvolver a doença. A recomendação para a realização desse exame é que os dois primeiros exames realizados tenham um intervalo anual, sendo ambos o resultado negativo, os próximos podem ser realizados a cada três anos[2].

Objetivos

Relatar a experiência de acadêmica de enfermagem em mutirão para Exames Preventivos para o câncer de colo de útero em Unidade Básica de Saúde no município de Chapecó – SC, e como essa vivência aprofundou as dimensões da enfermagem para além da polarização clássica entre as dimensões gerencial e assistencial.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, na modalidade relato de experiência, realizado por acadêmica da nona fase durante o componente curricular "Estágio Curricular Supervisionado I" do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó, onde a estudante atua na Gerência de Atenção Básica por 390 horas de imersão prática. Como complementação à esse Estágio "majoritariamente focado na dimensão Gerencial" da atuação do(a) Enfermeiro(a), sentiu-se a necessidade da acadêmica participar de atividades assistenciais também diretamente em Centro de Saúde da Família (CSF), supervisionado pelo setor que a mesma estagia. Assim, participou-se de mutirão de preventivo no dia 23 de março de 2019 no CSF do bairro Santa Maria, organizado pela rede de atenção básica do município de Chapecó – SC.

Resultados e Discussão

No dia 23 de março de 2019 foi realizada um mutirão de preventivos e testes rápidos em todo a rede de atenção básica do município de Chapecó – SC, no qual houve a participação de aproximadamente quarenta e sete mulheres na CSF Santa Maria, para realização do exame preventivo nesse dia. Esse movimento surgiu devido aos elevados indicadores de câncer de colo de útero no país, no estado de Santa Catarina e em Chapecó-SC. Segundo dados do Instituto de Nacional de Câncer (INCA), no ano de 2018 a estimativa para novos casos no Brasil era de 16.370, ficando atrás apenas do câncer de mama e colo/reto[3]. Além disso, o INCA ainda traz um ranking da incidência do câncer de colo de útero do ano de 2018, a região Sul ficou em quarto lugar, com 14,07 casos por 100 mil mulheres, atrás das regiões Norte, Nordeste e Centro-oeste[1]. Segundo o Ministério da Saúde, países com uma cobertura maior que 50% de exames Papanicolaou realizados a cada três a cinco anos, apontam índice de mortalidade abaixo de três mortes por 100 mil mulheres, e o aumento dessa porcentagem de cobertura desses exames diminuem significativamente a taxa de mortalidade[2]. Sendo assim, há uma relação desse aumento nos números de casos de câncer com a falta da população feminina em consultas, tanto com profissionais ginecologistas ou Enfermeiros(as). Isso pode ser explicado, em partes, pelo fato de que hoje a mulher busca os serviços de saúde quando já apresenta sintomatologia, como corrimentos, dores ou sangramentos. As que se cuidam rotineiramente, muitas vezes percebem que seus(suas) parceiros(as) são um risco em potencial para seu próprio adoecimento[4]. Além disso, ainda tem o receio de realizar esse exame, pois muitas mulheres se sentem envergonhadas de ter que expor o seu corpo para o profissional. Perdura-se o medo do procedimento, da dor, gerando o nervosismo principalmente durante a espera do resultado, já que pode ser detectada alguma anormalidade que mudaria a vida daquela mulher[4]. Assim, realizar o Estágio Curricular Supervisionado em âmbito de Gestão pode ser uma oportunidade ímpar para conhecer panoramicamente questões relevantes como esta, e ao mesmo tempo, viabilizar contato mais próximo quando necessário com unidades prioritárias para determinadas condições de saúde, superando a lógica de polarização na formação em enfermagem, priorizando por vezes um ou outro pólo, sem atentar à integração entre eles, e os níveis de complexidade e pontos das Redes de Atenção entre estes.

Considerações finais

Por conseguinte, percebe-se que hoje ainda há significativa parcela da população feminina, principalmente mulheres na faixa etária classificada pelo Ministério da Saúde como público-alvo (prioritário), que não procura os serviços de saúde para realizar o exame citopatológico, devido a fatores como medo ou vergonha. Pensando nessas situações, a rede de atenção básica necessita proporcionar ainda mais ações que motivem e conscientizem as mulheres quanto a relevância coletiva e individual de se realizar o exame preventivo. Além disso, processos formativos de Educação Permanente devem qualificar profissionais enfermeiros(as) e médicos(as), além de toda equipe multiprofissional que lida com a complexidade do processo saúde-doença nessas si-

tuações, para a realização desse exame de forma mais humanizada, acolhendo a mulher tanto no momento de realização efetiva do exame quanto no momento de dialogar sobre o resultado e todas as demais implicações advindas dele. Para a acadêmica, a participação nesse mutirão realizado pelas unidades de saúde do município serviu de grande aprendizado, tanto para fortalecimento de seus saberes e reafirmação da importância do exame citopatológico, quanto para compreender a dimensão exponencial de mulheres que ainda não buscam o serviço de saúde na frequência que é recomendada pelo Ministério da Saúde. Amplia-se, assim, as dimensões da enfermagem para as quais a formação de profissionais comprometidos socialmente precisa atentar, muito além da polarização entre as dimensões gerencial e assistencial, mas também para educativa, pesquisa e ético-política.

Descritores

Saúde da Mulher; Neoplasias do Colo do Útero; Prevenção de Doenças; Atenção Primária à Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Instituto Nacional de Câncer. Exposição A mulher e o câncer do colo do útero [internet]. 2018. Disponível em: https://www.inca.gov.br/publicacoes/apresentacoes/exposicao-mulher-e-o-cancer-do-colo-do-utero. Acesso em: 30 mar. 2019.

2 Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA.2016. Disponível em: http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24145/4110281_312323.pdf. Acesso em: 30 mar. 2019.

3 Instituto Nacional de Câncer**. Estatísticas de câncer [internet].2018.** Disponível em: https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer. Acesso em: 30 mar 2019.

4 Duavy, LM; Batista, FLR; Jorge, MSB; Santos, JBF. A percepção da mulher sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino: estudo de caso. Ciência e Saúde Coletiva, 2007; 12(3):733-742. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n3/24.pdf

OFICINA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA 2017: problematização e construção de possibilidades com gestores centrais da sesau chapecó

Autores

Larissa Hermes Thomas Tombini[1]
Graciela Soares Fonseca[2]
Gessiani Fatima Larentes[3]
Vivanceli Brunello[4]

E-mail para correspondência

larissa.tombini@uffs.edu.br

Resumo

Introdução

Sistemas de saúde fragmentados encontram dificuldades para gerenciar as necessidades de saúde das populações, dada a consideração dos determinantes sociais no processo saúde-doença. Nesta lógica, a força de trabalho atual e futura são desafiadas a prestar atenção em saúde frente a questões cada vez mais complexas, o que exige habilidades para a gestão e o desenvolvimento de práticas colaborativas e resolutivas1. A atenção em saúde no Brasil organiza-se em uma rede (RAS) de serviços e profissionais articulados e integrados, voltados ao cuidado integral de indivíduos e coletivos, coordenado pelos serviços vinculados ao nível de atenção básica2. Caracterizada como porta de entrada preferencial do usuário na RAS, a atenção básica opera sob os princípios, diretrizes, gestão e organização de equipes e processos de trabalho que permitam a resolubilidade de cerca de 80% das necessidades de saúde das populações assistidas3. Reapresentada em 2017, a Política Nacional

1 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente UFFS/Campus Chapecó
2 Cirurgiã dentista, Doutora em Ciências Odontológicas, Docente UFFS/Campus Chapecó
3 Graduada na área da educação, Pós-graduada, Diretora de Atenção à Saúde SESAU/Chapecó
4 Enfermeira, Pós-Graduada, Coordenadora NASF-AB SESAU/Chapecó

de Atenção Básica (PNAB) provoca reflexões e desconfortos ao propor novas formas de operacionalizar o cuidado neste ponto de atenção, emergindo a necessidade do fortalecimento da gestão local no tema.

Objetivo

Relatar a experiência de uma oficina que viabilizou um momento de reflexão e construção interprofissional sobre as alterações propostas pela nova PNAB e suas implicações na organização das práticas de atenção básica no município de Chapecó/SC.

Método

A equipe PET-Saúde/Interprofissionalidade, conduziu uma oficina de discussão e reflexão sobre a PNAB 2017. Foram 19 participantes envolvendo trabalhadores, profissionais de saúde e gestores que atuam no nível central da Secretaria de Saúde (SESAU) de Chapecó vinculados à Direção de Atenção à Saúde. Destes, 5 enfermeiros responsáveis pelas gerências de atenção básica e de atenção especializada e coordenações de enfermagem, do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica e, da Estratégia Saúde da Família. No primeiro momento, pontos conflituosos da PNAB foram apresentados e amplamente discutidos entre os participantes. No segundo momento, foram organizados 05 grupos multiprofissionais para discussão e posterior socialização de características específicas do processo de trabalho na atenção básica e como as propostas da nova PNAB relacionadas a essas temáticas poderão afetar a organização dos serviços no município. Os seguintes temas guiaram os trabalhos: 1. Definição do território, Territorialização e Adscrição de clientela / Responsabilidade sanitária; 2. Porta de entrada preferencial / Acesso; 3. Acolhimento / Resolubilidade; 4. Trabalho em equipe multiprofissional/ Formação e educação permanente e; 5. Integração Vigilância em Saúde (VS) e AB / Planejamento local de saúde. Como questões norteadoras à discussão, apresentaram-se: "O que diz a PNAB sobre o ponto em discussão? Como as alterações podem influenciar na realidade de Chapecó? Quais as proposições para avanços em direção à qualificação?". A oficina teve duração de 04 horas.

Resultados e Discussão

A partir do encontro entre os participantes, foi viabilizado um espaço importante de reflexão interprofissional relacionado ao processo de trabalho na atenção básica, conforme descrito na PNAB, de modo coerente com a realidade do trabalho em saúde no município. A partir da primeira questão norteadora (O que diz a PNAB sobre o ponto em discussão?), os participantes puderam se aproximar da temática proposta para cada grupo, compreendendo como essa característica específica deveria ser organizada e relembrando conceitos indispensáveis para organização da atenção básica, com destaques ao acesso, acolhimento e resolubilidade na atenção básica. Por meio da discussão da segunda questão (Como as alterações podem influenciar na realidade de Chapecó?), a reflexão foi direcionada para o contexto específico do município e permitiu um diagnóstico situacional em relação ao ponto em discussão. Ainda, gerou colocações contextualizadas com essa realidade e abriu possibilidade de proposições, o que foi concretizado com a questão norteadora seguinte (Quais as proposições para avanços em direção à qualificação?). As propostas dos grupos giraram em torno dos desafios inerentes à atenção básica, em especial no contexto de mudanças implicado na PNAB, e foram colocados no sentido de qualificar os processos de trabalho e auxiliar na superação dos desafios. Destaques à proposta de adoção de território único de integração AB e VS; estudo de redefinição de territórios dos serviços de AB e; ampliação do acesso utilizando recursos tecnológicos como aplicativos de agendamento de consultas na AB. A oficina foi positiva ao passo que viabilizou um momento de reflexão e oportunizou a construção de conhecimentos a partir dos problemas que emergem da realidade, caracterizando-se como educação permanente em saúde[4], permitindo, ainda, avançar em direção à educação interprofissional e às práticas colaborativas[5], ao possibilitar a integração e o trabalho conjunto de profissionais de áreas diversas da gestão central do município. As ações propostas irão compor a matriz de planejamento municipal em saúde para o ano de 2019.

Considerações finais

A educação permanente em saúde constitui importante dispositivo para fomentar processos de mudança nas dinâmicas institucionais, ao tempo em que privilegia o conhecimento e favorece a reflexão compartilhada e sistemática por meio de alicerce teórico que embasa e fundamenta práticas de gestão e de atenção em saúde. A oficina configurou-se como um espaço participativo e de experimentação evidenciando que a gestão municipal de saúde tem grande responsabilidade na execução das políticas de saúde e, ao mesmo tempo, dispõe de inúmeras potencialidades ao direcionar e gerar as mudanças e

melhorias na organização e processos na atenção básica rumo às práticas colaborativas e em consonância com a PNAB. Espera-se tornar visível que encontros entre gestores para leituras, reflexões e discussões sobre políticas e programas propostos e em desenvolvimento, subsidiem a problematização e a construção coletiva e colaborativa de caminhos e possibilidades para o planejamento e intervenção em saúde, de forma a qualificar as práticas de gestão e de atenção no contexto do Sistema Único de Saúde.

Descritores

Educação; Fortalecimento institucional; Serviços de Integração docente-assistencial; Relações interprofissionais.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 OMS. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa, da Organização Mundial de Saúde (OMS), Genebra: OMS; 2010. Disponível em: https://goo.gl/VP1jpb

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

3 Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.

4 Ceccim RB, Merhy EE. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface - Comunic., Saúde, Educ. 2009; 13(1):531-42.

5 World Health Organization (WHO). Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice. Genebra: WHO/HRH/HPN/10.3; 2010. Disponivel em: https://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/. Acesso em: 12 jul 2017.

OFICINAS DE INSTRUMENTALIZAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: taxonomias nanda – i/noc/ nic

Autores

Ariel Larissa Scolari Teixeira[1];
Larissa Jaíne Pinheiro[2];
Júlia Valeria de Oliveira Vargas Bitencour[3]

E-mail para correspondência

ariellarissascolari@gmail.com

Resumo

Introdução

O processo de enfermagem (PE) é uma metodologia que conduz o desenvolvimento do raciocínio clínico intrínseco a avaliação de saúde do paciente, cuja abordagem visa o conhecimento sobre a pessoa, família ou comunidade a ser atendida pela equipe, promovendo atividades para melhoria de saúde e qualidade de vida. É de suma importância que os profissionais da equipe de enfermagem saibam sobre as finalidades do PE, bem como, sua estruturação, e ainda, saibam sobre priorização dos diagnósticos, atentando para as maiores necessidades do paciente naquele momento, podendo estas abranger as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual do cuidado de enfermagem. Conhecer os métodos e abordagens do PE facilitam o desenvolvimento das intervenções e cuidados com o paciente, assim como auxiliam a observação e avaliação dos resultados esperados, se o que foi proposto pelos enfermeiros está sendo funcional e eficaz ou precisa ser modificado. É pensando nisto que o projeto de extensão "Alinhan-

1 Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul;
2 Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul;
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

do o desenvolvimento do Processo de Enfermagem no curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul", traz como proposta o desenvolvimento de oficinas de instrumentalização dos Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) NANDA *International* (Diagnósticos de Enfermagem), *Nursing Outcomes Classification* "NOC"(Resultados de Enfermagem) e *Nursing Interventions Classification* "NIC" (Intervenções de Enfermagem), para operacionalização do PE em todas suas etapas (Coleta de dados, Diagnósticos, Resultados esperados, Intervenções e Avaliação), também procurando auxiliar no desenvolvimento do raciocínio clínico dos profissionais da área da saúde. Estas oficinas abarcam tanto profissionais atuantes na área, como estudantes e professores, propondo a integração e compartilhamento de saberes, a melhoria da operacionalização do PE e sua aplicabilidade na prática, e a conscientização do profissional enfermeiro de que cada paciente é um ser único, cuja a individualidade deve ser considerada. É importante destacar, que a realização do PE além de relevante cientificamente é um dever do enfermeiro realizá-lo, conforme determina a resolução 358/2009 do conselho de enfermagem[1]. **Objetivos:** O presente trabalho tem como objetivo a apresentação dos métodos e resultados do desenvolvimento de oficinas para o aprimoramento dos conhecimentos sobre o processo de enfermagem e as taxonomias utilizadas. **Método:** Foram desenvolvidos cinco encontros onde estavam presentes professores, estudantes e profissionais atuantes na área (enfermeiros e técnicos). Cada módulo trazia um tema principal do processo, e os encontros tinham todas a seguinte organização: pré teste, apresentação teórica do tema eleito com aula expositiva dialogada, logo após a realização de exercícios para aplicação prática da etapa trabalhada na oficina em subgrupos, finalizando com discussão do grande grupo sobre os resultados alcançados e um pós teste. O primeiro encontro abordou o conhecimento sobre PE e a utilização de instrumentos para a coleta de dados do paciente, nos módulos seguintes utilizaram-se os SLP Nanda - I, NIC e NOC, uma oficina para cada taxonomia. Por fim, o último encontro foi um momento para esclarecimento de dúvidas e fixação do conhecimento, em que os oficineiros desenvolveram um processo de enfermagem em todas as suas etapas, com o uso das taxonomias, baseados em uma história de saúde. Os encontros ocorreram cinco vezes para duas turmas, sendo um por mês para cada turma no segundo semestre do ano de 2018 nas dependências da Universidade Federal da Fronteira Sul. **Resultados e Discussão:** Pode-se analisar a importância dos conhecimentos adquiridos sobre o PE, pois os profissionais perceberam-se mais seguros quanto a tomada de decisões clínicas em relação aos pacientes e com uma melhor desenvoltura durante o raciocínio clínico. Acrescenta-se a vantagem de que a utilização do PE é um meio de comprovação das ações da enfermagem, através dos registros das etapas que são inerentes a sua execução, caso contrário, na grande maioria das vezes as ações da enfermagem passam despercebidas. Nas primeiras oficinas os profissionais, estudantes e professores enfatizaram em seus discursos que possuíam distanciamento com as referidas taxonomias, discursos que se comprovaram através da análise do percentual de acertos do pré teste. No final dos encontros com a realização do pós teste observou-se um aumento significativo dos acertos, bem como o bom desenvolvimento das atividades propostas, demonstrando a evolução dos participantes ao final dos módulos. Durante a socialização e o desenrolar das atividades várias dúvidas relacionadas a execução das etapas do PE e uso das taxonomias surgiram, aspecto que merece atenção, uma vez que, para além da teoria buscou-se sanar questões práticas. No último encontro os participantes demonstraram uma maior desenvoltura para a realização do processo de enfermagem correlacionando as situações de saúde. É de grande valia destacar que estas oficinas e o uso do método em si, permite o desenvolvimento do raciocínio clínico e empoderamento da enfermagem perante a prática profissional, sendo que as discussões e reflexões abrangem necessariamente o conhecimento científico. Para além do exposto, foi demonstrado aos participantes que na realização diária do PE, o uso dos SLP na íntegra tornam-se inviáveis, considerando o volume de informações e o tempo disposto, para tal foram apresentadas matrizes construídas pelos enfermeiros de um hospital do Oeste de Santa Catarina. Essas matrizes são um compilado dos SLP com base no perfil diagnóstico dos pacientes, e constitui uma ferramenta fundamental para a operacionalização do PE, característica essencial para consolidar sua implantação e implementação. Ademais, foi enfatizada a importância destas matrizes serem produzidas pelos professores, de acordo com a especificidade do componente curricular e o padrão diagnóstico, para que os alunos possam ter clareza e aprofundamento científico nas determinadas áreas de estudo. **Considerações finais:** Considerando a importância que o enfermeiro possui no papel de orientador de cuidados e promotor da qualificação e constante renovação de saberes de sua equipe, é factual que este profissional realize ações embasadas cientificamente, assim, a utilização do PE é regra, para tal é indispensável fazê-lo da melhor forma, uti-

lizando as taxonomias citadas, estas correspondem ao melhor meio de aplicação estes conhecimentos. Com tudo para que o profissional desenvolva estas atividades da melhor forma possível é necessário que ele compreenda todo o processo de desenvolvimento do PE, com este intuito o projeto de extensão trouxe as oficinas de instrumentalização NNN, auxiliando na construção do aprimoramento desses profissionais e estudantes.

Descritores

Educação em saúde; Processo de enfermagem; NANDA; NOC; NIC;

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

REferências

1 Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 358 de 15 de outubro de 2009: Dispõe sobre a SAE e o PE e dá outras providências. Rio de Janeiro, COFEn; 2009. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na internet]. Brasília; 2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 04 mar 2019.

OS BENEFÍCIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DO CHECK LIST DA AMAMENTAÇÃO NA MATERNIDADE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Simone Kappes[1]
Bruna Laís Hardt[2]
Silvania Fabicz [3]
Érica de Brito Pitilin[4]

E-mail para correspondência

sih_sjo@hotmail.com

Resumo

Introdução

O leite materno é o alimento ideal para a vitalidade do Recém-Nascido (RN), uma vez que é composto de todas as vitaminas e nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento adequados. Considerando o teor nutritivo deste alimento, além de promover a saciedade do RN, ele contém propriedades imunológicas, que auxiliam e o protegem de infecções, de doenças respiratórias e da hospitalização. Dessa forma a amamentação exclusiva até o sexto mês de vida do lactente, permite que este tenha o seu desenvolvimento melhorado, bem como fortalece o vínculo entre o binômio mãe-bebê. Para a mulher os benefícios são ainda maiores, entre eles estão a diminuição do estresse, a involução uterina de forma mais acelerada e o retorno físico ao peso pré-gestacional potencializado[1]. No âmbito da família, as vantagens da amamentação são relacionadas ao baixo custo, a facilidade e a praticidade, sendo a

1 Acadêmica da 9ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/ Campus Chapecó-SC.
2 Acadêmica da 9ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/ Campus Chapecó-SC.
3 Acadêmica da 9ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)/ Campus Chapecó-SC.
4 Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem (UNIFESP), docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

livre demanda do aleitamento materno uma atividade considerada como uma prática fundamental para a promoção, proteção e apoio à saúde de crianças, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (MS). A amamentação apesar de ser tratada como um instinto natural, exige ensinamentos, paciência e um conjunto de circunstâncias que envolvem a família em um meio social e cultural, necessitando de respeito de todos os profissionais da saúde quanto a conduta da mulher a ser tomada[2]. Neste contexto a técnica adequada da amamentação é um fator decisivo para o seu sucesso. O posicionamento correto do lactente para uma boa pega, permite o completo esvaziamento da mama, com o subsequente aumento da produção do leite e evita o aparecimento de fissuras mamilares e possíveis ingurgitamentos mamários[3].

Objetivos

Refletir sobre a implementação do Check List da amamentação nas maternidades dos hospitais, para observação e avaliação da efetividade do processo, elencando quais os sinais de normalidade e quais os sinais de alerta em cada situação.

Método

O presente trabalho enquadra-se na pesquisa quantitativa, efetuada a partir de uma observação no período de Atividades Teórico Práticas do curso de graduação em Enfermagem, sendo este relacionado a pesquisas documentais que buscam ressaltar a importância do aleitamento materno e os resultados da amamentação para a mulher e para o lactente.

Resultados e Discussão

A prática da amamentação ao longo da história, é tratada como uma atividade natural, cujo a qual é de consciência da mulher considerando que esta é a provedora da ação. Entretanto com o passar dos anos, alguns fatores começaram a contribuir para a dificuldade do aleitamento materno pela amamentação resultando no desmame precoce do lactente. Entre estes fatores podem ser citados o trabalho, a falta de conhecimento sobre a amamentação e sobre a ordenha, as condições socioeconômicas, a escolaridade e traumas e lesões mamilares[3]. Neste sentido, tendo ciência das dificuldades encontradas pelas mães durante o processo da amamentação, aplicou-se um Check List da amamentação no setor da maternidade contida no Hospital Regional do Oeste (HRO), com o intuito de identificar quais as limitações e quais as potencialidades de cada mulher durante a ação. A implementação deste instrumento foi efetuada a partir de uma observação da amamentação e em resultado dela, realizou-se um reconhecimento dos sinais de normalidade e dos sinais de alerta pelos quais a mulher estaria passando. Foram realizadas dez observações de mães no processo de amamentação, e a partir desta coleta de dados observou-se que os sinais de alerta mais incidentes são aqueles nos quais a mãe não nota que o leite desce com 5 casos, o bebê não procura o peito com 3 casos, seguidos da aparição do bebê adormecido ou doente, nervoso ou chorando, dedos sobre a aréola, sucções rápidas e superficiais, bochechas encovadas enquanto mama e a mãe retira o bebê do peito, com 2 casos em cada situação. Quanto aos sinais de normalidade os principais destaques enquadram-se nos sinais de afeto da mãe para com o bebê, o lábio inferior virado para fora, mais visibilidade da aréola por cima da boca, boca bem aberta, sucção lenta e profunda, com pausas, o queixo tocando a mama, ambos parecendo saudáveis, entre outros. Tendo em vista os sinais recentemente mencionados, durante cada momento de amamentação, as mulheres foram ouvidas quanto as suas dificuldades e auxiliada para solucioná-las, além de serem munidas de informações pertinentes às suas situações e encorajadas a não desistirem da amamentação, uma vez que esta apresenta inúmeros benefícios tanto para ela como para o seu bebê.

Considerações finais

A partir das observações efetuadas, foi possível perceber que a implementação do Check List da amamentação na maternidade, contribuiu para analisar quais são as dificuldades mais pertinentes no setor, permitindo o desenvolvimento de orientações e auxílio para uma amamentação ideal e satisfatória ao binômio. Além disso, foi notável o papel dos profissionais em enfermagem quanto a informatização da técnica da amamentação às mães, pois esta promoveu a pega adequada do bebê, bem como um maior relaxamento da mulher durante todo o processo da mamada. Pode-se inferir que a utilização do Check List da amamentação, nesta pesquisa utilizado com base no livro: Manual prático de Aleitamento Materno, resultou em experiências exitosas, pois permitiu a satisfação do bebê com a nutrição ofertada e auxiliou à mãe na técnica correta da amamentação diminuindo traumas mamários e estabelecendo o seu conforto. Ainda, através da sua aplicação, pode-se aproximar o contato dos profissionais da saúde com a família, estabelecendo um aumento da relação interpessoal, fazendo com que os usuários se sentis-

sem confiantes para explanar sobre as suas dúvidas e angústias quanto a sua nova rotina de vida. Desta forma, atribui-se que a aplicação do Check List da amamentação, contribui para a informatização da família quanto a ação, como também auxilia na efetividade da mamada para a mãe e para o lactente, permitindo com que ambos desfrutem desta experiência única e necessária. A enfermagem como profissão norteadora do cuidado, tem como atribuição principal promover as orientações necessárias quanto aos cuidados durante a amamentação, averiguando a pega correta do bebê e a satisfação da mãe diante do aleitamento materno, certificando-se de que o binômio permaneça com o desenvolvimento físico e emocional saudáveis.

Descritores

Amamentação; Benefícios do aleitamento materno; Promoção da saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Antuner LS et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 2007; 13(1):103-109. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/14.pdf

2 Rocha NB et al. O ato de amamentar: um estudo qualitativo. Physis Revista de Saúde Coletiva, 2010; 4(20):1293-1305. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n4/a12v20n4.pdf

3 Lucas FD. Aleitamento Materno: Posicionamento e pega adequada do recém-nascido, 2014. 25 f. TCC (Graduação) - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais; Minas Gerais, 2014.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NA INFÂNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Cristiane Taise Padilha[1]
Luana Roberta Schneider[2]
Lucimare Ferraz[3]

E-mail para correspondência

cristianypadilha@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Considera-se que a criança corre riscos de acidentes em tempo integral. No entanto, os acidentes podem ser evitados com adaptações em nossas casas, além de termos a consciência que os riscos que as crianças estão submetidas podem ser com as coisas mais simples.[1] Acidente é definido como um evento não intencional e evitável, que causa lesões físicas e emocionais e ocorre no ambiente doméstico ou social, como trabalho, trânsito, esporte, lazer. Estes incluem queda, afogamento, sufocação, intoxicação, queimadura, choque elétrico, acidente com armas de fogo ou arma branca, entre outros.[2] Embora o termo acidente tenha um sentido de imprevisibilidade, os eventos mencionados acima podem ser caracterizados quanto à causa, origem e determinantes epidemiológicos, e, portanto, poderiam ser evitados e/ou controlados.[3] Os acidentes na infância são um grande problema na saúde pública mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mais de 950.000 crianças e adolescentes morrem anualmente. Corroborando, o Ministério da Saúde, afirma que a maioria dos acidentes na infância e adolescência são evitáveis. Entende-se que a criança traz consigo a busca por respostas, explicações e descobertas e com essa conotação, de serem crianças e seres imprevisíveis,

1 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
2 Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
3 Enfermeira, Doutora em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

ocorrem mais acidentes na infância.[4] Nesse contexto, a enfermagem exerce um papel importante na prevenção de acidentes na infância, sendo que uma das estratégias para é a educação em saúde. A educação é um processo de construção que requer tempo, dedicação e continuidade, tornando-se necessário que se inicie precocemente, o que justifica que as primeiras noções de prevenção de acidentes devem ser inseridas na fase mais precoce da vida.[1]

Objetivo

Relatar uma prática assistencial, desenvolvida em uma organização não governamental, com vistas à prevenção de acidentes na infância, à luz da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de Prática Assistencial, que ocorre na nona fase do curso de graduação em enfermagem da universidade Comunitária da região de Chapecó - Unochapecó no componente Curricular Núcleo 17: Estágio supervisionado II. Desta forma o projeto da Prática Assistencial conduzido pelo eixo 2, formação, práticas de ensino e educação em saúde, do curso de enfermagem almejou implementar medidas de prevenção de acidentes na infância. A Prática ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2019 e o local escolhido para o desenvolvimento das atividades foi o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), vinculado ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), no município de São Carlos, Santa Catarina. O SCFV possui aproximadamente 120 crianças nos turnos matutino e vespertino, e serve almoço para crianças em situação de vulnerabilidade social. O serviço dispõe de 16 funcionários, entre eles assistentes sociais, nutricionista, psicólogo, monitora pedagógica, instrutor de música, informática, judô, artesanato, educação física. Os participantes da Prática Assistencial são as crianças na faixa etária entre cinco a 12 anos de idade incompletos, que frequentam o SCFV, cadastrados no programa da bolsa família ou de baixa renda. Para a realização desta Prática Assistencial, foi assegurado o respeito e compromisso ético e a proteção das crianças envolvidas, bem como assinado pelos pais o termo de consentimento livre esclarecido e o termo para uso de imagem e voz, esclarecendo a natureza da prática assistencial, seus objetivos e métodos utilizados.

Resultados e Discussão

A aproximação no cenário da prática assistencial favoreceu o aprendizado, tanto da estudante quanto das crianças. Para isso, primeiramente foi realizado a construção de um cronograma de aulas com a temática prevenção de acidentes na infância. Foi desenvolvido com a turma I e II, matutino e vespertino, uma atividade educativa em que as crianças deveriam desenhar ou escrever algo que vinha em sua mente quando se fala no tema acidente na infância. A segunda atividade foi com as turmas III e IV, matutino e vespertino, com apresentação em slides com a temática Prevenção de Acidentes na Infância "cuidado e atenção são indispensáveis", descrevendo os tipos de acidentes mais comuns na infância e como preveni-los. Também foram passados filmes educativos e atividades de colorir e cruzadinhas para completar e, por último foi realizado uma visita técnica ao corpo de bombeiros, para conhecer os profissionais que atuam no Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU) e as atividades que desenvolvem e a estrutura física, assim como a ambulância. A prevenção dos acidentes na infância perpassa também pelo trabalho dos profissionais da saúde que, através do estabelecimento de ações educativas, pode orientar os familiares e professores quanto aos riscos de acidentes domiciliares e na escola. Este esclarecimento está garantido pela Constituição Brasileira e o Estatuto da Criança e do Adolescente.[5]

Considerações finais

Ao término da prática assistencial, tenho a certeza que obtive um enorme aprendizado optando pelo Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, para realizar o estágio supervisionado. Apesar das diversas inseguranças e receios, foi possível tirar proveito de cada situação para aperfeiçoar meu aprendizado. Obtive experiências de muitos conhecimentos que foram além da temática proposta, vivenciei diversas emoções e tive a percepção de um mundo cheio de amor envolvendo essas crianças. Devo reconhecer que tive um acolhimento muito bom por parte dos profissionais que trabalham no SCFV, assim foi gratificante e muito prazeroso desenvolver o estágio naquele contexto. O respeito e confiança foram conquistados dia após dia. Como futura enfermeira essa atividade me influenciou positivamente, pois a medida que as ações desenvolvidas foram sendo repassadas para as crianças e adolescentes, consegui consolidar os conhecimentos adquiridos, bem como possibilitou a reflexão sobre o tema trabalhado. Assim, adquiri confiança para os

próximos desafios da graduação, bem como para a vida profissional.

Descritores

Prevenção de acidentes; Crianças, Enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Andraus LMS; Minamisava R, Borges IK, Barbosa MA. Primeiros Socorros para criança: relato de experiência. Acta Paulista de Enfermagem, 2005; 18(2):220-5.

2 Brasil. Ministério da Integração Nacional. (MI). Secretaria Nacional de Defesa Civil. (SEDEC). Redução das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância. 2. ed. Brasília, 2002.

3 Belela-Anacleto Santa Cruz, A.; Mandetta, MA. Prevenção de acidentes na infância: uma convocação da "Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras". Acta Paulista de Enfermagem [Internet]. 2016; 29(5):VII-VIII.

4 Pordeus AMJ; Fraga MNO; Pessoa TNFP. Mortes por causas externas em Fortaleza: Contextualização Epidemiológica das Mortes por Causas Externas em Crianças e Adolescentes de Fortaleza na Década de Noventa, RBPS 2006; 19(3):131-139.

5 Brasil. Lei nº 12.696, de 25 de julho de 2012. Altera os arts. 132, 134, 135 e 139 da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para dispor sobre os Conselhos Tutelares. Senado Federal. [Brasília], 2012.

PRIMEIRA EXPERIÊNCIA NA UNIDADE DE ONCOLOGIA: UMA NOVA DIDÁTICA EMPREGADO ÀS ATIVIDADES TEÓRICO PRÁTICAS

Autores

Roberta Eduarda Grolli[1]
Simone dos Santos Pereira Barbosa[2]
Beatriz Bertoncello[3]
Vander Monteiro[4]

E-mail para correspondência

robertaeduarda06@gmail.com

Resumo

Introdução

No curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, *campus* Chapecó-SC, desde as fases iniciais os acadêmicos são inseridos em atividade teórico práticas, gerando a integração do serviço, academia e comunidade. Nesse contexto no segundo semestre de 2018 foi possibilitado para acadêmicos da 6ª fase a adentrarem pela primeira vez na Unidade de Oncologia de um hospital referência na região Oeste. Para facilitar a didática e fluir o aprendizado das acadêmicas em questão, o docente supervisor e orientador utilizou de didática diferenciada para gerenciar o campo explorado, tornando as atividades executadas cada vez mais próximas à condizentes com a atual demanda dos profissionais enfermeiros.

Objetivo

Esse trabalho tem por objetivo relatar como foi a experiência de cinco acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da UFFS, durante sua vivência

1 Acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó
2 Acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS, campus Chapecó
3 Académica da Universidade Federal da Fronteira Sul- UFFS
4 Docente do Curso de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó.

em uma unidade oncológica, onde utilizaram a dinâmica "Enfermeiro do dia" proposta pelo professor orientador no campo da Atividade Teórico Prática - ATP.

Métodos

Dentre os meios utilizados para estruturação dos cursos, a UFFS dispõe de um Projeto Pedagógico do Curso PPC, para cada área de formação disposta na instituição. Para a graduação em Enfermagem é previsto que no 6º período os acadêmicos regularmente matriculados cursem o componente curricular "O cuidado no processo de viver humano I", dividido em 12 créditos teóricos na sala de aula e 10 créditos práticos no serviço de saúde presente em Chapecó - SC. Entre os assuntos abordados no PPC, encontrava-se o tema "Assistência de Enfermagem nos cuidados paliativos", qual foi apresentado e discutido em sala de aula com orientação dos docentes regularmente dispostos no componente. Após estudos teóricos os discentes foram divididos por sorteio em grupos com 5 pessoas e inseridos no campo de práticas. Para atender o pré-requisito relacionado aos cuidados paliativos, foi explorado a unidade oncológica de um hospital de referência na região. Logo no primeiro dia de atividades foi proposto pelo orientador a dinâmica do "Enfermeiro do dia", atividade que uma das acadêmicas fica no papel de Enfermeira gestora, devendo dimensionar e supervisionar as atividades de suas colegas, além de apresentar-se e dialogar sobre o andamento da assistência com os pacientes assumidos por suas respectivas quatro colegas na unidade. Ao final de cada dia era divulgado quem seria a próxima Enfermeira do dia, proporcionando tempo para que a mesma se preparasse para a atividade. Para auxiliar no controle dos pacientes a "enfermeira do dia" utilizava um instrumento com os dados de identificação e quadro clínico do paciente, mesmo instrumento que amparava os profissionais da instituição desenvolver suas tarefas. Ao final da atividade, quando todas passaram pela posição de Enfermeiro gestor foi realizado uma socialização das experiências e um feedback por parte de orientador para as mesmas, relatando os pontos forte e o que deveria ser aperfeiçoado para uma gestão e assistência mais sistematizada e condizente com cada quadro clínico presente. As tarefas desenvolvidas visavam atender as demandas de pacientes em cuidados paliativos durante o tratamento de neoplasias malignas, auxiliando no processo de formação do profissional enfermeiro. O escopo das atividades realizadas foi aproximação da academia com a realidade presenciada pelos Enfermeiros coordenadores da unidade, buscando formar profissionais cada vez mais preparados para realidade dos serviços de saúde.

Resultados e Discussão

Além de aplicar os conhecimentos teóricos a vivência permitiu que fosse realizado uma reflexão sobre o papel do Enfermeiro em cada unidade, tanto hospitalar quanto atenção básicas. Foi possível presenciar como é a rotina e qual seu real importante na organização do setor. Observa-se que muitas vezes podem haver críticas quanto ao processo de assistência, mas quando confrontados no lugar de quem está recebendo as mesmas, a maneira como julgamos o serviço se diversifica, buscando primeiramente uma solução, antes de apontar uma crítica. Outra mudança foi quando a forma de compreender de diferentes maneiras o sofrimento do outro. Há trabalhos que abordam relatos de alunos de graduação em Enfermagem sobre a dicotomia empregada entre o saber técnico e saber humano presenciados nos campos práticos[1]. Mesmo nos campos práticos, por vezes os acadêmicos se deparam com situação semelhantes ao conceito de educação bancária trabalhada por Paulo Freire, qual aborda um modelo de um narrador e outro ouvinte, sendo executado apenas atividade o que são solicitadas por seu orientador[2]. Nessa concepção, destaca-se que situações desafiadoras, que colocam os indivíduos em evidência faz com que os mesmos reinventem suas aquisições cognitivas, diferenciando situações banais daquelas problematizadoras[3]. Após as experiências evidenciadas, as acadêmicas ampliaram seu olhar crítico quanto aos serviços de saúde e dimensionamento de tarefas, passando a ter uma maior aproximação com a gestão organizacional do setor explorado. Foi observado que é possível haver meios de conduzir as atividades no ambiente hospitalar além das tradicionais, deixando o acadêmico mais próximo da realidade do serviço. Também, pode-se afirmar que foi executado com êxito todas as tarefas solicitadas e absorvido os aprendizados objetivados desde a sala de aula até os campos praticados. Além de proporcionar as acadêmicas a interpretação do paciente em sua integralidade, podendo direcionar uma linha de cuidado conforme sua necessidade e realidade no ambiente hospitalar, como visualizar a continuidade desse cuidado.

Considerações finais

Atividade teóricos práticas auxiliam para além da formação do acadêmico, como também propiciam a interação academia e comunidade externa, acrescen-

tando no crescimento da preparação do profissional. Conclui-se que quando é propiciado aos acadêmicos meios alternativos de ensino, os mesmos conseguem de ver se forma mais concreta seu papel como atual

estudante e futuro profissional da enfermagem.

Descritores

Enfermagem; Oncologia; Educação.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Casate JC; Corrêa AK. Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. Rev Esc Enferm USP *on line*, 2006; 40(3):321-8.

2 Freire P. Pedagogia do Oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 25 ª ed. (1ª edición: 1970).

3 Figueiredo, MFS; Rodrigues-Neto, JF; Souza, MTL. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm. Brasília, 2010; 63(1).

PRODUZINDO BOAS PRÁTICAS DE SAÚDE E ENFERMAGEM NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Autores

Luanna dos Santos Vieira[1],
Bianca de Lima Broca[1],
Drielli Carolina Piva[1],
Bernarda Cesira Cassaro[2],
Silvana dos Santos Zanotelli[3],
Denise Antunes de Azambuja Zocche[4]

E-mail para correspondência

denise.zocche@udesc.br

Resumo

Introdução

Ao longo destes trinta anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) vem sendo implantado como um processo social em permanente construção, orientado por políticas públicas de saúde implementadas no sentido de promover o desenvolvimento de ações que garantam a integralidade da atenção e o acesso dos usuários. Este cenário exige por parte dos gestores e profissionais da saúde um processo de educação permanente a fim de dar conta das necessidades de saúde individuais e coletiva, da população em determinado território. Para tanto, o Ministério da Saúde vem instituindo políticas e programas de saúde com vistas a superar esta fragmentação e fomentar movimentos de mudança na formação. Entre elas destaca-se a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), a Política de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), e a importância de fundamentar práticas de saúde na melhor evidência disponível e de traduzir o conhecimento ou evidência em ação.[1] Nessa perspectiva, acredita-se que os processos educativos, via educação permanente, educação continuada podem ser considerados como estratégias naturalmente integrante nos três níveis da atenção à saúde

1 Acadêmico(a) do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Bolsista extensionista
2 Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Voluntario de Extensão
3 Enfermeira. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina.
4 Enfemeria. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina

(primária, secundária e terciária), haja vista que as atividades e ações de educação em saúde têm como foco a prevenção de doenças. Frente a este contexto, entende-se que a atividade de atividades educativas que promovem a integração e mobilização de saberes em grupo é uma tecnologia de cuidado a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde, visando o empoderamento e a autonomia de sua clientela.[2] Abordagens em pequena escala, como as oficinas, capacitação, reuniões educativas em que a participação é geralmente ativa e a educação interativa podem ser mais eficazes, no entanto pouca evidência de pesquisa suporta isso.[3] Neste sentido, as propostas de aliar processos educativos para o desenvolvimento de boas práticas leva em consideração as lacunas na assistência na APS na região oeste de Santa Catarina e do município, no sentido de fomentar e fortalecer as estratégias de formação e educação permanente em saúde no contexto da atenção à saúde da mulher, criança e adolescente.

Objetivo

Fortalecer os processos de qualificação dos profissionais que compõem as redes no âmbito municipal, regional e estadual com foco nas Redes de Atenção à Saúde, para o desenvolvimento de Boas Práticas em saúde e enfermagem pautadas em praticas baseadas em evidência.

Metodologia

Relato das atividades extensionistas do Programa de Extensão "Produzindo boas práticas na rede de atenção a saúde no município de Chapecó". Utiliza-se metodologia ativa por meio de reuniões de grupo do programa de extensão educativas, oficinas temáticas, capacitações, rodas de conversa, formulação e apresentação de resumos e criação de materiais educativos produzidos e coordenadas por discentes do curso de enfermagem e professores enfermeiros do programa. As atividades foram realizadas no período que compreende os meses de março a dezembro de 2018 e tem como público alvo, acadêmicos de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros assistenciais e gestores dos serviços de saúde da região e do estado de SC. Algumas ações foram realizadas no municipio, outras em municípios da região oeste e outras em Florianópolis e Balneário Camboriú. As atividades foram desenvolvidas no município, na região e a nível estadual pela Comissão de Integração ensino e serviço (CIES -Estadual). Contou com a participação de acadêmicos e docentes, viabilizando um processo contínuo e linear de aprendizado.

Resultados e Discussões

No âmbito estadual realizou-se duas ações: criação e aprovação de instrumento de avaliação estadual das ações de educação permanente e o assessoramento das escolas e cursos de graduação em enfermagem de Santa Catarina na reformulação dos PPC a partir da publicação das novas DCN para os cursos de graduação em enfermagem, com foco para o desenvolvimento da Prática Baseada em Evidência em enfermagem. Foram realizados dois encontros com coordenadores de curso e representante do NDE dos respectivos cursos em período que antecede o 16 SENADEN e 13 SINADEN que aconteceu na cidade de Florianópolis de 05 a 08 de junho de 2018. Nas ações de âmbito municipal, sobre boas práticas dirigidas foi realizada a criação materiais educativos sobre Métodos Contraceptivos e materiais infográficos com a temática saúde da criança relacionada à higiene e alimentação saudável. Ainda no município de Chapecó, foram realizadas duas oficinas temáticas abordando a consulta de enfermagem ginecológica e cuidados de saúde nas infecções sexualmente transmissíveis. Outra ação ainda voltada à boas práticas foi uma oficina sobre Busca na base de dados e revisão de Protocolos Assistenciais, visando fomentar o conhecimento dos participantes acerca dos materiais e publicações existentes, necessários para a construção de protocolos de saúde da mulher, estas abrangendo também temáticas como Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na gestação. Ainda no municipio de Chapecó, foram realizadas duas oficinas temáticas com 35 sobre o currículo Lattes com acadêmicos de diversas fases da graduação e enfermeiros da RAS, uma oficina voltada à compreensão das melhores práticas baseadas em evidências e duas oficinas contaram com as temáticas busca na base de dados e revisão de Protocolos Assistenciais, visando fomentar o conhecimento dos participantes acerca dos materiais e publicações existentes, assim como, analisar se há ou não insipiência nestes estudos.

Considerações finais

Através das atividades executadas durante o período, foi possível viabilizar a integração entre ensino e serviço e salientar a necessidade de compreensão quantos aos instrumentos de busca em bases de dados, bem como a importância dos instrumentos utilizados nos processos gerenciais e de gestão em saúde, como os protocolos. Além de potencializar a capacidade investigativa dos acadêmicos e enfermeiros da RAS para desenvolverem métodos de tomada de decisão frente às práticas cotidianas dos serviços

de saúde e enfermagem. Estas ações contribuem para a qualificação e a formação de profissionais mais autocríticos e reflexivos cujas práticas possam contribuir efetivamente para a qualificação do Sistema de Saúde vigente no país.

Descritores

Redes de Atenção à Saúde. Prática Baseada em Evidência. Enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste

Referências

1 Pearson, A, Jordan, Z, Munn, Z. Translational science and evidence-based healthcare: a clarification and reconceptualization of how knowledge is generated and used in healthcare. Nursing research and practice, 2012, 2012.

2 Souza, JM, Tholl, AD, Córdova, FP, Heidemann, ITSB, Boehs, AE.; Nitschke, RG. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2014; 19(7):2265-2276.

3 Côrtes, CT, et al. Metodologia de implementação de práticas baseadas em evidências científicas na assistência ao parto normal: estudo piloto. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2015; 49(5):716-725.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

PROGRAMA DE MONITORIA EM ENFERMAGEM COMO ELEMENTO CONSTITUINTE NA FORMAÇÃO ACADÊMICA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Heloisa Schatz Kwiatkowiski[1];
Mayara de Oliveira Walter[2];
Eleine Maestri[3];
Aline Massaroli[4];
Julyane Felipette Lima[5]

E-mail para correspondência

helosk2015@hotmail.com

Resumo

Introdução

A monitoria acadêmica é entendida como um contínuo processo de ensino e aprendizagem entre discentes coerentemente com as necessidades da formação de nível superior. Se constitui em um importante meio de aprimoramento da formação do discente-monitor, que tem a oportunidade de experienciar a iniciação à docência, objetivo principal dos programas de monitoria. Particularmente, a monitoria nos cursos de graduação em Enfermagem abarca aspectos muito amplos, que não se restringem somente às práticas da equipe de Enfermagem, visto que a profissão do Enfermeiro perpassa cotidianamente o âmbito educativo em quaisquer que sejam seus ambientes de trabalho. Dessa forma, tais pro-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

2 Acadêmica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, coordenadora do curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem, docente do curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

5 Enfermeira. Doutora em Ciências, docente do curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

gramas buscam complementar a formação, que por vezes se mostra carente de ferramentas que estimulem a inserção no campo da docência.[1]

Objetivos

Relatar a experiência das discentes-monitoras do Laboratório de Semiologia e Semiotécnica do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul e os impactos de tal conjuntura na formação acadêmica.

Método

Trata-se de um relato de experiência, com métodos descritivos e observacionais a partir das atividades desenvolvidas na monitoria do Laboratório de Semiologia e Semiotécnica para o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó no período de agosto a dezembro de 2018. Majoritariamente fizeram parte das atividades os acadêmicos da 4ª fase do curso de Enfermagem, os quais estavam cursando o Componente Curricular Fundamentos para o Cuidado Profissional I, além de discentes da 6ª fase pelo componente de Cuidado no Processo de Viver Humano I. Tais métodos foram embasados nas experiências vivenciadas pelas monitoras durante as atividades, bem como, nos registros da atividade de monitoria, tais como horário mais frequentado, dúvidas mais frequentes e evolução dos discentes durante o semestre. Além disso, foram realizadas reuniões com os docentes do Componente Curricular a fim de avaliar a efetividade da monitoria.

Resultados e Discussão

Durante as atividades de monitoria, pudemos observar que os estudantes compareceram majoritariamente em períodos noturnos (57%), seguidos do período vespertino (28%) e matutino (15%), e anterior ao período de inserção nos campos de atividades teórico-práticas (ATP), dado que evidencia a necessidade de monitores para o Laboratório a fim de realizar atividades em contraturnos, ou seja, horários em que os discentes não estejam em aula, pois a necessidade de treinamento das práticas e estudos teóricos não é suprida em sua totalidade nos horários disponibilizados pelas técnicas responsáveis pelo Laboratório, além de que estas têm carga horária restrita, o que inviabiliza o planejamento antecipado de atividades e efetivo monitoramento das atividades dos acadêmicos. Outras vantagens da existência de monitores são os relatos que estes podem fazer sobre as ATPs a fim de tranquilizar e preparar os alunos para relacionar a técnica praticada no Laboratório com o cuidado prestado ao paciente nos campos de ATP. Durante o semestre, as monitoras proporcionaram algumas estratégias diferentes de aprendizado, a fim de permitir aos alunos identificar a melhor forma de apreender o conteúdo, além de abordar com mais tempo assuntos vistos em sala de aula. Assim, foram as estratégias: simulações de diversas situações, como sinais vitais e exame físico, em que o discente praticava todos as etapas do cuidado, desde a preparação do material e desinfecção de materiais, perpassando pela abordagem ao paciente, identificação segura, as técnicas, descarte de materiais no expurgo e anotação de enfermagem, com o objetivo de prepará-los para situações reais com as quais irão se deparar. Foi utilizada também iniciação à interpretação dos dados coletados, para destacar a importância da qualidade da coleta de dados e execução das técnicas; estudos teóricos, principalmente sobre coberturas especiais, objetivando facilitar a apreensão deste conhecimento que, inicialmente, pareceu pouco palpável; orientação prática de conteúdo não abordado em sala de aula (anotação de enfermagem), com passo a passo da anotação de cada procedimento e exemplo real; e avaliação simulada de todo o conteúdo abordado durante o semestre, com a intenção de preparar os alunos que ficaram em recuperação e auxiliar os demais a identificar pontos que necessitam de estudo. Ao final do semestre, após as últimas monitorias e reuniões com as docentes de Fundamento para o Cuidado Profissional I, percebeu-se que os alunos apresentaram significativa evolução nas práticas, principalmente em aspectos relacionados à segurança nos procedimentos e atendimento observadas no desempenho destes nas ATPs. Além disso, identificamos também que as monitorias ajudaram as discentes-monitoras em suas próprias atividades e estudos em outros componentes, pois reforçou o conhecimento até então adquirido e possibilitou novas discussões e aprendizados com os discentes de outras fases, além do que as induziu a dominar com maior intensidade o conteúdo, a fim de compartilhá-lo de uma forma mais clara e fácil.

Considerações finais

Percebeu-se, portanto, que as atividades de monitoria contribuem para a evolução do aluno durante o componente, não apenas de forma prática e teórica, mas também com relação à segurança e redução da ansiedade antes e durante as práticas. Além disso, assegurou-se também o processo de ensino e aprendizado que é intuito do programa de monitoria, pois

além de compartilhar o conhecimento, ele é construído conjuntamente com os discentes e discentes-monitores, de forma a estabelecer discussões e compreensões diferentes a cada orientação. Por fim, destaca-se a importância dos programas de monitoria no curso de Graduação em Enfermagem, pois tais evoluções e estratégias de aprendizado aqui descritas não seriam proporcionadas sem a sua existência.

Descritores

Monitoria; Ensino; Estudantes de enfermagem; Educação em enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

UFFS - EDITAL Nº 11/ACAD - CH/UFFS/2018.

Referências

1 Chaves, MJC; Barbosa, ES; Nóbrega-Therrien, SM. Influência da monitoria acadêmica na formação do ser docente na enfermagem: um relato de experiência. Revista COCAR, Belém, 2017; 11(22):202-27.

A PALHAÇARIA COMO PROMOTORA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ADESÃO AO TRATAMENTO PARA CRIANÇAS COM HIV/AIDS

Autores

Eliziane Santos[1];
Samuel Spiegelberg Zuge[2];
Crhis Netto de Brum[3]

E-mail para correspondência

santoseliziane@hotmail.com

Resumo

Introdução

A infecção causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem diversas fases de progressão até chegar ao quadro da doença chamada Síndrome da imunodeficiência adquirida (aids), caracterizada por uma imunodeficiência grave. No Brasil se tornou uma doença de caráter crônico, devido os seus avanços na possibilidade de tratamento e as crianças passaram a compor esse grupo que requer cuidados especiais. Contudo, com os recentes avanços no tratamento antirretroviral, a expectativa de vida das crianças com HIV/aids aumentou consideravelmente, mas apontou demandas de cuidado relacionadas à própria terapia antirretroviral relacionada a adesão a essa medicação(1). Nesse caso, crianças que convivem com HIV e não apresentam uma adesão satisfatória ao tratamento, sofrem os efeitos do vírus no sistema nervoso central o consequente atraso no desenvolvimento cognitivo e motor(1). Diante disso, torna-se necessário pensar em estratégias que auxiliem a criança a ingerir as doses das medicações. Neste contexto, a utilização do lúdico pode ser considerado

1 Acadêmica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Voluntária do Programa Enferma-Ria
2 Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ).
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC).

um facilitador neste processo aliado a palhaçaria no contexto da saúde. A ferramenta da palhaçaria como um recurso lúdico, atua como agente transformador do processo de saúde doença ao promover espaços de interlocução coletiva acessível ao vocabulário e compreensão da criança. O palhaço induz diretamente as emoções, com o mínimo de falas ou gestos. Auxilia na expansão dos limites de comportamento bem como maximiza suas potencialidades. Sua ação, caracterizada pela imprevisibilidade, ensina que nada persiste, e favorece a relação com o presente[2].

Objetivos

Relatar o uso da palhaçaria como promotora de educação em saúde na adesão ao tratamento para crianças com HIV/AIDS.

Método

Trata-se de um relato de experiência das ações de educação em saúde desenvolvidas pelo Programa Enferma-Ria: a palhaçaria como ferramenta na promoção da saúde criança vinculado à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó (UFFS/SC) como demanda espontânea. As ações foram desenvolvidas no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), conhecido como Hospital Dia, no Município de Chapecó. Atende usuários/pacientes soropositivos e seus parceiros que não possuem o vírus, gestantes soropositivas, crianças expostas ao vírus (durante a gestação de mãe soropositiva), vítimas de violência sexual, profissionais que tiveram contato com material biológico (exposição ocupacional) e usuários/pacientes que necessitam de profilaxia pós exposição sexual (PEP). A parceria com o SAE/Hospital Dia iniciou em 2015. Conta com a participação de acadêmicos de enfermagem, medicina e pedagogia. Os acadêmicos fazem discussão e reflexão sobre a relevância do uso da palhaçaria na saúde, fazendo com que o lúdico auxilie na compreensão das crianças a aderirem ao tratamento. As atividades são desenvolvidas anualmente no mês de dezembro.

Resultados e Discussão

A ação é desenvolvida para as 27 crianças, entre 13 meninos 14 meninas, que o SAE/Hospital Dia atende. Anualmente, o serviço convida o Programa de Extensão Enferma-Ria para desenvolver ações em educação em saúde a respeito da adesão ao tratamento pois é uma das dificuldades que o serviço encontra. O projeto Enferma-Ria surgiu com intuito de vincular a palhaçaria a saúde, junto a área teórico prática da saúde da criança durante o período de graduação. As experiências com lúdico para as crianças proporcionam prazer, divertimento, alegria e grandes benefícios para o seu desenvolvimento psicossocial. O palhaço facilita ato de brincar utilizar do comum, das coisas sem valores, de sua curiosidade e capacidade de aceitar os erros para transformá-los em recursos cômicos, ajudando a criança se tornar capaz de racionalizar, imaginar, interpretar e criar, aspectos que propiciam sua autonomia sobre determinado assunto, conseguem ter iniciativa e possibilitando um amadurecimento para tirar conclusões de alguns fatos, bem como nos ensinam a respeitar regras e vivenciar conflitos competitivos[3]. Utilizando o lúdico como estratégia, é possível desmistificar a imagem dos medicamentos como algo ruim e transformar em algo bom por meio de brincadeiras que possibilitam uma comunicação mais efetiva, possibilitando os profissionais do serviço a utilizarem como ferramenta de manejo no tratamento de crianças. Tornando o espaço mais humanizado e de integração, onde haja vida, alegria, solidariedade humana e encontros entre as crianças e suas famílias, proporcionando troca de experiências do seu cotidiano[4]. Para dialogar a respeito da medicação usa-se o recurso de contação de histórias, brincadeiras, teatros aliados a figura do palhaço. Mediante a essa construção, estabelece-se a formação de vínculo com os profissionais e familiares das crianças pois sempre interagem e colaboram com a construção/consolidação de cada ação. A complexidade posológica é um dos desafios à efetividade do tratamento com crianças devido aos efeitos, bem como a quantidade de doses, os horários, o tempo do tratamento, a dieta e por vezes o jejum necessários para a manutenção da terapia são fatores que interferem na adesão das crianças[5]. Após a atividade o serviço juntamente com os familiares e crianças enviam uma avaliação dos momentos realizados, os quais sempre apontam a relevância do palhaço no auxílio da compreensão das medicações para cada um dos envolvidos. Referem que supera todas as expectativas, quando o palhaço dialoga sobre um tema delicado permeado por medos e anseios que é o tratamento. Assim, o Programa de Extensão tem possibilitado para os profissionais, do serviço, ampliar sua visão ao longo do processo saúde e doença ao adotar estratégias criativas de comunicação, como o lúdico para estabelecimento de vínculo com as crianças, fazendo com que elas não tenham resistência a adesão ao tratamento com medicamentos antirretrovirais.

Considerações finais

A graduação de enfermagem permite desenvolver habilidades do cuidado, por meio das atividades teórico práticas, juntamente a projetos extensionista com o Enferma-Ria. O uso da palhaçaria, potencializa estratégias para materializar a qualidade da formação acadêmica, ao oportunizar o cuidado com as crianças e famílias. Assim, a partir da realização da aproximação do lúdico por meio da palhaçaria pode-se perceber que as crianças e suas famílias necessitam de ações lúdicas a fim de permitirem um (re) cohecimento de suas potencialidades e fragilidades acerca do uso das medicações utilizando uma linguagem clara, objetiva de fácil entendimento.

Descritores

Ludoterapia; Pediatria; Doença sexualmente transmissível; Adesão à medicação.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Faria, ERD; et al. Intervenções psicológicas para crianças que vivem ou convivem com HIV/ Aids. Rev. Psico USF, São Paulo, 2013; 18(1):65-76.

2 Pires, JM. A Função Social da Comédia - o teatro sem sofrimento. Monografia (Trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Gestão de Projetos Culturais e Organização de Eventos), Universidade de São Paulo – Escola de Comunicações e Artes CELACC – Centro de Estudos Latino Americanos sobre Cultura e Comunicação, São Paulo, 2010.

3 Soares, SM; Silva, BL; Silva, PAB. O teatro em foco, estratégia lúdica para o trabalho educativo na família. Revista Anna Nery, 2011; 15(4):818-824.

4 Conceição, LSD. A influência do lúdico no cuidado e tratamento de crianças hospitalizadas. Psicologia - O Portal dos Psicólogos, São Paulo, 2016; 1-17.

5 Trombini, ES; Chermann, LB. Revalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2010, 15(2):419-425. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200018

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ANTIBIOTICOTERAPIA – DO ENSINO A RELEVÂNCIA CLÍNICA

Autores

Sabine De Rocco Donassolo[1]
Filomena Marafon[2]
Beatriz da Silva Rosa Bonadiman[2]
Greicy Cristine Kosvoski[1]
Helena Fornari Basso[1]
Margarete Dulce Bagatini[3]

E-mail para correspondência

sabine.donassolo@outlook.com

Resumo

Introdução

A descoberta e utilização da antibioticoterapia representou uma revolução científico-clínica e uma drástica redução na morbidade e mortalidade das enfermidades infecciosas, sendo considerado antibiótico uma classe de fármacos empregada no tratamento de doenças infecciosas, que diferem entre si conforme suas propriedades físicas, químicas, farmacológicas, seu espectro e mecanismo de ação[1,2]. O primeiro antibiótico, a penicilina, foi descoberto em placas de laboratório contaminadas com bolor por Alexander Fleming, em 1928, sendo que a partir dessa descoberta inúmeros avanços científicos e tecnológicos permitiram o desenvolvimento de diversos fármacos antibacterianos. Porém, o uso indiscriminado e incorreto de antibióticos, associado a capacidade de os micro-organismos desenvolverem mecanismos de resistência tem ocasionado o aparecimento de cepas multirresistentes, o que representa um grave problema de saúde pública, onde muitas bactérias anteriormente suscetíveis aos antibióticos amplamente utilizados deixaram de responder a esses mesmos agentes[3,4]. Os mecanismos de resistência bacteriana podem associar-se a características in-

1 Graduandas em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS
2 Doutorandas em Bioquímica, Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
3 Doutora em Ciências Biológicas: Bioquímica Toxicológica, Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS

trínsecas das bactérias, mutações adquiridas pela exposição agentes mutagênicos e aquisição de material genético proveniente de outro micro-organismo. A execução de atividades de promoção ao uso racional dos antibióticos neste contexto é fundamental, em decorrência das infecções ocasionadas pelas bactérias multirresistentes apresentarem um difícil tratamento, uma severa associação com infecções hospitalares, elevados gastos públicos e econômicos em tratamentos e aumento de morbidades e mortalidade, principalmente em pacientes imunocomprometidos. Entre as bactérias que ocasionam doenças em humanos, a *Eschirichia coli* (*E.coli*) é o principal agente causador de infecções no trato urinário, detectada em cerca de 80 a 90% das infecções bacterianas, sendo que essa bactéria também tem apresentado resistência a inúmeros fármacos, apresentando destaque na área da saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou através do *Global Antimicrobial Surveillance System* (*GLASS*) a ocorrência generalizada de resistência aos antibióticos em cerca de 500 mil pessoas com suspeita de infecção bacteriana em 22 países. No caso da E. coli cerca de 8% a 65% das infecções do trato urinário apresentaram resistência à ciprofloxacina, uma cefalosporina de primeira escolha para essa condição clínica[1-4]. A administração de medicações em ambientes hospitalares e orientações em ambientes clínicos, incluindo aquelas relacionadas a antibióticos, é executada principalmente por profissionais da área de enfermagem, sendo de suma importância que este profissional tenha conhecimentos teóricos e práticos relacionado aos fármacos para execução das corretas orientações e administração farmacológica.

Objetivos

Realizar análise laboratorial pelo teste de sensibilidade a antimicrobianos (TSA) em cepa de *E. coli*, indicando estratégias terapêuticas e correlacionando a atuação do enfermeiro na antibioticoterapia.

Método

O presente trabalho consiste em uma atividade de ensino desenvolvida na disciplina de Microbiologia no decorrer do 4º semestre do Curso de Enfermagem, realizada no segundo semestre de 2018. No laboratório didático de Microbiologia realizou-se protocolo laboratorial de TSA através da metodologia de difusão em disco de Kirby e Bauer, utilizando-se uma cepa padrão não patogênica de *E. coli* ATCC® 25922™. Inicialmente o micro-organismo foi semeado em placas de ágar simples, as quais foram incubadas por 24 horas. Após o período de incubação, utilizando-se alça de platina, inoculou-se de 6 a 8 colônias do micro-organismo em solução salina estéril até a obtenção da turbidez moderada de 0,5 na escala de MacFarland e semeou-se 0,1 mL dessa cultura em placa de ágar Mueller-Hinton (MH). Assepticamente, com pinça esterilizada, colocou-se na placa de MH um conjunto de discos de antibióticos Interlab® específicos para bacilos gram-negativos e incubou-se a 37º por 24 horas. Após incubação procedeu-se a leitura dos halos de inibição através da verificação do crescimento bacteriano na superfície que circundava os discos medindo os halos em milímetros e comparando a tabela fornecida pelo fabricante dos discos, os resultados foram expressos em resistência (R), perfil intermediário (I) e sensibilidade (S), indicando as estratégias terapêuticas de escolha(5). Todos os protocolos microbiológicos foram executados em duplicata na cabine de segurança biológica.

Resultados e Discussão

A leitura dos antibiogramas indicou sensibilidade da cepa de *E. coli* frente aos antibióticos das classes das cefalosporinas, quinolonas e aminoglicosídeos, apresentando-se sensível também para os antibióticos conjugados amoxicilina+clavulanato e sulfametoxazol+trimetoprim. Porém, observou-se resistência ao antibiótico ampicilina (AMP). Estes resultados demonstraram que, com exceção da AMP, os demais antibióticos poderiam ser utilizados na terapêutica para esta cepa, caso a mesma fosse isolada em casos clínicos. A resistência a AMP é um relevante indicador, pois cepas padrões apresentam-se, normalmente, sensíveis ao uso de antibióticos, sendo que cepas de isolados clínicos e hospitalares vem apresentando uma crescente resistência aos diferentes antibióticos empregados, dificultando o tratamento dos pacientes. A importância do conhecimento do TSA, antibioticoterapia e resistência pelo profissional enfermeiro associa-se a percepção de sintomatologia de resistência, orientação e administração da correta prescrição de dias e dosagens de tratamento com antibióticos, manejo do paciente de forma a realizar adequadamente a assistência ao paciente em antibioticoterapia.

Considerações finais

O estudo da Microbiologia na formação do enfermeiro possibilita que assuntos de grande importância, como resistência bacteriana, o antibiograma e sua utilização, tempo de elaboração do laudo labora-

torial, comportamento de determinados patógenos frente aos fármacos mais prescritos, dentre outros, sejam abordados durante a formação profissional. Ao final dessa atividade prática, conclui-se como relevante o conhecimento teórico e prático correlacionado aos antibióticos e a resistência bacteriana para a correta atuação do enfermeiro na assistência em saúde na antibioticoterapia clínica e hospitalar.

Descritores

Antibióticos; Resistência bacteriana; Assistência em saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Fracarolli IFL, Oliveira SA De, Marziale MHP. Colonização bacteriana e resistência antimicrobiana em trabalhadores de saúde: revisão integrativa. Acta Paul Enferm. 2017; 30(6):651–7.

2 Leandro BPD, Franco TA, Siebra AL de A, Siebra D de C, Santos POM. A resistência bacteriana e a importância do antibiograma nessa problemática. IV Encontro Univ da UFC no Cariri. 2012; 17–20.

3 Damasceno DD, Terra FDS, Dutra PO, Libânio SIC. Perfil da incidência bacteriana e resistência antimicrobiana. Rev Min Enferm. 2008; 12(1):104–9.

4 Loureiro RJ, Roque F, Rodrigues AT, Herdeiro MT, Ramalheira E. O uso de antibióticos e as resistências bacterianas: breves notas sobre a sua evolução. Rev Port Saúde Pública. 2016; 34(1):77–84.

5 Brasil AN de VS. Padronização dos Testes de Sensibilidade a Antimicrobianos por Disco-difusão: Norma Aprovada, 8. Edição. 23:1-58.

AÇÕES DE SAÚDE EM ESTÁGIO INTERDISCIPLINAR DE VIVÊNCIA: relato de experiência

Autores

Lucia Oliveira Thiel[1]
Nathieli Aparecida da Silva[2]
Marinês Tambara Leite [3]

Resumo

Introdução

O Estágio Interdisciplinar de Vivência (EIV) foi criado no final da década de 80, por estudantes de Agronomia organizados na Federação dos Estudantes de Agronomia do Brasil (FEAB), e teve sua primeira edição no município de Dourados-MS[1]. É uma atividade construída pelo movimento estudantil, em parceria com Movimentos Sociais do Campo. Este estudo trata-se de um relato de experiência sobre o serviço de saúde em um assentamento do interior do Rio Grande do Sul.

Objetivo

Relatar a experiência de um Estágio Interdisciplinar de Vivência.

Metodologia

Relato de experiência. O EIV é um projeto que visa imersão de estudantes, em que todos os participantes permanecem no mesmo local durante o período das vivências, não sendo recomendadas saídas, somente as relacionadas com o EIV. Ele é composto de três etapas: a primeira etapa - uma semana de

1 Acadêmica da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões
2 Acadêmica da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Udesc Oeste
3 Enfermeira. Docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões

estudos voltados para o entendimento da realidade agrária, as quais aconteceram no período diurno e noturno; segunda etapa - período de 8 dias de vivências, em que os estudantes são distribuídos em diversos assentamentos da reforma agrária do estado do Rio Grande do Sul, para observar a realidade das famílias assentadas; terceira etapa - socialização das vivências e fechamento dos estudos. A dinâmica da vivência foi regida pelo método Josué de Castro. O XVI EIV foi organizado na cidade de Santa Maria/RS e sua prática ocorreu entre os dias 04 e 24 de fevereiro de 2019, em um assentamento no município de Jóia/RS. Teve a participação de 42 acadêmicos, em que 9 constituíam a Comissão Político-Pedagógica – composta por estudantes das executivas de curso, diretório central dos estudantes e diretórios acadêmicos -; e 33 estagiários, que realizaram as vivências. Os acadêmicos eram procedentes dos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Minas Gerais e Argentina, de diversos cursos, sendo da área das agrárias, saúde, tecnologias e comunicação.

Resultados e Discussão

Durante a segunda etapa, período das vivências, tivemos a oportunidade de visitar a unidade básica de saúde do assentamento Rondinha grupo 5, em Jóia/RS, que possuí uma farmácia, consultório odontológico, médico, sala de enfermagem e sala para reuniões ou para realizar grupos de educação em saúde com a comunidade. Porém na unidade permanecem fixas uma auxiliar de limpeza e uma técnica em enfermagem. A enfermeira, o médico e o dentista comparecem uma vez por semana para realizarem atendimentos agendados ou a demanda do dia. Devido a esta equipe de saúde prestar atendimento semanal, os usuários não tem aonde recorrer se precisam de atendimento e não for o dia da equipe estar atendendo na unidade do assentamento. Neste caso, eles precisam ir ao centro da cidade para buscar atendimento ou esperar a equipe visitar a unidade. A Política Nacional de Atenção Básica, de setembro de 2017, estabelece que a equipe mínima constitui-se de: um médico, preferencialmente da especialidade medicina de família e comunidade, enfermeiro, preferencialmente especialista em saúde da família; auxiliar e/ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Podendo fazer parte da equipe o agente de combate às endemias (ACE) e os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família, e auxiliar ou técnico em saúde bucal. Estabelece também a obrigatoriedade de carga horária de 40 (quarenta) horas semanais para todos os profissionais de saúde de membros da Estratégia Saúde da Família(ESF). Dessa forma, os profissionais da ESF poderão estar vinculados a apenas uma equipe de Saúde da Família[2]. O que, como observamos, não acontece. Muitos dos moradores do assentamento são idosos e agricultores que não possuem meios de transporte para se deslocarem, enfrentando dificuldades de acesso, em caso de necessidade de atendimento. A técnica em enfermagem que cuida da unidade relatou que não acontecem grupos de educação em saúde, mesmo tendo grande parte da população idosa, agricultores e muitos casos de gravidez na adolescência. Também mencionou que a população dos assentamentos não busca atendimentos na unidade, apenas quando se tem os profissionais disponíveis.

Considerações finais

A partir do estudo desenvolvido, conclui-se que a unidade não atende as demandas e a população está desassistida devido à ausência da equipe multiprofissional mínima permanente. Esta condição se constitui em um sério problema na área da saúde, em especial, para os idosos, agricultores e adolescentes, segmentos esses que necessitam de atenção específica, devido às doenças crônicas prevalentes, a saúde do trabalhador agricultor em risco e a gravidez precoce. Vale salientar que é dever do governo atentar-se e responsabilizar-se pelo acesso da população rural à saúde pública de qualidade, devido ao difícil acesso a recursos urbanos. Ressalta-se que a unidade possui uma estrutura adequada, entretanto, a equipe multiprofissional é de suma importância, visto que não compete a uma técnica de enfermagem cuidar de uma unidade básica sozinha, devido à sobrecarga e por não ser de sua responsabilidade boa parte das ações de saúde que são desenvolvidas em uma ESF. Por esse motivo é essencial à atuação da equipe de saúde, pois trata-se de uma população de assentados que tem o direto ao acesso a saúde como todos os outros cidadãos.

Descritores

Ensino; Enfermagem; Serviços de Saúde.

Eixo Temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 EIV. Apresentação. 2019. Disponível em: https://eivrs.wordpress.com/sobreoeiv/

2 Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html

3 XVI Estágio Interdisciplinar de Vivência Santa Maria. EIV Santa Maria. Disponível em: https://eivsantamaria.wordpress.com/

ARTICULAÇÃO E CONSTRUÇÃO DO PET-SAÚDE / TERPROFISSIONALIDADE UFFS/UNOESC/UDESC: ENVOLVIMENTO E PAPEL DA ENFERMAGEM

Autores

Larissa Hermes Thomas Tombini[1];
Carine Vendruscolo[2];
Claudio Claudino da Silva Filho[3];
Maíra Rossetto[4];
Silvana dos Santos Zanotelli[5];
Vivanceli Brunello[6]

E-mail para correspondência

larissa.tombini@uffs.edu.br

Resumo

introdução

A enfermagem ocupa, tradicionalmente, papel de destaque na articulação interprofissional e no trabalho em equipe. Desenvolvendo funções nas áreas da atenção, educação e gestão, movimenta saberes e articula diferentes conhecimentos para excelência em seu contexto de atuação. No que tange à formação, a educação interprofissional (EIP) se apresenta como estratégia capaz de qualificar a formação em saúde a partir da articulação de diferentes profissões na compreensão do processo saúde-doença. Na atenção e gestão, os resultados são práticas colaborativas que remetem ao atendimento das necessidades em saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), resolubilidade e qualidade. Em continuidade ao processo de orientação e qualificação da formação profissional em saúde no Brasil, apresenta-se em 2018, o Programa de Educação para o Trabalho em Saúde (PET-Saúde) Interprofissionalidade que objetiva

1 Enfermeira. Docente da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Campus Palmeira das Missões
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente UDESC Oeste
3 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente UFFS/*Campus* Chapecó
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente UFFS/*Campus* Chapecó
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente UDESC Oeste
6 Enfermeira, Pós-Graduada, Coordenadora NASF-AB SESAU/Chapecó

promover a EIP mediante iniciativas que coloquem em prática aspectos teóricos, de forma interprofissional e colaborativa. Atento ao chamado do Ministério da Saúde, o município de Chapecó, em parceira com instituições de ensino superior (IES) públicas e privada de caráter comunitário, aprovam o projeto PET-Saúde Interprofissionalidade UFFS/UNOESC/UDESC.

Objetivo

Relatar a experiência de articulação e construção do PET-Saúde Interprofissionalidade UFFS/UNOESC/UDESC e a participação da enfermagem no processo.

Método

Em resposta ao Edital Nº10 de julho de 2018, docentes do curso de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/*Campus* Chapecó iniciam o processo de construção de uma proposta inovadora pela articulação interinstitucional vislumbrada. Considerado o requisito de envolvimento mínimo de três cursos de graduação da área da saúde, docentes da UFFS/*Campus* Chapecó que dispõe dos cursos de enfermagem e medicina, inicialmente realizaram o convite à participação da Universidade do Oeste de Santa Catarina (UNOESC)/Chapecó, contemplando os cursos de educação física e psicologia. Reafirmando ainda o compromisso com a formação em enfermagem na região, estendeu-se o convite à Universidade do Estado de Santa Catarina/Centro de Educação Superior do Oeste (UDESC Oeste), cuja sede em Chapecó oferece o curso de graduação em enfermagem e o mestrado profissional em enfermagem. Entre julho e setembro de 2018, foram realizados encontros sistemáticos de organização de informações e construção coletiva da proposta a ser apresentada, conforme edital proposto. Nesta etapa protagonizaram a articulação interinstitucional e a construção interprofissional: três enfermeiros docentes das duas IES com cursos de enfermagem envolvidas (UFFS/*Campus* Chapecó e UDESC Oeste).

Resultados e Discussão

A proposta PET-Saúde Interprofissionalidade UFFS/UNOESC/UDESC foi submetida e aprovada em 2018. Com objetivo primário de estabelecer aproximação e formação interprofissional/interinstitucional entre cursos (Enfermagem, Medicina, Psicologia e Educação Fisica) e IES envolvidas (UFFS/*Campus* Chapecó, UNOESC/Chapecó e UDESC Oeste), assim como o desenvolvimento de práticas colaborativas nos serviços, a proposta prevê ações voltadas para avançar na adequação dos cursos às Diretrizes Curriculares Nacionais, sublinhando a Interprofissionalidade; o desenvolvimento de iniciativas de educação e trabalho interprofissional em saúde, alinhadas aos processos de mudança curricular; a promoção da integração ensino-serviço-comunidade com foco na qualificação da atenção no contexto do SUS a partir dos elementos teóricos e metodológicos da EIP e práticas colaborativas; e o desenvolvimento da docência e da preceptoria na saúde para utilização dos fundamentos teóricos-conceituais e metodológicos da EIP. Organizados em cinco grupos de trabalho, o projeto envolverá a participação de dez docentes tutores, vinte profissionais preceptores e trinta estudantes bolsistas, além de voluntários dos diferentes grupos representados. Dentre os bolsistas, quatro docentes enfermeiros, nove enfermeiros preceptores e 10 acadêmicos de enfermagem, totalizando 37% entre o total envolvido. A EIP pode acontecer em processos de graduação, pós-graduação e educação permanente. Atuar em equipe interprofissional significa operar com profissionais de diversas formações/núcleos de saber na saúde, dispostos a transitar entre áreas específicas de formação para promover a atuação interprofissional[1].

Considerações finais

Ao atender o chamado do Ministério da Saúde, ensino e serviço acolheram a proposta como uma ferramenta importante de qualificação do processo de formação e ao desenvolvimento de práticas colaborativas. Da mesma forma, provocou para a construção de uma proposta que venha consolidar a saúde coletiva como eixo transversal articulador, salientando e orientando para as questões multiprofissionais e interdisciplinares que envolvem o conceito ampliado de saúde e a integralidade na atenção. O firmamento das parcerias interinstitucionais fomentou discussões críticas/reflexivas sobre o processo formativo em saúde na região. Experiências e vivências interprofissionais lançam aos envolvidos o desafio de implantar e implementar estratégias pedagógicas que sustêm uma aprendizagem transformadora e próxima às demandas sociais, assim como o desenvolvimento de práticas colaborativas nos serviços de forma ética e em efetiva atuação interprofissional. Não obstante ao propósito da EIP e das práticas colaborativas, a enfermagem segue como protagonista na articulação dos saberes e práticas, ocupando espaços e discussões fundamentais ao seu desenvolvimento enquanto profissão e à qualificação da educação,

gestão e atenção para e no SUS. Cumpre destacar, finalmente, que a interprofissionalidade, como tecnologia para a atuação das equipes de saúde multidisciplinares e a sua implicação para a gestão do trabalho e educação na saúde, implica e fortalece os atributos da Atenção Primária à Saúde, sobretudo a longitudinalidade e a integralidade, contribuindo, significativamente, para o fortalecimento desse ponto da rede de atenção e do próprio SUS.

Descritores

Educação; Instituições acadêmicas; Serviços de Integração docente-assistencial; Relações interprofissionais; Tecnologia em saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Farias DN; Ribeiro KSQ; Anjos UU; Brito GEG. Interdisciplinaridade e interprofissionalidade na estratégia saúde da família. Trabalho, Educação e Saúde; 2018; 16(1):141-61.

BIOÉTICA E OS PRIMEIROS CONTATOS COM A MORTE DURANTE O ENSINO DE GRADUAÇÃO

Autores

Sarah Dany Zeidan Yassine[1];
Carine Silva[1];
Maria Terezinha Zanon Santos[1];
Peittro Laurindo Peixoto[1];
Rosana Amora Ascari[2]

E-mail para correspondência

sarinhazeidan@gmail.com

Resumo

Introdução

"A inevitabilidade da morte, que é inerente à condição humana, não interfere com a capacidade de alguém pretender antecipá-la. A morte é um assunto que engloba um universo de questões religiosas, morais, éticas e jurídicas".[1] Alguns aspectos éticos devem ser lembrados no discorrer sobre a morte e o processo de morrer, com a qualidade de vida, a alocação de recursos, bem como a questão do respeito à autonomia ou poder de decisão das pessoas. Todo ser humano instintivamente tem o impulso para defender a vida.[2] Assim, ao valorizarem os aspectos técnicos da morte, os dilemas éticos tendem a crescer, o que gera ameaça na defesa da preservação da dignidade humana. São aplicadas diversas metodologias nas instituições, dentre elas o uso de cadáveres humanos, que representam a forma mais antiga e uma das mais utilizadas nos dias de hoje para o ensino da anatomia humana, na qual deve ser abordado o respeito e a ética diante do corpo.

1 Acadêmico(a) de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina

Objetivo

Apresentar aspectos éticos relacionados ao processo de morte e os primeiros contatos com o cadáver no ensino da enfermagem.

Método

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo do tipo revisão narrativa, de abordagem qualitativa, para a qual utilizou-se da literatura disponível impressa e eletronicamente, tais como o livro "Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde" e, artigos disponíveis com acesso via Google Acadêmico no segundo semestre de 2018.

Discussão

A morte é uma realidade inegável e inevitável, fato este, que causa angustia e medo aos indivíduos, principalmente pela incerteza do pós vida.[3] Todas as pessoas que lutam pela vida vivenciam o mesmo processo de morte, os estágios finais da evolução, independente de sua crença ou religião, sendo eles: a negação, isolamento, raiva, depressão e aceitação. Todos esses estágios, com maior ou menor intensidade, são permeados pela esperança.[3] A verdadeira dimensão do Ser não se restringe ao corpo físico, uma vez que durante as experiências de quase morte muitas vezes as pessoas apresentam experiências diversas, entrando em contato com o seu Ser mais íntimo, em outro nível de consciência. Quando o ser humano vivencia os estágios frente à terminalidade, eles vão se ajustando gradativamente, pela constante alteração das percepções, emoções e sentimentos e transformando-se com base em um trabalho interior, com recuos e avanços. Esses estágios também são vivenciados pelos familiares e profissionais, em diversos momentos, pode ser que eles não contemplem todas as fases, mas servem de referência para as ações dos profissionais da saúde, ao mesmo tempo em que ajudam a processar um "luto antecipatório" vivenciado pela família. Quando se aceita o sofrimento, a negação se movimenta rumo à aceitação e mudança, ocorrendo uma provável resolução dessa situação. Os aspectos éticos, morais, jurídicos e religiosos em relação à antecipação da morte carregam em si muitos dilemas que não encontram respostas à diversidade de opiniões e necessidade diante do ato da vida e a da morte. Se as pessoas não contextualizassem na historicidade de cada religião, haveria um distanciamento da forma como concebem a morte, e como estabelecem e fundamentam as práticas do cuidar dos indivíduos que estão morrendo. Há vários caminhos para se alcançar outra dimensão e cada caminho pode conter em si, o melhor modo para aquela pessoa que está morrendo, de forma singular e única. A equipe de enfermagem está sujeita a vivenciar, frequentemente, episódios de morte. Os trabalhadores estão pouco instrumentalizados para lidar com essa situação, visto que, em geral, durante a formação profissional, o enfoque principal é a preservação da vida. Por outro lado, possui a necessidade de auxiliar tais profissionais no enfrentamento desse processo, mediante a humanização do ambiente hospitalar. A humanização ainda se encontra centralizada no paciente, disponibilizando-se pouca atenção ao cuidado e à humanização do trabalhador, fato que precisa ser modificado, em virtude da importância de prepará-lo emocionalmente para a execução das ações de cuidado, para atuar de forma ética e profissional diante do processo de morrer e de morte, sem ser indiferente com tal situação. É importante para a saúde dos profissionais, conversar sobre suas percepções e angústias acerca da morte, fato que gera sentimento de impotência e raiva nos atores envolvidos. Os profissionais não sentem a mesma dor do paciente/família, mas é um sentimento compartilhado. Assim, é importante refletir no modo em como vêm sendo prestada a assistência ao paciente e a família, se os profissionais têm acolhido seus sentimentos e sustentado a qualidade do cuidado frente à terminalidade. Por vezes, os profissionais buscam em seu interior o enfrentamento da morte, nas coisas que mais lhe são valiosas, na fé e no discurso com a coletividade, contribuindo para estabelecer vínculos saudáveis entre os membros da equipe. O processo de morte para a família pode ser como uma última despedida, para um paciente necessitado uma possível doação de órgão e para a ciência, métodos de estudo. Há mais de dois mil anos a ciência vem conseguindo através do estudo dos defuntos, avanços consideráveis para a medicina, contribuindo assim tanto para área do conhecimento como para capacitação de novos profissionais.[4] Do ponto de vista da bioética,[5] o cadáver humano não deve ser visto como simples objeto de estudo, já que é envolvido por um vínculo emocional e afetivo com os indivíduos com que estabeleceu uma relação. Considerando que os primeiros contatos com a morte na graduação ocorrem ainda nas fases iniciais, na manipulação de cadáveres para o estudo da anatomia humana, é preciso vincular os aspectos técnicos aos ético-humanísticos para que os estudantes possam desenvolver desde cedo, habilidades técnicas para exercer com competência sua profissão, sem que se esqueçam do lado humanístico.

Considerações finais

A partir dos achados, percebe-se que o processo de morte contém várias etapas, e que, o ser humano/profissional não é preparado para a morte, fato que gera sofrimento e dificuldades para aceitá-la. Manter a ética frente à morte é fundamental no exercício profissional, a qual espera-se que seja permeada de respeito, inclusive durante o ensino da enfermagem.

Descritores

Ensino; Anatomia Humana; Ética; Bioética.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Barrosa, Luís; Martel, Letícia. A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida, 2010. Disponível em: https://www.migalhas.com.br/dePeso/16,MI104660,21048-A+morte+como+ela+e+dignidade+e+autonomia+individual+no+-final+da+vida. Acesso em: 30 ago. 2018.

2 Kovács, Maria Julia. Bioética nas questões da vida e da morte, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642003000200008. Acesso em: 30 ago. 2018.

3 Fernandes, P. de Maria; Freitas, de F. Genival. Processos de morrer. In: OGUISSO, Taka. ZOBOLI, Elma (Orgs.). Ética e bioética: desafios para a enfermagem e a saúde. Barueri: Manole Ltda, 2006; 153-169.

4 Torres, Fellipe. Cadáveres contribuem silenciosamente para a ciência e inspiram as artes, 2015. Disponível em: http://www.diariodepernambuco.com.br/app/noticia/viver/2015/06/28/internas_viver,583379/cadaveres-contribuem-silenciosamente-para-a-ciencia-e-inspiram-as-artes.shtml. Acesso em: 30 ago. 2018.

5 Cohen, Claudio; Gobbetti, Gisele. Bioética e morte: respeito aos cadáveres, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/pdframb/v49n2/16178.pdf. Acesso em: 16 ago 2018.

CONTRIBUIÇÕES FORMATIVAS DE UM PROJETO DE CULTURA PELO TEATRO DO OPRIMIDO E PHOTOVOICE: como descortinar silêncios para as violências nas relações universitárias?

Autores

Eduarda Vaz Oliveira[1];
Cláudio Claudino da Silva Filho[2];
Willian Lorentz[3];
Jean Melotti[4],
Adriana Carolina Bauermann[5];
Ianka Cristina Celuppi[6]

E-mail para correspondência

claudio.filho@uffs.edu.br

Resumo

Introdução

A violência acontece desde muito tempo e já está enraizada em nossa sociedade, podendo ser caracterizada como um problema de saúde pública. Como ela já se faz presente em todos os lugares, nas Universidades não seria diferente. Muitas vezes, caminham lado a lado com o processo de formação acadêmica. Sendo um problema de saúde pública, nos cursos da saúde esse tema deveria receber um enfoque maior, porém, geralmente a formação em saúde vai para um caminho e as demandas sociais da comunidade e do Sistema Único de Saúde (SUS) vão para outro, não formando assim, profissionais preparados para atender necessidades sociais como a violência, sem aproximação com as maneiras de enfrentamento, cuidado às pessoas envolvidas, prevenção e promoção à saúde, para que no futuro profissional possua um olhar mais ampliado da complexidade do fenômeno e da

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó;
2 Enfermeiro, Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó;
3 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó;
4 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó;
5 Farmacêutica. Mestranda em Ciências da Saúde (Unochapecó);
6 Enfermeira (UFFS), Mestranda em Enfermagem pela UFSC.

realidade de cada indivíduo[1]. Poucos são os esforços, dentro dos estudos de saúde, para compreensão da violência como processo relacional e não polarizado entre vítima e agressor, entretanto, partindo do pressuposto de que a violência é uma questão de desnível relacional, como a educação como valor poderia contribuir para minimizar tal desigualdade, transformando as vidas de todos os sujeitos envolvidos no processo?

Objetivos

Relatar as vivências e experiências de um projeto de cultura que pretende debater dialogicamente pelas técnicas do Teatro do Oprimido e Photovoice sobre as relações universitárias como (re)produtoras de violência(s), descortinando silêncios e construindo empoderamento para libertação de todas as vozes implicadas na formação acadêmica.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo na modalidade relato de experiência, de atividades desenvolvidas no âmbito do Projeto de Cultura intitulado "As relações universitárias como (re)produtoras de violência(s): descortinando silêncios pelo Teatro do Oprimido e Photovoice", fomentado e institucionalizado com Bolsa Cultura pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó, pelo Edital nº 611/GR/UFFS/2018. Buscou-se agregar neste projeto os ideais teórico-filosóficos do educador Paulo Freire, bem como, duas técnicas de enfrentamento da violência com afinidade teórico-epistemológica e metodológica com o pensamento deste Educador Pernambucano, Patrono da Educação Brasileira: o Teatro do Oprimido (criado pelo dramaturgo, diretor e teórico de teatro Augusto Boal) e o Photovoice (desenvolvido por Wang, Burriss e outros colaboradores). O Teatro do Oprimido busca dar um espaço participativo para o espectador, quebrando a quarta parede que os separa do palco, lhe dando o poder de ser protagonista e atuante de sua cena, sendo denominado de "espect-atores"[2]. Já o Photovoice trata de uma representação e exposição de vivências comunitárias por meio da fotografia sendo considerada uma técnica de pesquisa-ação participativa, onde os indivíduos representam suas vivências comunitárias através de um tipo de fotografia específica, onde o que mais importa não é a qualidade da fotografia em si, mas a discussão daquele registro[3]. Até o momento foram realizadas entre Agosto de 2018 e Abril de 2019 três reuniões com a equipe de coordenação do projeto, duas reuniões com a equipe de "fotógrafos" que estará registrando as violências no *Campus* (denominada de "Nossos Olhos"), e três encontros abertos para toda comunidade univesitária e loco-regional, tendo como temas: 1) "As relações universitárias como (re) produtoras de violência(s) e a potência do enfrentamento pelo movimento estudantil: construindo uma agenda conjunta entre UFFS, Udesc, Unochapeco e Unoesc"; 2) "O que é o Teatro do Oprimido?"; e 3) "Teatro do oprimido: quais as violências presentes nas relações universitárias e quais os atores envolvidos?". Embora aberto para toda comunidade loco-regional para além da universidade, participaram dos encontros principalmente estudantes da UFFS, com pouca participação também de professores/as, técnicos-administrativos em educação e integrantes de movimentos sociais, racial.

Resultados e Discussão

Através de leituras de artigos e reflexões acerca do tema, inicialmente foram realizados encontros de qualificação com o grupo coordenador (bolsistas e voluntários do projeto), apresentando as técnicas propostas e como sua utilização na identificação de violências na Universidade faz-se necessária. Seguidamente, foi montada uma equipe de 10 pessoas para comporem o grupo intitulado de "Nossos Olhos", os quais ficaram encubidos de tirarem fotografias que relatam violências no espaço universitário, sejam elas físicas, institucionais (de desigualdade), psicológicas, assédio moral e/ou sexual dentre outras. Tendo como finalidade a discussão em grupo do que é violência para cada indivíduo e como ela se insere em nossa Universidade, avaliou-se juntamente com o Grupo de Trabalho de Enfrentamento e Prevenção às Violências de Gênero e Sexualidade (GTPEVI) do Campus Chapecó, quais são as violências mais comuns vivenciadas na Universidade. Deu-se em outro momento, o planejamento de encontros futuros, abertos a um público maior e mais amplo, os quais são focados em temáticas específicas, envolvendo as técnicas do Teatro do Oprimido e do Photovoice. Os encontros despertaram o lado reflexivo, crítico e criativo dos(as) estudantes, qualificando pela linguagem cultural o processo de formação desses(as) futuros(as) profissionais. Além de estarem contribuindo para melhorias no espaço educacional, estão em processo formativo para lidarem com as diversidades de violências no mundo do trabalho, promovendo saúde e prevenindo efeitos desse fenômeno, como o suicídio e a depressão. O fato de terem se inscrito e participado nos três encontros abertos, consecutivamente, 15, 160 e 170 participantes, demonstra a necessidade de espaços de escuta e diálogo sobre te-

mas como a violência, e mais ainda, sobre o anseio da comunidade universitária em dar visibilidade como etapa inicial e fundamental do enfrentamento às relações violentas nesse espaço (trans)formador.

Considerações finais

Considera-se que o Projeto tem sido empoderador para libertação de vozes inseridas na comunidade acadêmica, juntamente com as técnicas do Teatro do Oprimido e do Photovoice vindo a potencializar a visibilidade de situações de violência e sofrimento dentro desses espaços, e abrindo a possibilidade para construção de estratégias resolutivas dialógicas, democráticas, horizontais e participativas. Incentiva, ainda, a ampliação do olhar para além da sala de aula e de conteúdos teóricos e/ou práticos, englobando a (ainda) estigmatizada linguagem cultural, que por muitas vezes pode impactar positivamente no desempenho estudantil em sala de aula e também no ambiente de trabalho posteriormente. Recomenda-se incorporação curricular de debates com linguagens que instiguem criticidade e criatividade na formação em saúde, sobretudo para reflexão sobre temáticas complexas como a violência.

Descritores

Universidade; Violência; Cultura em Saúde; Fotografia.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

Bolsa Cultura por doze meses no Projeto intitulado "As relações universitárias como (re)produtoras de violência(s): descortinando silêncios pelo Teatro do Oprimido e Photovoice", aprovado e fomentado com Bolsa Cultura pelo Edital Nº 611/GR/UFFS/2018 - Bolsa Cultura de Agosto de 2018 a Julho de 2019, e Bolsa Extensão por quinze meses no Programa de Extensão intitulado "Os legados do Ver-Sus Oeste Catarinense: semeando a capilaridade da formação para o Sistema Único de Saúde nas Instituições de Ensino Superior de Chapecó-SC", aprovado e fomentado com Bolsa Extensão pelo Edital Nº 1098/2017/UFFS/GR/PROEC/DPEX de Maio de 2018 a Julho de 2019.

Referências

1 Baragatti DY. O tema da violência em currículos de cursos de graduação em enfermagem. Ribeirão Preto. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2013.

2 Araujo LS. [homepage na internet-Infoescola, navegando e aprendendo]. Teatro do Oprimido. [acesso em 24 mar 2019]. Disponível em: https://www.infoescola.com/artes-cenicas/teatro-do-oprimido/

3 Touso MFS, Mainegra AB, Martins CHG, Figueiredo GLA. Photovoice como modo de escuta: subsídios para a promoção da equidade. Ciênc. saúde coletiva. 2017; 22(12): 3883-3892.

A INCIPIÊNCIA SOBRE O USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS ORAIS: relato de experiência acadêmica

Autores

Danieli Parisotto[1];
Bernarda Cesira Cassaro[2];
Camila Adriana Suffiatti;[3]
Sabrina de Carvalho[4];
Vanessa Aparecida Gasparin[5]

E-mail para correspondência

danieliparisotto@gmail.com

Resumo

Introdução

A saúde sexual e reprodutiva interfere na qualidade de vida, na segurança e satisfação sexual do indivíduo, que, quando aliada a participação do profissional de saúde, torna-se benéfico para a escolha do método contraceptivo mais eficaz e adequado levando em conta as singularidades. Para além da escolha de um método contraceptivo, a atenção em anticoncepção engloba ainda a oferta de informações no que diz respeito à utilização de forma correta e efetiva bem como o acompanhamento durante o período de uso.[1] Entre os vários métodos contraceptivos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se o anticoncepcional oral combinado (AOC), considerado o método temporário reversível mais utilizado. Nos países em desenvolvimento, cerca de 75% das mulheres casadas ou com parceiro optam pela utilização do AOC, devido ao seu uso ser facilitado, embora o contraponto seja o esquecimento e descontinuidade de ingestão diária, que favorece as falhas do método, podendo resultar em gestação indesejada ou não planejada.[2] Nesse contexto assistencial, as Diretrizes Curriculares Nacionais

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, campus Chapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, campus Chapecó;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, campus Chapecó;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, campus Chapecó;
5 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina.

do Curso de Graduação em Enfermagem, instituída pela Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001, determina que as atividades teóricas e práticas devem permear toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar desde o início do curso, possibilitando a atuação em diversos cenários que oportunizam a assistência direta a população que faz uso dos AOC.[3]

Objetivo

Relatar o uso de métodos contraceptivos hormonais orais por usuárias atendidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Chapecó.

Método

Trata-se de um relato de experiência proveniente das vivências adquiridas durante as atividades teórico-práticas da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher e Recém-Nascido ministrada na sexta fase do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). As atividades ocorreram no período que compreende os meses de outubro e novembro de 2018. A agenda de atendimentos foi previamente estabelecida com o auxílio dos profissionais da unidade, e organizados de acordo com o cronograma, sendo os atendimentos de terças-feiras direcionado às consultas ginecológicas, de planejamento reprodutivo e familiar, e os das quintas-feiras ao acompanhamento pré-natal. As consultas foram realizadas em um consultório de Enfermagem da Unidade de Saúde pelas acadêmicas sob supervisão direta de uma docente da Universidade.

Resultados e Discussão

Durante o desenvolvimento das consultas de enfermagem, a anamnese propõe dentre outros questionamentos a indagação frente a utilização de métodos anticoncepcionais, o tempo e forma de uso. No que tange início do uso de AOC, muito presente esteve o relato de autoprescrição baseado no que outras pessoas do grupo familiar ou social fazem uso, bem como a troca do AOC frequente e sem critério. Vale salientar que tal prática é facilitada pelo fato de a medicação não necessitar de prescrição para ser adquirida em farmácias, o que não acontece na dispensação pela UBS. A definição do AOC deve-se basear na eficácia, presença de efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade dentre outros fatores que devem ser esclarecidos mediante procura de um profissional de saúde.[1] Outro ponto a ser ressaltado foi a incipiência de conhecimento das usuárias do serviço acerca do uso correto dos métodos contraceptivos orais. Além das particularidades de carga hormonal de cada AOC, a quantidade de drágeas por cartela e o período de intervalo entre elas, caso seja realizado, também são modificáveis. Percebe-se ainda uma minoria de mulheres que não tem o discernimento entre AOC e pílula contraceptiva de emergência, acreditando que a AOC só deve ser utilizada após relações sexuais desprotegidas. A pílula de emergência é ingerida quando ocorre falha no método contraceptivo usual, possibilitando o desenvolvimento de uma gestação. É administrada tão logo que possível após a relação sexual e não deve ser usada de forma regular devido a alta carga hormonal, ao contrário do AOC, que prevê um uso regular, atua inibindo a ovulação e pode ser associados a outro método contraceptivo.[1] No que refere-se ao uso abusivo de AOC, destaca-se o frequente esquecimento do uso diário das drágeas seguido da superdosagem em único dia. Cabe salientar que a eficácia do método descrito relaciona-se a sua ingestão, de forma que períodos de esquecimento resultam em diminuição de proteção.[1] Ainda pode-se vivenciar situações em que a mulher não desejava engravidar e não utilizava nenhum método contraceptivo. Durante o tempo de atividades teórico-práticas, pode-se perceber que apesar do grande número de mulheres estarem utilizando AOC de forma equivocada, elas não representam a totalidade das usuárias atendidas no período. Sugere-se o questionamento oportuno sobre a utilização de métodos contraceptivos, principalmente sobre o uso do AOC, em qualquer situação que a mulher adentre ao serviço de saúde. A adesão de comportamentos sexuais seguros das mulheres ainda é um grande desafio para os profissionais de saúde, sendo que esta abordagem individualizada deve ser feita em consultas que salientem o planejamento familiar.[4]

Considerações Finais

O acolhimento das mulheres que buscam o serviço de atenção primária, para consulta de rotina ginecológica, demanda que o profissional que fará a abordagem tenha escuta qualificada, a fim de tratar cada situação de acordo com sua individualidade. É necessário que a equipe de saúde mantenha vínculo com as mulheres para o acompanhamento do método escolhido, através do encorajamento do retorno à Unidade em caso de dúvida, alteração ou necessidade de troca. Estas vivências enquanto academia fornecem subsídio para uma mudança assistencial presente e futura, garantem um atendimento integral do indivíduo, além de favorecer o aprendizado,

construir conhecimento na coletividade e evidenciar os pontos frágeis ainda vigentes na assistência à saúde da mulher.

Descritores

Anticoncepcionais; Educação em Saúde; Conhecimento; Planejamento familiar.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino e educação em saúde.

Referências

1 BRASIL, Ministério da Saúde. Protocolo de Atenção Básica: Saúde sexual e reprodutiva. Brasília/DF, 2010.

2 Bahamondes, L et al. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. Rev Bras Ginecol Obstet, 2011; 33(4): 303-9.

3 BRASIL, Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução Nº 3, de 07 de novembro de 2001 - Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem.

4 Tamboril, ACR et al. Diagnóstico de enfermagem conhecimento deficiente em usuárias de anticoncepcional oral combinado. Rev Eletrônica de Enfermagem, 2015; 17(4). Disponível em: https://revistas.ufg.br/fen/article/view/31786/20673.

A IMPORTÂNCIA DA VIVÊNCIA PRÁTICA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM: um relato de experiência

Autores

Maite Jesus Silva[1];
Nandara Pradella[2];
Tania Maria Ascari[3]

E-mail para correspondência

maite_silva1995@outlook.com.br

Resumo

Introdução

No Brasil o Processo de Enfermagem (PE) foi introduzido por Wanda De Aguiar Horta, na década 70; foi um tentativa de melhorar a qualidade de assistência dos profissionais de enfermagem, para alcançar as necessidades específicas do paciente. O processo de enfermagem é definido com um instrumento de auxílio que realizado da maneira correta contribui para o fortalecimento da profissão enquanto ciência. Segundo a resolução COFEN 358/2009, o PE é constituído de 5 etapas, a saber: coleta de dados, diagnostico, planejamento, implementação e avaliação de enfermagem(1). Na prática assistencial, observa-se que o PE está sendo implementação em muitas instituições, e traz consigo desafios para consolidação em todas as suas etapas. O processo de enfermagem é uma importante ferramenta metodológica para a atuação do enfermeiro, é uma alternativa que possibilita a reaproximação entre o enfermeiro e paciente(2). O PE realizado na forma correta possibilita que o enfermeiro realize uma análise crítica sobre as condições de saúde do paciente e através distonconsiga

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste;
2 Acadêmico de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem – Udesc Oeste.

elaborar cuidados de enfermagem visando na melhora do quadro do mesmo[2].

Objetivos

Relatar a experiência de aplicação do PE durante ATP (Atividades Teórico Práticas) da disciplina de Semiologia e semiotécnica II.

Método

Trata-se de um relato de experiência vivenciada no Hospital Regional do Oeste (HRO), durante ATP no segundo semestre de 2018. O grupo era composto por cinco discentes da 4ª fase do curso de graduação em enfermagem. Durante as ATPs eram realizados diversos procedimentos de competência da enfermagem com os pacientes, que eram designados por um professor supervisor que permanecia todo o tempo junto aos discentes. Dentre as atividades a serem realizadas estava o processo de enfermagem. O paciente indicado pelo professor para o PE, era do sexo masculino, casado, chefe de manutenção, 68 anos de idade, natural da cidade de Chapecó/SC, internado a quatro dias no Hospital regional do Oeste, na clínica cirúrgica geral com diagnóstico médico de neoplasia maligna de outras partes e necrose da língua; estava no período Pós Operatório (PO). O processo baseou-se em literatura específica e seguiu as etapas do mesmo corretamente.

Resultados e Discussão

O processo de enfermagem é de competência exclusiva do enfermeiro e é constituído por cinco etapas que estão interligadas, a fim de tornar a assistência de enfermagem sistematizada e organizada para proporcionar atendimento individualizado ao paciente. Na primeira etapa foram coletados os dados por meio de anamnese, onde entrevistamos o paciente e o familiar que estava presente no momento, foi identificado que o paciente era tabagista há mais de 30 anos e etilista há 20 anos, queixava-se de dificuldade para deglutir, sendo um dos motivos para ter procurado ajuda médica, onde acabou descobrindo o câncer. Após receber o diagnóstico, entrou na fila do SUS, para a realização da cirurgia de exérese de tumor maligno. Os familiares relataram estar cientes da patologia e aceitaram o tratamento cirúrgico e seus riscos. Em virtude do procedimento cirúrgico, foi necessário a introdução de um dreno portovac na região antero lateral do pescoço que apresentava efluente sanguinolento em média quantidade. Em virtude da dificuldade de deglutir foi prescrito pelo médico, a passagem de uma sonda nasoentérica, para suprir suas necessidades nutricionais. Na sequência foi realizado o exame físico, no qual constatou-se que o paciente encontrava-se consciente, agitado e comunicativo. Ao realizar a escala de Morse, apresentou escore 85, ou seja, risco moderado de queda, e Braden com escore 21, indicando baixo risco para desenvolver lesão por pressão. Apresentava-se hidratado, couro cabeludo sem sujidade e base do crânio sem alterações, pupilas isócoricas e fotorreagentes, com abertura ocular espontânea. Cavidade nasal, apresentando epistaxe (sangramento nasal), exibia pontos de necrose na língua, com presenta de halitose. Ao exame físico do tórax, presença de tiragem intercostal, apresentando murmúrios vesiculares audiveis da base ao ápice dos pulmões, tórax em formato de peito de pombo. Na ausculta abdominal apresentou ruídos hidroaéreos hipoativos, nos quatros quadrantes, som timpânico presente, abdome globoso, sem apresentar dor à palpação. Sinais vitais: PA oscilando durante o dia, necessitando ser administrado medicação para o controle, saturação abaixo do normal, normotérmico, eupneico, normocardico, pulso filiforme rítmico. Relatando queixa de dor no local da incisão cirúrgica. De posse desses dados e com base em referenciais teóricos foram identificados os seguintes DE prioritários: Deglutição prejudicada relacionada a obstrução mecânica (tumor), caracterizada por odinofagia. Risco de infecção relacionado a enfermidade crônica (HAS) e procedimentos invasivos. Dor aguda relacionada a agente lesivo (procedimento cirúrgico) [3]. A partir do DE elencou-se como itens de planejamento de cuidados: utilizar técnica limpa ao administrar a alimentação por sonda, monitorar quanto a presença de ruídos hidroaéreos, elevar a cabeceira de 30 a 45º durante a nutrição. Lavar as mãos antes e depois de realizar atividades com o paciente, monitorar paciente para efeitos adversos, toxidade e interações dos medicamentos administrados. Os cuidados foram implementados e após avaliação e inalteração dos DE, decidiu-se manter os mesmos cuidados.

Considerações finais

Na experiência vivenciada percebeu-se que o processo em si envolve desafios para sua aplicação; mas, acredita-se que se o mesmo for realizado na forma apropriada, traz melhorias e individualização dos cuidados prestados ao paciente. As vivências acadêmicas efetivamente contribuem para ampliar o conhecimento teórico e científico, e cooperam para a formação de futuros profissionais qualificados e aptos a realizarem uma assistência de qualidade. É

importante ressaltar que este tipo de prática seja desenvolvida durante a graduação para que nós como futuros profissionais da saúde tenhamos um maior conhecimento teórico e prático para que consigamos realizar uma assistência de qualidade juntamente com a equipe de enfermagem possibilitando uma troca de conhecimento cientifico, sempre respeitando as etapas do PE para que a assistência de enfermagem seja planejada e executada adequadamente e com isso os resultados sejam alcançados trazendo uma maior eficácia do tratamento do paciente bem como, uma assistência mais humanizada(2). Se necessário, precisamos compreender/criar novos significados para ele, assumindo, em primeiro lugar, a premissa básica de que nós, os agentes da Enfermagem, somos seres humanos cuidando de seres humanos ou, como disse a Dra. Wanda de Aguiar Horta, gente que cuida de gente(4).

Descritores

Saúde; Relações enfermeiro-paciente; Estudante; Educação em enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

REferências

1 Cofen- Concelho Federal de Enfermagem [homepage na internet]. Resolução Cofen- 358/2009. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html. Acesso em: 01 abr 2019.

2 Souza M. O processo de enfermagem na concepção de profissionais de Enfermagem de um hospital de ensino. Rev Bras Enferm. 2013; 66(2):167-73.

3 NANDA, Internacional I. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I: Definições e Classificação 2018/2020. 11º ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

4 Garcia T et al. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Rev Enferm. 2009; 13 (1): 188-193.

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Autores

Daiana Brancalione[1],
Manoela Marciane Calderan[2],
Clarissa Bohrer Silva[3],
Francielli Girardi[44]

E-mail para correspondência

daianaudesc20151@gmail.com

Resumo

Introdução

Os Agentes Comunitários de Saúde possuem diversas atribuições e funções na equipe de saúde da família, como o acompanhamento e cadastro dos usuários e suas famílias; orientações sobre promoção da saúde e prevenção da doença, abordando, em especial, as ações programáticas em saúde; desenvolvimento de visita domiciliar com a equipe multiprofissional; além de funcionarem como elo entre a unidade de saúde e o território de abrangência, através do contato permanente com a comunidade.(1) O enfermeiro possui papel fundamental neste processo, salientando a importância de sua atuação, como coordenador dos ACS, e muitas vezes, como gestor da unidade, no planejamento e gerência do serviço de saúde. Assim, o enfermeiro é responsável por promover atividades de educação continuada, proporcionando aos envolvidos, troca de saberes, sensibilização, conscientização, participação e autonomia. (2) Para tanto, denota a necessidade de aproximação com esses atores ainda durante a graduação.

1-2 Estudante de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste;
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem da Udesc Oeste;
4 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Udesc Oeste.

Objetivo

Relatar a vivência de uma roda de conversa com os ACS enfocando a sua dinâmica de trabalho como componente de equipe de saúde da família.

Método

Trata-se de um relato de experiência sobre uma roda de conversa desenvolvida com ACS de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município de Chapecó/SC. A atividade ocorreu em data previamente agendada, no mês de setembro de 2018, durante a Atividade Teórico-Prática (ATP) da disciplina de Gestão e Gerência em Serviços de Saúde, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). Participaram da atividade cinco estudantes de enfermagem, a professora da disciplina e 14 ACS. A roda de conversa ocorreu durante o início do turno da manhã, na sala dos ACS enquanto os mesmos ainda estavam na unidade, eram 14 ACS, todas mulheres, mais 5 estudantes de enfermagem e a professora da disciplina. A disposição dos participantes foi em círculo, possibilitando que todos os participantes ficassem à vontade para contribuir com as discussões, a atividade teve duração de uma hora e foram utilizadas perguntas norteadoras para conhecer a dinâmica de trabalho desses profissionais.

Resultados e Discussão

Com o desenvolvimento da atividade foi possível conhecer a realidade do serviço de saúde, ampliando a visão sobre o seu território de abrangência, foi possível identificar através do diálogo, que se tratava de um território misto, abrangendo de um lado o centro da cidade e de outro uma região mais carente. A atividade proporcionou a melhor compreensão da dinâmica de trabalho desses profissionais, as ACS relataram que as prioridades das visitas domiciliares são primeiramente aos usuários como: hipertensos, diabéticos, também à idosos, acamados, mulheres grávidas e puérperas. A partir do diálogo na roda de conversa foi possível elencar pontos positivos e negativos relatados pelas ACS sobre o seu processo de trabalho na equipe. Sobre os pontos negativos, emergiram três pontos principais: (I) dificuldades com as fichas utilizadas que impedem a praticidade do trabalho, apontando sugestões que poderiam facilitar o seu preenchimento no sistema; (II) relatam não se sentirem valorizadas pela equipe em relação às demandas e opiniões apontadas; (III) sentem necessidade de qualificações efetivas com metodologias participativas, especialmente, sobre algumas temáticas que vivenciam em situações cotidianas, como o processo de morrer, cuidados paliativos, violência, uso de drogas, visando melhor atender a população. Como pontos positivos, foi evidenciado: (I) criação de vínculos robustos com a comunidade, facilitando a constituição de uma rede de apoio positiva, tendo em vista a sua atuação como elo entre a unidade de saúde e o território de abrangência, denotando informações importantes que muitas vezes não são percebidas em atendimentos individuais; (II) relatam gostar e sentir satisfação com o desempenho de seu trabalho e se sentem reconhecidas pela população; (III) possuem discernimento da importância do seu trabalho para o funcionamento adequado da ESF. Fortalecendo as discussões que emergiram na roda de conversa, um estudo realizado com agentes comunitários de saúde, foi encontrado como dificuldades na realização do seu trabalho à ausência de reconhecimento profissional, fragilidade no trabalho em equipe. Sugerindo como estratégias para a minimização/solução desses entraves a articulação entre a equipe multiprofissional e a capacitação contínua desses profissionais. [3-4]

Considerações finais

Através dessa experiência foi possível reconhecer a importância do trabalho dos ACS para a ESF, uma vez que, através deles é possível conhecer os problemas e fragilidades de saúde no território, sendo a base para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pela equipe. Além disso, foi possível conhecer a dinâmica de trabalho e a forma como eles se sentem inseridos no serviço, evidenciando que existem dificuldades (pontos negativos) e facilidades (pontos positivos) que podem ser minimizadas e potencializadas, respectivamente, se planejadas estratégias de atuação. As dificuldades apontadas por esses profissionais denotam a sua percepção em relação ao desenvolvimento e efetividade do seu trabalho. As facilidades demostram o envolvimento deles com a comunidade e a compreensão da importância do papel que desempenham no serviço. Com isso, salienta-se a necessidade do desenvolvimento de ações de educação permanente e continuada com estes profissionais, afim de qualificar a assistência prestada, garantindo a oferta de ferramentas e conhecimentos necessários para o desenvolvimento das atividades/atribuições. O enfermeiro possui papel fundamental neste processo, salientando a importância de sua atuação, como coordenador dos ACS, e muitas vezes, como gestor da unidade, no planejamento do gerenciamento do cuidado e da gerência do serviço de

saúde de acordo com às demandas de seu território e equipe.

Descritores

Enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Administração de Serviços de Saúde; Gestão em Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 BRASIL, Ministério da Saúde**, Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília-DF, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica.pdf. Acesso em: 26 mar 2019.

2 Bassoto TRP. Estratégia da Saúde da família: papel do enfermeiro como supervisor e educador dos ACS. Governador Valadares – MG, 2012. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Estrategia_saude_familia_papel_enfermeiro.pdf. Acesso em: 30 mar 2019.

3 Nacimento, FV, et al; Dificuldades apontadas pelo agente comunitário de saúde na realização do seu trabalho. Saúde (Santa Maria), 2017. Disponível em: file:///C:/Users/10097042900/Downloads/23119-130217-1-PB.pdf. Acesso em: 30 mar 2019.

4 Maciazeki-Gomes RC, Souza CD, Baggio L, Wachs F. O trabalho do agente comunitário de saúde na perspectiva da educação popular em saúde: possibilidades e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1637.pdf. Acesso em: 30 mar 2019.

A ENFERMAGEM ACOLHENDO OS CALOUROS UNIVERSITÁRIOS POR MEIO DA MÚSICA

Autores

Luana Reis[1];
Simone dos Santos Pereira Barbosa[2];
Emanuelly Luize Martins[3];
Tatiana Xirello[4];
eane Barros de Souza[5];
Juliana Praxedes Campagnoni[6]

E-mail para correspondência

reis05luana@hotmail.com

Resumo

Introdução

A inserção do estudante no meio acadêmico traz muitas mudanças, pois acarreta alguns impactos devido as demandas universitárias, com novas responsabilidade e exigências, frutos da saída da casa dos pais, forçando o amadurecimento e marcando o período de transição da adolescência para vida adulta[1]. Nesta perspectiva, é importante que as instituições de ensino desenvolvam estratégias de acolhimento aos estudantes calouros, ajudando-os na inserção social e adaptação à universidade[2]. Várias estratégias criativas podem ser utilizadas para propiciar as relações interpessoais na recepção dos calouros, sendo que entre elas está a música, esta importante arte pode propiciar emoção e estar relacionada com a qualidade de vida das pessoas[3]. Assim identifica-se que a promoção da saúde através da música, não é necessariamente um caminho para utilizar apenas àqueles que se apresentam doentes ou mesmo os internados, conquanto, também, é um remédio para muitas dores caladas no âmago do indivíduo "saudável". Além disso, surge para os discentes o anelo em

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, *campus* Chapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, *campus* Chapecó;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, *campus* Chapecó;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, *campus* Chapecó;
5 Enfermeira, Doutora e Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, *campus* Chapecó;
6 Enfermeira, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, *campus* Chapecó.

experienciar a extensão, já que a mesma interliga a universidade com a comunidade, para se constituir um profissional que seja também cidadão[4]. No intuito de promover a saúde, em 2018, surgiu o projeto de extensão intitulado "Musicagem: a enfermagem promovendo a saúde no ambiente hospitalar por meio da intervenção musical", do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), com vistas a auspiciar um ambiente mais salutar aos pacientes internados nos hospitais públicos de Chapecó-SC. Perante a repercussão das atividades de intervenção musical realizadas nos hospitais, o setor técnico administrativo da UFFS convidou a equipe do projeto de extensão para acolher os estudantes calouros, recém-chegados no espaço universitário.

Objetivos

Compartilhar a experiência positiva de estudantes de Enfermagem no acolhimento aos calouros da UFFS por meio da música, promovendo uma linha de interação entre eles e com os demais alunos e professores.

Método

O evento de recepção aos calouros ocorreu no início do primeiro semestre letivo de 2019. Os integrantes do projeto de extensão realizaram ensaio e prepararam um repertório com músicas conhecidas para entoar, entre elas Trem-Bala, Trevo, Peça Felicidade e É Preciso Saber Viver. Contando com a participação na atividade de cinco acadêmicos do curso de Enfermagem e duas docentes, acompanhados de seus instrumentos musicais: dois violões, um violino e um tambor. A recepção ocorreu no hall do bloco da biblioteca da instituição, em dois momentos: nos períodos matutino e vespertino, conforme os turnos iniciais de aula dos alunos ingressantes. O grupo Musicagem realizou o acolhimento aos calouros com uma dinâmica integrativa musical, fazendo-se uso de músicas com letras reflexivas e proporcionando interação com o grande grupo. Os integrantes do Musicagem direcionaram-se, incialmente, cantando e tocando na sala de estudos onde se encontravam os estudantes, encaminhando-os para o hall de entrada do bloco da biblioteca. Os calouros demonstraram surpresa e sorrisos ao ouvir as músicas. No findar, o grupo Musicagem convidou todos os presentes para formarem um círculo, dar as mãos uns aos outros e cantar juntos, integrando o público e formando um grande coral de vozes.

Resultados e Discussão

Pode-se observar que no período matutino houve maior incidência de timidez, tendo uma certa resistência em acompanhar o grupo Musicagem até o hall de entrada. No segundo momento, no turno vespertino, os estudantes calouros se integraram intensamente com os veteranos, propiciando descontração, envolvimento e menor timidez. Pode-se perceber que a música desempenhou uma função importante nas relações interpessoais, promovendo a interação entre os acadêmicos de enfermagem com os demais cursos e com os estudantes imigrantes, aproximando os indivíduos, além de suscitar a diversidade e a riqueza cultural. A atividade desenvolvida no meio acadêmico proporcionou momentos de lazer, cultura, sociabilidade, bem-estar e auxílio neste primeiro instante de tensão em que os estudantes se encontravam, ocasionado pelo ambiente desconhecido, dessa forma, percebe-se que a ação promoveu a saúde de todos os envolvidos.

Considerações finais

A repercussão da atividade prolongou-se, pois mesmo após alguns dias, os estudantes calouros sorriam para a equipe do Musicagem, agradecendo as músicas entoadas, despertando a oportunidade de desenvolver novas amizades e englobando os acadêmicos em um novo ambiente. A ação foi de baixo custo, mas com ricos efeitos positivos no acolhimento aos novos integrantes da vida acadêmica, deixando perceptível que a música auxiliou na integração dos estudantes no espaço universitário. Ficou evidente que os estudantes precisam ser acolhidos de forma satisfatória e que a música pode promover a saúde, utilizando tecnologia simples e de baixo custo. Por fim, para os estudantes de Enfermagem que integram o projeto de extensão, foi um momento importante para refletir que também é possível e necessário cuidar das pessoas longe dos serviços de saúde, sendo que a música pode ser uma estratégia de atuação para a Enfermagem promover a saúde na comunidade, não obstante, contribui com o rompimento da visão de uma Enfermagem somente assistencialista ou curativista e motiva um olhar holístico que viabilize as demandas da comunidade.

Descritores

Música; Extensão; Acolhimento; Universidade.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Teixeira MAP; Dias ACG; Wottrich SH; Oliveira AM. Adaptação à universidade em jovens calouros. Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional ABRAPEE on line, Porto Alegre, 2008 jun; 12(1):185-202. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pee/v12n1/v12n1a13.pdf. Acesso em: 2019 Mar. 01.

2 Oliveira CT de; Dias ACG. Dificuldades na trajetória universitária e rede de apoio de calouros e formandos. Psico on line, Santa Maria, 2014 jun; 45(2):187-197. Disponível em: http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/13347/11708. Acesso em: 2019 Mar. 04.

3 Areias, JC. A música, a saúde e o bem estar. Nascer e Crescer on line, Porto, 2016 mar; 25(1):7-10. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000100001&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 2019 Mar. 01.

4 Araújo, DC. A experiência de estudantes de enfermagem atuantes em projeto de extensão universitário. Revista Científica Univiçosa on line, Viçosa, 2017 dez; 9(1): 187-193. Disponível em: https://academico.univicosa.com.br/revista/index.php/RevistaSimpac/article/view/809.

CINCO SENTIDOS NO PROCESSO DE ENVELHECER

Autores

Mariéli Terezinha Krampe Machado[1];
Andressa Peripolli Rodrigues[2];
Margot Agathe Seiffert[3];
Neiva Claudete Machado[4];
Rita Fernanda Monteiro Fernandes[5];
Sandra de Mello Cardoso[6]

E-mail para correspondência

marieli.krampe@iffarroupilha.edu.br

Resumo

Introdução

O processo de envelhecimento humano ocorre de forma individual. A partir dos 30 anos inicia-se um declínio lento e gradual de todos os sistemas corpóreos, influenciando na qualidade de vida e saúde das pessoas. Os cinco sentidos visão, audição, tato, olfato e paladar são a forma pela qual entendemos e interpretamos o mundo onde vivemos, tendo especial função de proteção da integridade da pessoa[1].

Objetivos

O objetivo desde estudo foi sensibilizar os idosos e familiares sobre os principais problemas sensórios que surgem durante o processo de envelhecimento bem como sobre estratégias de minimização de riscos e prevenção de acidentes.

Método

O método utilizado revisão bibliográfica acerca da anatomia e fisiologia do sistema sensorial do idoso e posteriormente pesquisa ação, um processo empírico que compreende a identificação do problema dentro de um contexto social e/ou institucional,

1 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
2 Enfermeira, Doutora, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
3 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
4 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
5 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
6 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha.

a identificação da necessidade de mudança e o levantamento de possíveis soluções, além de intervenções na prática no sentido de provocar a transformação[2]. Foi desenvolvida por docentes e discentes de um Curso de Especialização Técnica em Saúde do Idoso de uma instituição pública do norte de Santa Catarina que desenvolveram cartilhas para educação em saúde com cinco grupos de idosos da mesma localidade no ano de 2016.

Resultados e Discussão

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo, embora o envelhecimento humano visto com destaque em países desenvolvidos é também a realidade dos países em desenvolvimento, como o Brasil. Segundo último censo realizado, no país estima-se a existência de quase 21 milhões de pessoas com mais de 60 anos de idade. Há uma perspectiva de que, para o ano de 2050 haverá cerca de dois bilhões de idosos vivendo no mundo e cerca de 80% em países em desenvolvimento[3]. Preocupa-se com o acesso dos idosos aos serviços de saúde bem como com a qualidade de vida que terão nestes anos adicionais de vida. Desta forma, realizar ações de promoção e prevenção à saúde através de ações como educação em saúde podem fazer a diferença no dia a dia deste grande contingente de idosos. O sistema sensorial nos permite perceber tudo que ocorre ao nosso redor: ver luz e cores, ouvir ruídos e outros sons, perceber perfumes, sentir sabores diversos, distinguir através do tato a temperatura ou pressão. É comum verificar um declínio das funções sensoriais durante o processo do envelhecimento[1] e essa capacidade reduzida pode causar o aumento do risco de acidentes e agravos à saúde do idoso como: quedas graves por obstáculos não vistos, desatenção a alarmes e sinais de alerta que não foram escutados, ingestão de substâncias perigosas que não foram identificadas, não perceber cheiros de substâncias como fumaça ou gás e ainda risco de queimaduras na pele pela redução das sensações táteis por exemplo. O sistema sensorial é composto pelos cinco sentidos: visão, tato, olfato, audição e paladar que em conjunto facilitam nossa interação com o mundo[1]. É de grande importância uma cuidadosa e constante avaliação através de um oftalmologista, a fim de que medidas profiláticas e curativas sejam realizadas para evitar a perda acentuada da acuidade visual bem como identificação precoce e tratamento de doenças. O ouvido além de ser responsável pela audição, também é extremamente importante para a manutenção do equilíbrio. Distúrbios de comunicação gerados pela perda da audição torna a atividade de compartilhar pensamentos e informações uma tarefa desconfortável e é comum que o idoso desista de interagir. Devido a alterações nos tecidos moles e atrofia das glândulas mucosas pode haver redução do olfato. Ocorre também a redução da sensação de tato com o passar dos anos, neste sentido deve haver incessante busca para o suporte, tanto para o idoso como também para sua família, promovendo a prevenção para eventuais acidentes. É comum ocorrer nos idosos uma diminuição na capacidade de perceber sabores doces e salgados dos alimentos, enquanto o sabor ácido e amargo se mantém inalterados[1]. Isso acontece devido à atrofia das papilas gustativas que são responsáveis pelo paladar, outro fator que também pode alterar o paladar é o uso de certos medicamentos. Os resultados demonstraram que dentre as principais alterações sensoriais a dificuldade visual representa um fator de risco de 95,8% para quedas[1], bem como a diminuição da sensibilidade tátil e função vestibular. A partir dos achados na literatura observou-se a necessidade de compartilhar essas informações com idosos e familiares através de atividades educativas em saúde, visando à prevenção e promoção da saúde. Assim foram elaboradas cartilhas sobre as principais alterações no sistema sensorial e quais os cuidados necessários para prevenção de acidentes para orientação de idosos e familiares. A família é vista como base da sociedade [5], sendo que é seu dever e do Estado, assegurar o bem estar da pessoa idosa, o que diante do acelerado aumento da desta população, lhe incumbem responsabilidades sociais, sendo assim os familiares foram convidados a participar das ações educativas a fim de adquirirem conhecimentos e desenvolver ações efetivas junto aos familiares idosos. Percebe-se que as demandas do cuidado atravessam os limites do esforço físico, mental, psicológico, social e econômico. Quando a família e o indivíduo não conseguem encontrar alternativas viáveis, ou quando as habilidades e os recursos pessoais e familiares são insuficientes para o manejo desta situação, há uma forte tendência para que ocorra desorganização, desestruturação, trazendo consequências negativas desta forma a informação e envolvimento da família acaba sendo um fator protetor para os idosos[4]. As atividades educativas proporcionaram a sensibilização dos participantes através do conhecimento de possíveis riscos relacionados ao declínio do sistema sensorial em idosos os quais muitas vezes passam despercebidos.

Considerações finais

Concluímos que o projeto proporcionou aos discentes o desenvolvimento da capacidade de elabo-

ração de estratégias para promoção e prevenção em saúde através da prática da educação em saúde; ampliou o conhecimento da comunidade, idosos e familiares acerca dos problemas sensórios que surgem durante o processo de envelhecimento bem como estratégias de minimização de riscos e prevenção de acidentes dos idosos.

Descritores

Assistência Integral à saúde do Idoso; Atenção à Saúde do Idoso; Educação em Saúde; Envelhecimento; Função dos Sentidos.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

Edital nº 27/PROPPI/2016, Programa de Apoio ao Desenvolvimento de Pesquisa e Extensão com Finalidade Didático Pedagógica em Cursos Regulares no Campus Joinville.

Referências

1 Lima PJ. A Influência das Alterações Sensoriais na Qualidade de Vida do Idoso; 2007.

Machado, T.R, Oliveira C.J, Costa F.B.C, Araujo T.L. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(1):32-8. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a04.htm

2 Elliopoulos, C. Enfermagem Gerontológica; 7 edição, 2011. Koerich et al.. Pesquisa-ação: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009; 11(3): 717-23. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a33.htm.

3 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010. Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica número 28. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Rio de Janeiro. 2011.

4 Duarte YA; Diogo MJ. Atendimento Domiciliar – Um Enfoque Gerontólogo; 1 edição, São Paulo: Atheneu, 2005. 630p.

5 Figueiredo MHJS et al. Ciclo vital da família e envelhecimento: contextos e desafios. Revista Temática Kairós Gerontologia, São Paulo, 2011; 14(3):11-22. Disponível em: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/6483.

A CONSTRUÇÃO DO PLANO DE AULA E A PRÁTICA DOCENTE ALIADA A METODOLOGIAS ATIVAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Angela Maria Gomes[1];
Iasmim Cristina Zilio[2];
Maria Elisabeth Kleba[3];
Carla Rosane Paz Arruda Teo[4];
Fátima Ferretti[5].

E-mail para correspondência

angela.gomes@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Ser docente é uma tarefa complexa e inúmeros fatores podem influenciar no exercício profissional desde a formação até a concretização do ser docente. Para além do arcabouço teórico, o docente necessita vivenciar experiências práticas para que se torne um profissional preparado para lidar com os entraves da profissão. Dentro desse cenário, as metodologias ativas são estratégias para o ensino/aprendizagem problematizador, objetivam motivar o discente à reflexão e criticidade. A ação de problematizar pode levar ao contato do estudante com as diversas realidades e promove a produção do conhecimento a partir de suas próprias experiências, na perspectiva da solução de impasses que culmina em seu desenvolvimento próprio, exercitando a liberdade e a autonomia de realização de escolhas e tomada de decisões.[1-2]

1 Enfermeira. Mestre em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais. Programa de Pós-Graduação em Políticas Sociais e Dinâmicas Regionais – Unochapecó;

2 Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação (PPG) em Ciências da Saúde – Unochapecó;

3 Enfermeira. Doutora em Filosofia. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

4 Nutricionista. Doutora em Ciência de Alimentos. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

5 Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva. Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

Objetivos

Objetiva-se relatar a experiência da construção de um plano de aula e realização de uma prática docente utilizando-se de metodologias ativas.

Método

Trata-se de um relato de experiência sobre a elaboração de um plano de aula e de uma prática docente com um curso de Enfermagem, utilizando-se de metodologias ativas de aprendizado. A experiência foi realizada como um exercício de aprendizagem no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, nível mestrado. As atividades ocorreram ao longo dos meses de abril a junho de 2018 e foram desenvolvidas por duas mestrandas durante o componente curricular "Formação e Ensino em Saúde do referido programa de pós-graduação. O plano de aula foi construído, majoritariamente, em sala de aula e a prática docente foi realizada com a primeira fase de um curso em Enfermagem de uma universidade de Chapecó/SC.

Resultados e Discussão

Para construção do plano de aula, primeiramente houve a pactuação com a universidade a qual o curso de Enfermagem foi cenário da prática, com apresentação da proposta de atividade e definição da temática a ser trabalhada. Em seguida, foi elaborado o plano de aula de acordo com os objetivos da aula pactuada para a prática docente, avaliado pelas docentes da disciplina do PPGCS e validado pelos docentes parceiros da disciplina do curso de Enfermagem. A prática docente ocorreu no dia 08 de junho de 2018, no âmbito da disciplina "Fundamentos da Saúde Pública" e contou com a participação dos 37 estudantes matriculados, além de um docente da disciplina. O tema da atividade proposta para a aula foi "O SUS em Chapecó e no Oeste Catarinense, alguns indicadores locais e Rede de Atenção", com os objetivos voltados a reconhecer o SUS e sua Rede em Chapecó e no Oeste Catarinense, bem como os indicadores locais de saúde, debater a Rede de Atenção em Saúde de Chapecó e região. Vale ressaltar que, por se tratar da primeira fase do curso, foi necessária uma adequação da linguagem científica usada durante a atividade e nos materiais propostos, como utilização de termos técnicos da área da saúde linkados com os significados. A fim de instigar a participação ativa e crítica-reflexiva dos estudantes, foram elencadas três estratégias pedagógicas ativas, sendo elas: Rotação por estações, solução de problemas e aula expositiva dialogada. Para realizar as estratégias de rotação por estações e soluções de problemas a turma foi dividida em quatro grupos, dispostos na sala de aula em forma de ilhas. Na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde (RAS), cada grupo recebeu uma rede temática, uma situação problema criada pelas mestrandas e relacionada àquela rede, as instituições de saúde pertencentes a cada rede junto com uma breve contextualização destas, além de materiais como folhas de ofício, cartolinas, canetas coloridas e pincéis atômicos. A tarefa de cada grupo foi desenvolver o raciocínio crítico de como a RAS de cada grupo funciona, na perspectiva de construir o caminho que o usuário descrito na situação problema percorreu dentro da rede. Inicialmente, os grupos permaneceram em suas ilhas para aproximação com a proposta e construção da ideia inicial e após este período, houve revezamento entre as ilhas. Ao total foram cinco rodadas, a primeira totalizando 23 minutos, a segunda 13 e as subsequentes 10 minutos. Após, foi disponibilizado 10 minutos para síntese final e resposta do desafio proposto, seguida da socialização das produções de cada grupo, com contextualização das mediadoras, totalizando mais 25 minutos de construções teóricas acerca das RAS. Ressalta-se que o uso da estratégia de resolução de problemas por meio da situação problema serviu como uma forma de avaliação inicial, para identificação dos conhecimentos prévios dos estudantes. Dando sequência à prática docente, houve o momento da aula expositiva dialogada, com duração de uma hora, com abordagem de assuntos relacionados as RAS e aos indicadores de saúde. É importante destacar que houve participação dos estudantes durante a exposição, com perguntas relacionadas a temática. Por fim, foram realizadas duas avaliações, a primeira objetivando analisar o conteúdo absorvido durante a aula, bem como o alcance dos objetivos propostos para a aula, por meio de um formulário online via Google DOCS. A segunda avaliação objetivou obter conceitos sobre a aula realizada como nível de produtividade, com o auxílio de tarjetas nas quais os estudantes escreveram uma palavra que definiu a aula, como por exemplo, a palavra "dinâmica" que apareceu em 50% dos casos. Considerações finais: A construção do plano de aula permitiu planejar e intervir na realidade de forma concisa e sólida, com os subsídios teóricos e metodológicos previamente definidos que auxiliaram na condução da atividade e promoção do conhecimento em sala de aula, facilitando também o alcance dos objetivos propostos. A atividade prática promoveu a construção de conhecimentos de forma coletiva e compartilhada, por meio das metodologias

ativas. A escolha da estratégia em grupo favoreceu a integração dos participantes e possibilitou o compartilhamento de saberes de forma inclusiva, favorecendo a autonomia de cada participante. Ademais, a experiência possibilitou ainda, vivenciar, mesmo de que de forma breve, a incumbência de ser professor (e enfermeiro), com desafios a serem superados e os entraves que possam vir a acontecer, como dificuldades na comunicação, a desatenção dos estudantes ou até mesmo imprevistos com os recursos tecnológicos.

Descritores

Enfermagem; educação superior; formação profissional; ensino.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento:

Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES e Programa de Bolsas Universitárias de Santa Catarina - UNIEDU.

Referências

1 cyrino, EGT; Pereira, ML. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. Cad Saúde Pública *on line*, São Paulo, 2004; 20(3):780-788.

2 Mitre, SS; Siqueira-Batista, R; Girardi-de--Mendonça, JM; Morais-Pinto NM; Meirelles, CAB; , Pinto-Porto C; et al . Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciênc. saúde coletiva on line, Minas Gerais, 2008; 13: 2133-2144.

A EDUCAÇÃO PERMANENTE NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM NA ABORDAGEM DA DOENÇA RENAL CRÔNICA

Autores

Daiana Brancalione[1];
Edir Cervinski[2];
Sarah Millene Silva Gramkow da Cunha[3];
Francieli Girardi[4];
Olvani Martins da Silva[5]

E-mail para correspondência

daianaudesc20151@gmail.com

Resumo

Introdução

A doença renal crônica (DRC) é um preocupante problema de saúde pública(1), os dados sobre a população mundial, estimam que a prevalência varia entre 8% e 16%(2) O diagnóstico precoce da doença permite retardar ou mesmo impedir sua progressão para estágios mais avançados, dessa forma, os cuidados primários em saúde são fundamentais para que estes desfechos indesejados possam ser evitados(3). Com isso, o projeto de Extensão da Universidade Estadual de Santa Catarina, intitulado: Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: pensando a integralidade do cuidado na DRC na rede de saúde do Município da Chapecó-SC, foi criado com o objetivo sensibilizar através da Educação Permanente às equipes da Atenção Primária em Saúde (APS) no município de Chapecó, fortalecendo a integralidade na prevenção, detecção precoce e manejo da doença.

1-2-3 Estudante de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

4 Doutoranda em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

5 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Objetivos

Relatar a experiência vivenciada em uma atividade de extensão desenvolvida com profissionais de enfermagem da APS de Chapecó/SC.

Método

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade em formato de oficina desenvolvida pelo projeto de extensão: Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis: pensando a integralidade do cuidado na DRC na rede de saúde do Município da Chapecó-SC. A atividade foi realizada no dia 11 de setembro de 2018, durante os períodos matutino e vespertino, na secretaria de saúde de Chapecó. Participaram desta atividade 134 profissionais de enfermagem. Destes 10 são técnicos de enfermagem, 04 enfermeiros, 02 estudantes de enfermagem e 118 auxiliares de enfermagem. A oficina foi dividida em seis etapas: (I) dinâmica de quebra gelo, (II) apresentação do projeto, (III) distribuição dos termos e questionários de pesquisa, (IV) palestra sobre a DRC e o panorama dos fatores de risco, (V) Estudo e discussão de caso (VI) avaliação da oficina.

Resultados e Discussão

A oficina foi realizada em seis etapas, na etapa (I) ministrou-se uma dinâmica de quebra gelo, utilizando uma Prática Integrativa Complementar, a dança circular. Essa etapa proporcionou aos participantes um momento de relaxamento e descontração, o que permitiu que fosse criado um vínculo entre participantes e organizadores da oficina, isso influenciou na melhor aceitação das atividades a serem realizados posteriormente. A etapa (II) consistiu na apresentação do projeto de extensão, do assunto e das atividades a serem realizadas durante o período, a seguir na etapa (III) foram entregues os termos de compromissos e questionário para a realização de uma pesquisa sobre o assunto. Após os participantes responderem os questionários, realizou-se a etapa (IV), composta de atividade de educação permanente em saúde, com o objetivo de recapitular a DRC, trazendo o panorama internacional e nacional da doença, bem como, seus fatores de risco e impactos na vida do paciente. A etapa (V) foi realizada através de um estudo de caso, para essa atividade, foram divididos os grupos para leitura e discussão de estudos de caso. Os participantes ao chegarem no local da oficina receberam aleatoriamente laços de fita mimosa com três cores diferentes, as cores dos laços foi o critério para a divisões dos grupos. Foram distribuídos três estudos de casos fictícios relacionados à pacientes com DRC ou pré-dispostos a DRC inseridos na APS, a proposta de discussão teve como intuito identificar na percepção dos profissionais, os caminhos percorridos pelos pacientes na busca da assistência na unidade de saúde, os serviços e atendimentos ofertados. Essa atividade instigou os participantes a refletirem sobre o processo de trabalho e a humanização do atendimento aos usuários, uma vez que os sinais e sintomas da doença são silenciosos. Após a discussão dos estudos de casos nos pequenos grupos, foi aberto para a socialização no grande grupo, onde um orador de cada grupo comentou sobre as discussões realizadas em seu estudo de caso. A última etapa (VI) foi realizada a avaliação da oficina, onde os participantes relataram como se sentiram durante o processo. Os resultados da avaliação foram positivos, os participantes relataram que a introdução teórica, através da educação permanente em saúde, relembrou e trouxe informações novas sobre o assunto, e que ainda, muitos não conheciam o panorama epidemiológico da doença. Sobre os estudos de casos, os participantes comentaram que foram positivos, ajudaram a se sensibilizarem com os pacientes portadores de DRC e ainda os instigaram a prestarem maior atenção aos pacientes pré-dispostos ao desenvolvimento da doença.

Considerações finais

Com base nos relatos dos participantes da oficina, somado ao que foi possível observar durante o desenvolvimento da mesma, percebeu-se que os objetivos da atividade foram alcançados com êxito. Os participantes se envolveram na atividade e saíram da atividade conhecendo o cenário da doença, o grau de complexidade de seus cuidados e com uma visão mais sensível aos pacientes com DRC. O desenvolvimento dessa atividade propiciou aos estudantes, participantes do projeto de extensão, o entendimento e a vivencia de atividades de educação em saúde, além de possibilitar que os mesmos desenvolvam competências importantes para a formação acadêmica e se sensibilizem com a importância das capacitações em saúde, uma vez que o desenvolvimento da atividade possibilitou visualizar o resultado positivo das capacitações com os profissionais da área da saúde.

Descritores

Doença renal crônica; Cuidado; Atenção Primária à Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde;

Referências

1 Terra, FS. et al. As principais complicações apresentadas pelos pacientes renais crônicos durante as sessões de hemodiálise. Rev. Bras. Clin. Med., Alfrenas, 2010; 8(3). Disponível em: http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2010/v8n3/a001.pdf. Acesso em: 28 fev. 2018.

2 Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki k, Li k, Naicker S, Plather B, et al. Chronic Kidney disease: global dimension and perspectives. Lancet. 2013; 382(9888):260-72. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23727169. Acesso em: 28 fev. 2018.

3 Santos, J. R. F. De M., et al. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. Rev. Saúde.Com 2017; 13(2): 863-870. Disponível em: http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/466/376. Acesso em: 28 fev. 2018.

A PRÁTICA DA ESPIRITUALIDADE NO CUIDADO EM SAÚDE A CRIANÇA E O ADOLESCENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Gisele Marlene Maciag[1];
Bruna Maliska Haack[2];
Pamela Chiela[3];
Jucimar Frigo[4];
Lilian Beatriz Schiwinn Rodrigues[4];
Michele Cristina Minozzo dos Anjos[4]

E-mail para correspondência

giselemaciag@gmail.com

Resumo

Introdução

Os projetos de extensão universitária "Enfermagem Educando Para a Saúde" e "Prevenção de Doenças Transmissíveis" desenvolvem atividades através de ações comunitárias voltadas à educação em saúde da criança e do adolescente em situação de hospitalização, tratamento oncológico, vulnerabilidade e risco social e seu núcleo família. Tais atividades estimulam o interesse e a atenção ao autocuidado e a autonomia na construção do seu estado de saúde e qualidade de vida, minimizando possíveis agravamentos à saúde. Dados revelam que, no Brasil, entre as causas de óbitos de crianças, adolescentes e adultos jovens, o câncer representa a segunda causa de morte. No período de 2009 a 2013, a taxa média de mortalidade ajustada por idade foi de 32,07 por milhão na faixa etária de 0 a 14 anos e de 44,25 por milhão na faixa etária de 0 a 19 anos. Nesse último grupo, a faixa etária de 15 a 19 anos mostrou ser a que apresenta o maior risco de morte no país, especialmente para o sexo masculino. A faixa de menor

1 Acadêmica da Medicina, Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ;
2 Acadêmica da Enfermagem, Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ;
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ;
4 Coodenador de Programa Permanente, Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ;

risco foi encontrada no grupo de 5 a 9 anos[3]. Nesse contesto, a espiritualidade é um tema de interesse crescente no campo da saúde e tem sido reconhecida como um importante recurso interno, que ajuda os indivíduos a enfrentarem as adversidades, os eventos traumatizantes e estressantes, particularmente, relacionados ao processo de saúde e doença, como no caso da criança e do adolescente em situação de hospitalização para fins de tratamento oncológico. Desse modo, os princípios dos cuidados espirituais podem ser aplicados à criança e ao adolescente que se encontram em cuidados oncológicos, independente da cultura, da tradição religiosa e da referência espiritual[4]. A espiritualidade é um termo que pode abranger diversos significados, com enfoques religiosos ou não, refere-se ao aspecto da condição humana, que se relaciona com a maneira pela qual os indivíduos buscam e expressam o significado e o propósito da vida, com o mundo, com a natureza e com o sagrado[4]. Destarte, as discussões acerca da espiritualidade são imprescindíveis e podem contribuir para o resgate da essência do cuidado humano, integral e holístico direcionado à criança e ao adolescente em situação de hospitalização.

Objetivos

Refletir a relevância da prática da espiritualidade no cuidado em saúde à criança e ao adolescente em situação oncológica.

Método

Esse relato de experiência foi oriundo das atividades dos projetos desenvolvidas no Hospital da Criança Augusta Muller Bohner, entre os meses de setembro a dezembro de 2018, totalizando 140 horas. As atividades educativas em saúde à criança e ao adolescente em situação de hospitalização, bem como, ao seu cuidador familiar foram desenvolvidas de forma multiprofissional e interdisciplinar, pelos bolsistas e voluntários dos cursos de graduação de enfermagem e de medicina. As metodologias utilizadas para compor o desenvolvimento das atividades foram o diálogo à beira do leito e o lúdico, a fim de despertar o interesse dos participantes por meio de uma atenção multiprofissional. O diálogo e a escuta sensível permitiram aos seus protagonistas ouvir e serem ouvidos dando espaço para a compreensão de si e do outro, construindo e reconstruindo o conhecimento. A escuta sensível é essencial para a compreensão da espiritualidade humana e prática de cuidado significativa. Entre as atividades educativas realizadas, no período, destacam-se, a saber: promoção e incentivo ao aleitamento materno; cuidados na lavagem de mãos, caderneta de saúde da criança; imunizações; Prevenção do câncer de colo de útero e mamas, espiritualidade como cuidado em saúde, entre outros. Nas práticas educativas, foram coletadas informações e debatidas nas reuniões da equipe, viabilizando um olhar crítico e analítico de cada futuro profissional, para uma possível definição da melhor conduta terapêutica em circunstâncias posteriores.

Resultados e Discussão

A equipe técnica é o alicerce básico para viabilizar um atendimento rápido, eficaz e acolhedor à população que procura assistência especializada na unidade. No Hospital, onde os acadêmicos atuaram, o trabalho em equipe mostrou-se efetivo e engajado, fortalecido pela humanização e pela integralidade da assistência na saúde, em um espaço de troca de conhecimentos com respeito à ética profissional. A análise da dinâmica adotada nos tratamentos sugeriu questionamentos de possíveis desiquilíbrios energéticos negligenciados na terapia médica que sugerem outras aplicações do cuidado em saúde. Diante disso, percebeu-se a eminente necessidade de uma abordagem dedicada a espiritualidade, perante a complexidade de muitos casos patológicos e da fragilidade humana diante da indubitável finitude da vida. No momento, a discussão dessa temática é essencial, pelo fato de proporcionar conforto humano e despertar para o resgate da fé que fortalece o processo de cuidado. A discussão sobre o cuidado holístico permeia diversas pesquisas científicas internacionais, um estudo exploratório em andamento na Faculdade de Ciências da Saúde de Malta, com estudantes da enfermagem, ressalta a conexão e a sensibilidade dos profissionais os quais não estão imunes ao sofrimento dos pacientes e devem intervir no cuidado espiritual[1]. A tentativa de ressignificar o sentido da doença e auxiliar sua aceitação, repercute na maneira como o paciente vê a sua condição, ao mesmo tempo que auxilia na sua cura. Em sumo, ciência e espiritualidade são indissociáveis, a prática do perdão ao próximo e do autoperdão provoca uma transformação pessoal e social. Ao permitir a aceitação da falha humana, haverá a liberação do campo energético que propiciará o colapso de função de onda eletromagnética. A partir do perdão o ser humano carrega o sublime potencial de colapsar a sua realidade, retoma o controle de seus atos, assim como a cura de sua saúde física e mental[2]. Logo, o tratamento ancorado na bioenergética é um importante aliado na recuperação fisiológica e emocional dos enfermos, em tempos de perceptível decadência

dos afetos e dos valores em uma sociedade estremecida pelo estresse e pelo imediatismo.

Conclusão/Considerações

Portanto, essa experiência permitiu, aos acadêmicos, um olhar sobre a formação em saúde e a relevância de tratar o ser humano na sua integralidade, tanto no campo fisiológico, quanto no energético. Mostrou, também, que tanto as Universidades, quanto os Hospitais devem oferecer suporte e preparo nessa área do conhecimento.

Descritores

Educação em saúde; criança; adolescente; equipe multiprofissional; espiritualidade.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Baldacchino, D. Spiritual care education of health care professionals. In: Conference Proceedings Integrating Religion and Spirituality into Clinical Practice. Edited by Printed Edition of the Special Issue Published in Religions. MD Religions, 2015; 6, 594-613.

2 Goswami, A. O Médico Quântico: Orientações De Um Físico Para A Saúde E A Cura. Editora: Cultrix; Edição: 1ª. 11 de julho de 2006, p. 288.

3 Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Incidência, mortalidade e morbidade hospitalar por câncer em crianças, adolescents e adultos jovens no Brasil: informações dos registros de câncer e do sistema de mortalidade / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. – Rio de Janeiro: Inca, 2016. p. 412.

4 Puchalski C, Ferrell B, Virani R, Otis-Green S, Baird P, Bull J et al. La mejora de la calidad de los cuidados espirituales como una dimensión de los cuidados paliativos: el informe de la Conferencia de Consenso. Medicina Paliativa. 2011; 18(1)20–4.

ATIVIDADE EDUCATIVA AOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Fernanda Jost Gerhard[1],
VALCARENGHI; Gabriely[2],
FRIGO; Jucimar[3]

E-mail para correspondência

fernanda.gerhard@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são doenças crônicas frequentes, de prevalência cada vez maiorno Brasil e no mundo. Hoje se configuram como importantes causas de morbimortalidade e incapacidades, atingindo as pessoas em plena vida produtiva e, principalmente, idosos acima de 60 anos de idade, sendo responsável por um alto custo para o sistema de saúde, bem como para a sociedade, famílias e indivíduos. Em virtude disso, a prevenção do DM e da HAS e de suas complicações deve ser considerada prioridade em saúde pública[1]. Devido à natureza crônica e à severidade das complicações, o tratamento dessas doenças não inclui apenas intervenção medicamentosa, mas, sobretudo, modificações no estilo de vida de cada pessoa com essas doenças. Além da prática regular de atividade física, abandono do tabaco, do álcool e controle do peso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), enfatiza a adoção de hábitos alimentares saudáveis, tais como maior consumo de frutas e hortaliças e menor consumo de sódio, açúcares e gorduras saturadas, hábitos que atuam como importantes meios de controlar essas Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) e suas complicações na

1 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

saúde[2]. A partir disso, observa-se a importância da participação dos profissionais da saúde na promoção e prevenção de tais doenças que acometem grande parte da população atual. Nesse contexto, o enfermeiro é imprescindível, pois a educação em saúde é um instrumento fundamental enquanto processo, objetiva capacitarmos indivíduos ou grupos portadores de HAS e DM, para contribuir na melhoria das condições de vida e nas causas desses problemas, bem como das ações necessárias para a sua resolução, assim, promovendo estruturação e a ampliação do atendimento de qualidade na rede pública de serviços de saúde.

Objetivos

Relatar a experiência de atividades teórico-práticas na Atenção Básica, realizada por acadêmicas de enfermagem em uma unidade de referência, no município de Chapecó-SC.

Métodos

Este resumo baseia-se em uma prática/experiência, de acadêmicas da quinta fase de um curso de Enfermagem, no período de Atividades Teórico Práticas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Chapecó-SC. A prática se deu através da aplicação de uma atividade educativa com os usuários portadores de HAS e DM. Foi utilizada uma metodologia ativa definida como roda de conversa, sendo dividida em quatros momentos, a saber: utilizando uma caixa com um espelho interno, o usuário deveria olhar no interior da caixa e dizer "como aquela pessoa que aparecia no espelho poderia ajudar no controle da doença". Essa dinâmica facilitou a integração do grupo e apresentação; No segundo momento, foi realizada uma conversa dialógica, a partir dos dez mandamentos para promoção da saúde de portadores de HAS e DM; O terceiro momento foi entregue a "Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa" aos usuários, auxiliando no preenchimento das informações solicitadas na caderneta; Na sequência, foi verificada a pressão arterial sistêmica, peso corporal, calculado o Índice de massa corporal (IMC), glicemia capilar e realizados os testes rápidos para identificação de sífilis, vírus da imunodeficiência humana (HIV) e Hepatite B e C, registrando os resultados na Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e os encaminhamentos a UBS em casos de alterações.

Resultados e Discussão

A qualidade de vida na velhice não é um atributo do indivíduo, biológico ou psicológico, nem uma responsabilidade individual, mas um produto da interação entre pessoas vivendo em uma sociedade em transformação[3]. Após o contato com os idosos que participam do grupo "HIPERDIA", percebeu-se o quanto essas atividades fazem a diferença para a saúde, bem-estar, lazer, e qualidade de vida dessas pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"[3]. Com as atividades realizadas, todos os idosos apresentaram-se receptivos, apreensivos e participativos com as dinâmicas instruídas e, a partir disso, ressaltaram a importância de realização de atividade física e de ter uma alimentação saudável, para obter uma qualidade e longevidade de vida maior.

Considerações Finais

Considerando que as mudanças no estilo de vida, especialmente em relação aos hábitos alimentares, são parte fundamental no tratamento de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, recomenda-se que as ações em saúde pública voltadas para indivíduos com essas doenças sejam melhor elaboradas. E ainda que estas envolvam desde os responsáveis pelas políticas públicas até os profissionais de diferentes áreas da saúde, visando alcançar de fato essa população, a fim de melhorar o prognóstico dessas doenças e a qualidade de vida[2]. A atividade educativa com esses idosos foi de extrema importância, uma vez que, existe um grande número de idosos sem o devido conhecimento sobre essas doenças que acometem à saúde, a educativa serviu como apoio e incentivo à adesão de uma melhor qualidade de vida. Além disso, a caderneta vem com o objetivo de se tornar um documento próprio e único de cada integrante do grupo, o que facilitará o acompanhamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de cada membro envolvido, na qual muitos não tinham uma instrução adequada do uso e acompanhamento da mesma.

Descritores

Hipertensão, Diabetes Mellitus, Educação em Saúde.

Referências

1 Protocolo de atenção à saúde. Manejo da Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na Atenção Primária à Saúde. Distrito Federal, 2018 fev.

2 Cembranel F et al. Impacto do diagnóstico de diabetes e/ou hipertensão sobre indicadores de consumo alimentar saudável: estudo longitudinal com idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, 2017; 20(1):34-46.

3 Simeão, SFAP; Et Al. Estudo comparativo da qualidade de vida de idosos asilados e frequentadores do centro dia. Ciência & Saúde Coletiva. São Paulo, 2018; 23(11):3923-3934.

CAPACITAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIA PARA MELHORAR ASSISTÊNCIA AO PACIENTE INTOXICADO POR AGROTÓXICO

Autores

Adriane Karal[1];
Elias Stertz[2];
Dara Montag Portaluppi[3];
Leila Zanatta[4]

E-mail para correspondência

adri.karal@hotmail.com

Resumo

Introdução

O uso indiscriminado de agrotóxicos constitui um problema de saúde pública. O Brasil está entre os países que mais utilizam agrotóxicos, considerando seu modelo econômico agroexportador, que historicamente baseia-se na utilização de agrotóxicos, iniciada na década de 1940[1]. Os impactos gerados pelo uso intensivo de agrotóxicos são diversos e vão além do ambiente rural, gerando impactos sociais, ambientais e à saúde[2]. Esses impactos são incorporados pela cadeia produtiva, uma vez que os agrotóxicos podem ser encontrados em diversos ambientes, como casas, escolas e comunidade em geral, no ar, água e solo, o que expõe o ser humano ao contato direto com essas substâncias em diversas situações, podendo causar doenças e mortes evitáveis. Outra situação que merece destaque, é que os danos causados pelos agrotóxicos nem sempre são percebidos, ou sua ocorrência é pouco valorizada[3]. Diante deste contexto, é importante que os profissionais das equipes de saúde, sobretudo enfermeiros, identifiquem as causas mais comuns de intoxicação por agrotó-

1 Enfermeira, Mestranda do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

2 Enfermeiro Assistencial no Hospital Santa Antônio, Tenente Portela – RS.

3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

4 Farmacêutica, Doutora em Farmácia, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

xico, planejem e atuem com o objetivo de minimizar o problema, com medidas de proteção da saúde, proteção contra riscos ocupacionais e acidentes de trabalho[3]. Os profissionais da saúde precisam estar capacitados para identificar, tratar os casos e realizar vigilância em saúde, com ênfase na prevenção e promoção à saúde, o que torna essencial o investimento em educação em saúde e a inserção da discussão sobre e problemática dos agrotóxicos[4].

Objetivos

Descrever a experiência vivenciada por enfermeira ao ministrar capacitação sobre intoxicação por agrotóxicos para profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Itapiranga-SC.

Método

Trata-se de um relato de experiência sobre capacitação realizada para profissionais da APS acerca das intoxicações por agrotóxicos e discussão de fluxograma de atendimento multiprofissional proposto para os casos de intoxicação aguda por agrotóxicos na APS do município de Itapiranga-SC.

Resultados e Discussão

O primeiro momento da capacitação teve duração de uma hora. Inicialmente a enfermeira responsável por conduzir a fala abordou a problemática envolvendo os agrotóxicos no município de Itapiranga, falou da motivação que a levou pesquisar sobre a temática, como a falta de notificação compulsória de intoxicação por agrotóxico nos últimos quatro anos, sendo que atendimentos ocorreram no hospital onde a mesma atua no município e a importância de capacitar equipes para identificação e direcionamento do paciente para o serviço adequado, como forma de garantir resolutividade e qualidade. A capacitação foi intitulada "Atendimento multiprofissional para os casos de intoxicação aguda por agrotóxicos na Atenção Primária à Saúde de Itapiranga-SC". Participaram da capacitação enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da Rede de Atenção à Saúde (RAS), além de funcionários da vigilância epidemiológica e sanitária, do setor de agricultura e Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina (EPAGRI) do município. Durante a capacitação foram abordados conceitos, como o de agrotóxico e intoxicações, breve contextualização histórica e situação do município nesse contexto. Município do Extremo Oeste do Estado de Santa Catarina (SC) que tem por base econômica a agricultura e mais da metade de sua população residindo em meio rural. Foram apresentadas as classificações dos agrotóxicos, quanto à ação, toxicidade, aguda e crônica e sinais e sintomas, importância do uso correto de todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) preconizados, principais exames laboratoriais e conduta dos profissionais da APS diante da suspeita ou confirmação de casos. Importância da notificação compulsória. A enfermeira falou sobre a importância da parceria entre diferentes setores para a elaboração de ferramentas que facilitem o acesso às orientações sobre os agrotóxicos. Apresentou um quadro denominado painel de rótulos, elaborado a partir de informações fornecidas pela Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina (CIDASC), que apresenta os principais agrotóxicos comercializados no município no segundo semestre de 2017 e primeiro semestre de 2018, contendo a classificação de toxicidade destes. Em um segundo momento, que teve duração de 30 minutos, a enfermeira apresentou sobre conceito e finalidade de um fluxograma de atendimento e de sua importância como instrumento de trabalho a ser desempenhado pela equipe de saúde na prática da APS, com vistas ao aprimoramento do processo de trabalho e da prática assistencial frente aos casos de intoxicação aguda por agrotóxico. O fluxograma apresentado contempla ações desde a chegada do paciente na APS até seu encaminhamento para os serviços de referência, além de profissional responsável por cada conduta. Concomitante, a enfermeira apresentou a proposta de um roteiro para identificação e classificação de caso suspeito e tabela com principais sinais e sintomas e classificação em leve, moderado e grave.

Considerações finais

A capacitação proporcionou discussão acerca da problemática que envolve os agrotóxicos e conhecimento da situação no município. Proporcionou um espaço de discussão, o que permite repensar a prática. A capacitação dos profissionais contribui com o planejamento e organização dos serviços de saúde, além de ampliar e divulgar o tema apresentado. O fluxograma e os demais produtos foram propostos como forma de qualificar a assistência, melhorando a qualidade de vida do paciente intoxicado por agrotóxico no município e foram aceitos sem sugestão de ajustes pelos profissionais da APS para teste nas unidades. O fluxograma está em fase de validação, sendo aplicado na prática assistencial.

Descritores

Educação em saúde; Uso de praguicidas; Atenção Primária à Saúde; Agroquímicos.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Santana CM, Costa AR, Nunes NMF, Peron AP, Melo-Cavalcante AAC, Ferreira PMF. Exposição ocupacional de trabalhadores rurais a agrotóxicos. Cadernos de Saúde Coletiva, 2016; 24(3):301-307.

2 Camponogara S, Rodrigues ILL, Dias GL, Moura LN, Viero CM, Miorin JD. Implicações do uso de agrotóxicos: percepções de familiares de crianças portadoras de neoplasia. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2017; 9(3):789-794.

3 Cargnin MCS, Echer IC, Silva DR. Fumicultura: uso de equipamento de proteção individual e intoxicação por agrotóxico. Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental, 2017; 9(3):466-472.

4 Viero CM, Camponagara S, Cezar-Vaz MR, Costa VZ, Beck CLC. Sociedade de risco: o uso de agrotóxicos e implicações na saúde do trabalhador rural. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 2016; 20(1):99-105.

A IMPORTÂNCIA DAS PRÁTICAS DE HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS EM UM PRONTO ATENDIMENTO: relato de experiência

Autores

Jakeline Trevizol Borsoi[1];
Maria Luiza Beviláqua Brum[2];
Gabriel Gonçalves dos Santos[3];
Iasmin Carolina Marchi[4]

E-mail para correspondência

jakelineborsoi123@hotmail.com

Resumo

Introdução

A higiene das mãos se constitui em uma medida simples no controle e prevenção das infecções relacionadas a assistência à saúde (IRAS), nos ambientes de saúde. A Organização Mundial Saúde (OMS) vem desenvolvendo estratégias para que os profissionais de saúde e os serviços de saúde adotem essa medida com eficácia visando a segurança do paciente. A OMS recomenda que a Higienização das Mãos deve ser realizada no momento certo e de maneira correta para salvar vidas: antes de tocar no paciente, antes de realizar procedimentos, após exposição a fluidos corporais, após contato com o paciente e após o contato com as áreas próximas ao paciente. Essas condutas são importantes para evitar a transmissão de micro-organismos que podem causar infecções[1]. De acordo com OMS as infecções relacionadas a assistência à saúde comprometem centenas de milhões de pacientes e têm um impacto econômico significativo nos pacientes e sistemas de saúde em todo o mundo. Em países desenvolvidos, representam de 5% a 10% das internações em hospitais de cuidados agudos.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Nos países em desenvolvimento, o risco é de duas a vinte (20) vezes maior e a proporção de pacientes com esse tipo de infecção pode exceder 25%[2].

Objetivo

Relatar e refletir sobre a importância da HM nos ambientes de saúde para a segurança do paciente.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência que emergiu de uma vivência no desenvolvimento de um projeto de pesquisa sobre a Higiene das mãos com profissionais de enfermagem em um pronto atendimento. O período foi de 1 de julho à 10 de outubro de 2018. As etapas desenvolvidas foram por meio de observação, intervenção e observação. A primeira etapa de observação ocorreu por meio de uma Auditoria de Base (AB) seguindo um roteiro previamente elaborado com os seguintes critérios: A fricção das mãos com preparação alcóolica é rotineiramente usada para higienização das mãos, exceto quando as mãos estejam visivelmente sujas; As mãos são descontaminadas imediatamente após o contato com o paciente e / ou objetos inanimados, incluindo o equipamento; As mãos são descontaminadas imediatamente antes de cada contato direto ou cuidado do paciente, e / ou todos os objetos inanimados, incluindo equipamentos; As mãos são descontaminadas com fricção das mãos com preparação alcoólica (a menos que as mãos estejam visivelmente sujas) entre diferentes atividades de cuidados; As mãos são lavadas usando uma técnica efetiva de lavagem das mãos envolvendo três etapas; As mãos que estão visivelmente sujas, ou potencialmente contaminadas com sujeira ou matéria orgânica, são lavadas com sabão líquido e água; Os pacientes receberam educação sobre higiene das mãos; A equipe recebeu educação sobre higienização das mãos, de acordo com o protocolo do *Joanna Briggs Institute (JBI)*, organização internacional especializada em gerar, traduzir e implementar evidências na prática clínica. As observações ocorreram durante dez horas divididas nos diferentes turnos de trabalho. Posteriormente ocorreu a intervenção, momento em que foram elaboradas estratégias junto aos líderes do serviço para melhorar a conformidade da higiene das mãos; elaboração de protocolo, e matérias ilustrativos sobre a higiene das mãos, materiais que conduziram os treinamentos dos profissionais de enfermagem de modo individual no turno em que estavam desenvolvendo seu trabalho. Após essa etapa ocorreu a segunda fase de observação por meio de uma Auditoria de Seguimento (AS), desenvolvida nos mesmos moldes da AB.

Resultados e Discussão

Participaram da observações e treinamentos todos os profissionais de enfermagem que estavam trabalhando regularmente no Pronto Atendimento durante a investigação. Ocorreram efetivamente dez horas de observação na AB e na AS nos diferentes turnos de trabalho. Foram treinados vinte e dois (22) profissionais de enfermagem de um total de vinte e oito (28) componentes. Três enfermeiros líderes do serviço participaram e colaboraram com o desenvolvimento das atividades. Observou-se que os profissionais de enfermagem realizam a HM de modo fragmentado, descontinuo, não atendendo as recomendações repassadas de acordo com os cinco momentos de HM conforme a OMS e os oito critérios do *JBI*. Todos demostraram estar cientes da importância da prática da HM no cuidado das IRAS nos pacientes, no entanto muito demostraram resistência as melhores práticas de HM pelas barreiras: conhecimento incipiente sobre a higiene das mãos, desestímulo pelas condições físicas do ambiente de trabalho, sobrecarga de trabalho e pela indisponibilidade de recursos materiais adequados as demandas do serviço.

Considerações Finais

Essa experiência possibilitou identificar a importância do comprometimento dos profissionais de enfermagem com a higienização das mãos e a necessidade de promover educação continuada nos serviços de saúde. Embora todos os profissionais saibam da necessidade de realizar a higienização das mãos conforme a técnica recomendada pelos órgãos governamentais e estudos científicos na área, a falta de comprometimento é um problema relevante para a segurança do paciente nos serviços de saúde. Essa experiência possibilitou perceber a importância do enfermeiro em ser um educador em saúde e promover estratégias que garantam uma assistência segura e de qualidade aos pacientes.

Descretores

Enfermagem; Higiene das Mãos, Segurança do Paciente; Infecção Hospitalar.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 WHO (World Health Organization). WHO Global Infection Prevention and Control Unit Evidence of hand hygiene as the building block for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: http://www.who.int/infection-prevention/campaigns/clean-hands/evidence.pdf. Acesso em: 28 fev 2019.

2 Higienização correta das mãos é fundamental para garantir segurança do paciente. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=-com_-content&view=article&id=5077:higienizacao--correta-das-maos-e-fundamental-para-garantir-seguranca-do-paciente&Itemid=812. Acesso em: 28 fev 2019.

A RELEVÂNCIA DAS AÇÕES DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Autores

Demile Regina Carraro[1];
Juliana Hirt Batista[2];
Renata Gobetti Borges[3];
Leila Zanatta[4];
Arnildo Korb[5]

E-mail para correspondência

demile.carraro@hotmail.com

Resumo

Introdução

Os Projetos de Extensão das Universidades são muito importantes para a integração dos avanços gerados na universidade com a população em geral. Essas ações têm um grande potencial na divulgação científica, pois podem levar a informação científica de uma forma mais fácil para toda a população. Neste âmbito, a Extensão contribui muito na formação dos acadêmicos, tanto por suas dimensões ético-políticas, quanto por suas dimensões didático-pedagógicas. Para que a formação dos acadêmicos seja ligada a realidade, eles precisam ter contato com a população e seus problemas, prática essa que encontra na extensão um espaço privilegiado[1]. A área da saúde é uma área que sofre constantes mudanças e avanços no conhecimento, por meio de pesquisa e introdução de novas tecnologias. Por isso, é fundamental que os profissionais da saúde, incluindo o enfermeiro, se atualizem e complementem sua formação acadêmica, tendo como finalidade proporcionar assistência de qualidade. A graduação em enfermagem tem como meta formar profissionais de enfermagem com preparação e capacitação suficientes para avaliar, identificar e implementar as necessidades e cuidados

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.
2 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.
3 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.
4 Docente. Doutora em Farmácia, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.
5 Docente. Doutor em Biologia, Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

de saúde das pessoas saudáveis e doentes das comunidades[2].

Objetivos

Instruir, orientar e informar a população à respeito do descarte correto de medicamentos encontrados nos domicílios, além de orientações sobre prevenção de doenças como a sífilis e infecção urinária.

Método

Trataram-se de ações realizadas por acadêmicas de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) vinculadas ao projeto de extensão intitulado: Motivar para o conhecimento: medicamentos, seus resíduos e as consequências, realizadas em Associações comunitárias de bairros de Chapecó, esse em específico, no Bairro Engenho Braun que integrou a população de crianças da Escola Jacob Gisi, Clube de Idosos e a população em geral que vive naquele local. A atividade foi realizada em dezembro de 2018. Foram distribuídos folders confeccionados pelos acadêmicos integrantes do projeto de extensão, contendo informações a respeito do que é correto e incorreto quanto ao descarte dos resíduos de medicamentos domiciliares, contendo, ainda, enquanto informação possíveis consequências do descarte inadequado, a citar como principal efeito: contaminação na água de consumo humano, pois os componentes químicos dos fármacos não são degradados pelos tratamentos de água e esgoto, podendo causar alterações hormonais e resistência bacteriana nos seres humanos, além de prejudicar os seres aquáticos. Utilizou-se também banners com orientações sobre os temas confeccionados por acadêmicos, expostos no local. Ainda foram entregues folders confeccionados pelos integrantes do projeto contendo informações sobre sintomas, causas e prevenção da sífilis e das infecções urinárias. Para atrair a população ao espaço de intervenção, adotou-se a estratégia de aferição dos sinais vitais, como pressão arterial.

Resultados e Discussão

Os resultados da intervenção foram positivos, pois conseguiu-se abordar e argumentar com um grupo expressivo de jovens, adultos e idosos. Algumas pessoas mostraram maior interesse e perguntaram sobre os locais adequados para destinação final dos resíduos de medicamentos. A partir desta intervenção foi possível perceber que a maioria das pessoas não tinham conhecimento sobre o destino final mais adequado para os resíduos de medicamentos, assim como também não sabiam das consequências que o descarte inadequado de fármacos poderia provocar, dos danos ao meio ambiente e à saúde das pessoas. Também conseguimos identificar que as pessoas não tinham muito conhecimento do que eram as doenças sífilis e infecção urinária, e que não tinham conhecimento sobre as causas, sintomas e prevenção. Foi uma interação produtiva pois promoveu a interação das acadêmicas com a comunidade ao mesmo tempo que proporcionou conhecimento sobre temas importantes para a população, para sua saúde e do meio ambiente. A enfermagem possui um papel muito importante nesse processo, pois juntamente com os demais profissionais da saúde tem o dever de orientar e informar a população sobre temas tão relevantes tanto para a saúde quanto à preservação do meio ambiente. Através da intervenção realizada foi possível perceber o quanto a população necessita de informações sobre os temas trabalhados, acrescentando muito em nossa formação como enfermeiros através da percepção de que cabe a nós futuramente orientar e suprir a carência de informações tão relevantes nos dias de hoje.

Considerações Finais

Ficou nítido que existe carência em relação a orientação sobre descarte de medicamentos para a população, pois a sociedade não tem conhecimento dos agravos que o descarte incorreto de fármacos pode gerar, tanto à saúde das pessoas quanto dos animais e ao meio ambiente. Quanto às doenças sífilis e infecção urinária, percebeu-se que a população também carece de orientações sobre prevenção e tratamento. Nesse processo percebe-se o quanto é importante o papel do enfermeiro e demais profissionais da saúde, quanto ao descarte correto dos medicamentos presentes nos domicílios, assim como na prevenção de doenças. Conclui-se que práticas como intervenções para melhor conhecimento e orientações sobre descarte consciente podem ser feitas, assim como a atuação de profissionais de saúde agindo de forma conjunta na orientação sobre uso e descarte correto dos medicamentos e prevenção de doenças.

Descritores

Enfermagem; Saúde; Meio ambiente; Medicamentos; Controle de infecções.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Ramirez MA, Cunha ESM. Avaliação das ações de Extensão Universitária sob a perspectiva do público alvo: o Índice de Impacto Social. Interfaces - Revista de Extensão da UFMG. 2017, jul/dez; 5(2):230-244.

2 Ortega MCB et al. Formação acadêmica do profissional de enfermagem e sua adequação às atividades de trabalho. Rev Latino-Am. Enfermagem. 2015; 23(3):404-410.

UTILIZAÇÃO DA ARTE DO BONSAI COMO AÇÃO NÃO FARMACOLÓGICA PARA O TRATAMENTO DE PACIENTE COM DEPRESSÃO E TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Autores

Jean Wilian Bender[1];
Kiciosan da Silva Bernardi Galli[2];
Ricardo Niquetti[3]

E-mail para correspondência

jean_bender@hotmail.com

Resumo

Introdução

A sociedade está vivenciando um mundo cada vez mais acelerado, que quase não conseguem mais "vive-lo", mas sim "sobreviver" ao mundo dia após dia. A proposta desse manuscrito não é descrever ou discutir conceitos sobre o modo de viver, mas sim tentar ressignificar outras possibilidades de olhar o presente de forma diferente. A depressão é uma patologia que vem sendo documentada e estudada há muitos anos. No entanto, evidencia-se que na última década teve um aumento dos casos registrados. Além da depressão, outra patologia que está crescendo são os transtornos de ansiedade. O primeiro prende as pessoas no passado, já o segundo faz com que os indivíduos se detêm a planejar o futuro e em ambos o indivíduo não conseguem viver o presente[1]. Diante dessa realidade, como estudante da área da saúde e como individuo, o que posso fazer de diferente para melhorar essa realidade?

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC.
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.
3 Doutor em Ciências Sociais, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Objetivo

Apresentar uma micropolítica voltada a saúde, do qual utiliza a técnica do bonsai como um tratamento não farmacológico na abordagem de paciente com depressão e transtornos de ansiedade.

Metodologia

A construção da micropolítica foi realizada durante a disciplina de Sociologia II, que compõe a grade curricular da graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Como componente da disciplina, os acadêmicos foram instigados a desenvolver uma micropolítica, voltada a saúde. Cada estudante construiu uma proposta e ao término da disciplina os mesmos socializaram entre os colegas para contribuir com a formação ativa e instigar novos conhecimentos.

Resultados e Discussão

Construir algo novo sempre é um desafio do qual requer pesquisa para se apropriar das temáticas, além de interesse em desenvolver a ideia proposta. Durante alguns dias fiquei pensando sobre o que escrever e o que essa proposta causaria de estranhamento em minha vida. Diante disso, refleti na possibilidade de utilizar algo em que gosto de fazer no meu lazer. Foi então que surgiu a proposta de utilizar o bonsai. Essa técnica milenar de origem chinesa, que na sua tradução significa arvore na bandeja, se espalhou para todos os continentes. No início o bonsai não era uma arte, mas sim uma filosofia, do qual o homem e a natureza estavam em equilíbrio. Com o passar das gerações e por influência japonesa se tornou uma arte. Primeiro desafio, como introduzir o bonsai em serviços de saúde? Para defender essa ideia, busquei na literatura o que já existe e como poderia ser configurado esse tratamento. Como a proposta era realizar uma ação não farmacológica, busquei subsídios na Política Nacional de Praticas Integrativas e Complementares (PNPIC), aprovada em 2006 pelo Ministério da Saúde, que incorpora no Sistema único de Saúde ações não farmacológicas, como exemplo, a Medicina Tradicional Chinesa, acupuntura, fitoterapia entre outras[2]. Grande parte dessas práticas são voltadas para o ser humano como um todo e não apenas para o biológico, para a patologia em si. Dessa forma não reduzindo o ser a uma doença, mas sim enfrentando essa doença como uma parte do ser humano e não ao contrário. Dois elementos já estavam definidos, sendo eles a temática e o público alvo, precisava agora definir em qual espaço seriam realizadas e como seria configurada estas atividades. O espaço ideal foi em um Centro de Atendimento Psicossocial – CAPs, vinculado a Estratégias de Saúde da Família – ESF, dessa forma essa proposta surtiria um efeito maior pois complementaria os tratamentos aos usuários em acompanhamento Para ser atrativo essas atividades seriam realizadas ao ar livre, com um ateliê, onde o "criador constrói a sua criatura", ali seriam ministradas as diversas atividades, trazendo pontos teóricos (em menor quantidade, visando o crescimento pessoal, conquistando confiança e superando desafios) e as atividades práticas compostas por várias etapas (escolha da planta inicial, transplante, podas, aramação, estilização entre outros). A arte do bonsai é baseada em aprendizado todo o momento, isso proporcionaria que os usuários junto com suas plantas fossem evoluindo, pois, uma planta é viva, quando está na natureza consegue sobreviver, mas quando é limitada a um "vaso" se torna uma vida que precisa de cuidado diários, como com exemplo água e sol. Além das atividades que poderiam ser 2 vezes na semana os pacientes poderiam levar suas plantas para casa e assim continuar esse cuidado os demais dias da semana. Parece um detalhe insignificante, mas só do fato dos participantes demandar um tempo do seu dia, para regar suas plantas, os mesmos estarão conectados com elas e gradativamente irão moldar suas percepções e quem sabe seus pensamentos. Na proposta entrege para o docente responsável pela disciplina as atividades seriam conduzidas por um enfermeiro e psicólogo dos quais já fazem parte do corpo de profissionais do CAPs e teria a participação de um bonsaista ou uma pessoa que tem conhecimento na técnica do bonsai. Essa pessoa seria como um "tutor" ou "monitor" durantes as atividades. **Considerações Finais**: O fato dos pacientes realizar uma atividade diferente, do qual eles são os próprios protagonistas e que tem como resultado buscar a interação do homem com a natureza, fazendo com que gere uma significância para os usuários tem grandes possibilidades de ser benéfico a saúde e trazer resultados positivos para os pacientes e as com as pessoas que se relacionam. Como estudante de enfermagem, me sinto feliz em realizar esses exercícios de reflexão, para além de uma construção teórica, desejo que essa micropolítica construída desencadeie pesquisas sobre a temática e que seja implementada com uma pratica integrativa e complementar de saúde.

Descritores

Enfermagem; Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 FERREIRA, RC; GONÇALVES, CM; MENDES, PG. DEPRESSÃO: DO TRANSTORNO AO SINTOMA. Portal dos Psicólogos. 2014.

2 BRASIL. MS. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

UM OLHAR DISCENTE SOBRE AS DIMESÕES DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Jean Wilian Bender[1];
Fabiane Pertille[2];
Paola Moraes Cezar Favaretto[3];
Débora Rafaelly da Silva Vicente[4]

E-mail para correspondência

jean_bender@hotmail.com

Resumo

Introdução

A atuação da enfermagem no âmbito hospitalar contempla dimensões do cuidado voltadas para as ações gerenciais, assistenciais, educativas e de pesquisa/investigativas. Estas dimensões não ocorrem de forma fracionada mas sim de maneira inter relacionada, visto que para que ocorra a efetividade do cuidado em saúde, elas possuem interface e se complementam na medida que as condutas de enfermagem se realizam. São dimensões que coexistem no mesmo atendimento em saúde ou que permeiam todo o processo de trabalho da enfermagem. Assim, em muitos momentos todas são empregadas para a resolutividade de situações clinicas, exigindo que o enfermeiro tenha o conhecimento sobre estas dimensões e saiba implementa-las no seu local de trabalho[1]. Atuar no ambiente hospitalar é uma atividade permeada por desafios, pois a complexidade de situações em saúde, perfil de clientela atendida, uso de tecnologias em saúde e diferentes saberes científicos, requer a intervenção de enfermagem de modo efetivo, ético e conciso.

1 Acadêmico de Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina- UDESC.
2 Enfermeira, Mestranda em Biociências e Saúde. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.
3 Enfermeira Coordenadora de Enfermagem da Clínica Médica do Hospital Regional do Oeste – HRO.
4 Enfermeira Assistencial da Clínica Médica do Hospital Regional do Oeste - HRO.

Objetivo

Descrever dimensões do cuidado de enfermagem em serviço de alta complexidade sob o olhar discente de um acadêmico de enfermagem.

Método

Relato de experiência de natureza descritiva, vivenciado durante o período de Estágio Curricular Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina desenvolvida em um setor de internação clínica geral de um hospital de grande porte do Oeste de Santa Catarina, no período de agosto a novembro de 2018.

Resultados e Discussão

O estágio curricular supervisionado I caracteriza-se pela imersão do acadêmico em um cenário de prática hospitalar, onde a supervisão direta é realizada pelos enfermeiros (a) dos setores escolhidos e, indiretamente por docentes da instituição de ensino. Através desta experiência, o acadêmico pode experienciar a realidade de trabalho do enfermeiro, conhecendo seus processos de trabalho e, aperfeiçoando habilidades para o exercício profissional em todas as dimensões do cuidar. Como parte dos objetivos do estágio, desenvolveram-se diversas atividades acadêmicas de acordo com a realidade do setor, a saber: quanto a dimensão assistencial foram realizados todos os cuidados prestados diretamente aos pacientes e/ou familiares, sendo eles privativos do enfermeiro ou abrangendo a equipe de enfermagem, como por exemplo verificação de sinais vitais, Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, Processo de Enfermagem – PE, procedimentos de enfermagem como punção venosa periférica, passagem de sondas vesical, sondas enterais e gástricas, curativos, auxilio em procedimentos de média complexidade, entre outros) e escuta ativa. Dentre as dimensões, essa se destaca por estar intrinsicamente com o usuário, proporcionando assim desenvolver o raciocínio clínico e tomada de decisões mediante quadro clinico dos paciente e protocolos institucionais e recomendações da classe profissional. Quanto a dimensão de pesquisa/investigativa foi desenvolvida ações relacionadas a indicadores de segurança dos pacientes, como taxa de ocupação dos leitos, taxa de infecção hospitalar e notificações de eventos adversos. Os indicadores eram quantificados e transformados em dados, interpretados como informações, que puderam ser discutidas e partir disso, implementadas ações para melhorar a qualidade da assistência ou qualificar processos de trabalho. Toda demanda elencada como modificação/implementação e treinamento da equipe técnica compete a dimensão de educação em saúde. Para contemplar essa dimensão foram realizadas ações educativa em relação ao protocolo de segurança do paciente que foi implantado no serviço de saúde, do qual cada paciente utiliza uma pulseira de identificação em um membro superior ou inferior, com dados pessoais (nome completo, data de nascimento, nome da mãe, entre outros dados), além disso cada leito contém um quadro de identificação fixado na cabeceira, as informações dos usuários são transcritas das fichas de intenções e conferidas com o paciente. O foco dessa atividade foi enfatizar a importância que os profissionais de enfermagem devem conferir todos os dados do paciente antes de realizar qualquer atividade com o usuário, visando garantir a segurança das atividades a serem propostas, diminuindo e até eliminando iatrogenias. A dimensão gerencial se configura como uma das mais desafiadoras, pois a mesma contempla as demais já mencionadas simultaneamente e ainda conta com vastas ações de gestão e gerenciamento, tanto de recursos humanos, materiais e equipamentos, permeando as demais dimensões. Foram atividades executadas para contemplar essa dimensão a construção de escalas de trabalho e folga da equipe de enfermagem, divisão de atividades semanais, dimensionamento de enfermagem, pedidos de materiais e insumos, preparação e realização de reuniões com a equipe, construção de procedimentos operacionais padrão/protocolos, levantamento estatístico do setor, elaboração de treinamentos, resolução de conflitos, gestão da equipe, tomada de decisão. Foi possível construir um protocolo de empréstimo de equipamentos do setor, para outros setores da instituição, permitindo assim registrar para onde estes equipamentos foram alocados, data e quem foi o profissional responsável pela entrega e quem retirou, além de um inventário dos equipamentos do setor, com a descrição dos mesmos, marca, número de série e patrimônio.

Considerações Finais

Diante das vivências oportunizadas no estágio curricular supervisionado entende-se que as dimensões de cuidados de enfermagem englobam uma série de ações continuas no processo de aprendizagem e que a prática cotidiana se revela enriquecedora na formação profissional, bem como aproxima-se os estudos teóricos com as práticas clínicas. Dessa forma o acadêmico torna-se protagonista da sua própria

formação, compreende os impactos gerados pelas dimensões de cuidado na qualidade dos atendimentos aos usuários e na prática cotidiana do enfermeiro.

Descritores

Gestão em saúde; Enfermagem; Cuidados de enfermagem; Indicadores de qualidade em assistência à saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 valim Presotto, G; Guimarães Ferreira, MB; Simões, ALA. Dimensões do trabalho do enfermeiro no contexto hospitalar. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste on line, 2014; 15(5): 760-770.

ENFERMAGEM SEM LIMITES: acessibilidade na prática universitária

Autores

Jessica Roberta Borella[1];
Kathyusca Terost Bueno[2];
João Vitor Valente[3];
Pamela Chiela Batista da Cruz[4];
Vanessa de Almeida[5];
Jucimar Frigo[6]

E-mail para correspondência

modesti@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

No Brasil, segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 6,2% da população possui algum tipo de deficiência e dentro desta porcentagem, 1,3% tem algum tipo de deficiência física, e desse total, 46,8% têm grau intenso ou muito intenso de limitações[1]. A Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência (1999), considerada pessoa com deficiência quem apresentar uma alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções[2]. Acessibilidade, está definida dentro do Manual de Adaptações de Acessibilidade, do Governo Federal, como, atributo essencial do ambiente que garante a melhoria da qualidade de vida das pessoas. Deve estar presente nos espaços, no meio físico, no transporte, na infor-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
6 Enfermeira, doutora em enfermagem, professora da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ

mação e comunicação, inclusive nos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como em outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na cidade como no campo. O Brasil é um país que ainda tem muito que avançar quando o assunto é acessibilidade na universidade[3]. A Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®) é uma taxonomia utilizada pelo enfermeiro, a qual auxilia no Processo de Enfermagem, tornando-o objetivo, sem redundâncias e com uma linguagem padronizada. 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[4].

Objetivo

Identificar os principais diagnósticos de enfermagem utilizando a taxonomia CIPE, a partir da vivência como "cadeirante por um dia" em uma Universidade Comunitária no Oeste Catarinense.

Método

O presente estudo faz parte da disciplina "Enfermagem em Atenção Primária I: Conceitos e Diretrizes" do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ. Os acadêmicos puderam reconhecer a partir das políticas públicas à pessoa com deficiência e a vivência de "ser cadeirante por um dia", as necessidades de saúde, os problemas estruturais e de dificuldades de locomoção no campus universitário. Para melhor compreendermos as necessidades dos portadores de deficiência física, especialmente, o adulto cadeirante, no decorrer do semestre, um acadêmico utilizou a cadeira de rodas para realizar todas as atividades diárias no Campus, tais como, assistir aulas, utilizar o banheiro, circular nos corredores, acessar a cantina e estacionamento, entre outros. A partir dessa vivência, foi possível elencar os principais diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, propostos pela taxonomia de CIPE®.

Resultados e Discussão

O mercado de trabalho está cada vez mais competitivo, as empresas exigem e estão sempre em busca dos profissionais com as melhores qualificações, gerando grande disputa pelas vagas existentes. Diante disto, os deficientes físicos entram em uma disputa por um espaço no mercado de trabalho, lutando contra as diferenças e preconceitos. O princípio da igualdade é uma das diretrizes da Constituição de 19888, sendo um viés para a inclusão dos deficientes físico no mercado de trabalho. As leis 8.112/90 e 8.213/91 prevê reservas de vagas em concursos públicos, até 20% das vagas oferecidas, e na iniciativa privada, respectivamente. A vivência de "ser cadeirante por um dia" corroborou para compreensão das necessidades dos portadores de deficiência física propondo prioridades de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, a saber: mobilidade física alterada/ encorajar movimentos ativos dentro de limites seguros/ mobilidade física melhorada; atividade sexual insatisfatória/ ensinar técnicas alternativas de satisfação da sexualidade/ atividade sexual melhorada; risco de úlcera por pressão/ proteger proeminências ósseas/ risco diminuído de úlcera por pressão; risco de isolamento social/ encorajar atividades sociais e comunitárias/ interação social adequada; atividade de recreação e lazer insuficiente/ encorajar recreação conforme tolerância/ atividade de recreação e lazer melhorada; barreira ambiental para acesso a atividade de recreação e lazer/ viabilizar transporte para atividades de recreação e lazer/ acesso a atividade de recreação e lazer; baixa autoestima/ encorajar o aumento da autoestima do paciente/ autoestima melhorada[4].

Considerações finais

Apesar de serem números grandes demais para serem ignorados, muitas vezes é isso o que acontece, os portadores de deficiência física ainda se sentem invisível, tanto para os profissionais de saúde quanto para o restante da sociedade. No cotidiano dos portadores de deficiência física, os cuidados e ações de enfermagem estão direcionadas as atividades que visam o autocuidado, tais como: higiene, nutrição, eliminação, atividades de vida diária, associadas ao lar, lazer e inclusão da ou na família. Outrossim, requer entender a necessidade de incluí-los em programas de promoção e educação em saúde, relacionadas a prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST's), uso de drogas psicoativas, câncer de mama, câncer de próstata, hipertensão arterial, promoção de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de acidentes, aumentando a autonomia e melhorando a qualidade de vida dos portadores de deficiência física. Deduz-se, assim, ser inegavelmente e relevante discutir no curso de graduação em enfermagem as ações de melhorias tanto para o cuidado ao deficiente físico quanto às habilidades necessárias para realizar um cuidado adequado, igualitário e de qualidade, buscando atender todas as necessidades.

Descritores

Acessibilidade; cuidados de enfermagem; deficiência física; CIPE.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Pesquisa nacional de saúde: ciclos da vida. [livro online]. Rio de Janeiro; 2013. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94522.pdf. Acesso em: 16 out 2018.

2 Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de novembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. 1999 dez. 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm. Acesso em: 2018 out 16.

3 **Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.** Manual de Adaptações de Acessibilidade. Brasília. DF. Disponível em: http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/acessibilidade-0. Acesso em: 2018 out 17.

4 Garcia, TR (Org.). **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE: Aplicação à realidade brasileira**. Porto Alegre: Artmed; 2015.

PARTO HUMANIZADO NO OESTE CATARINENSE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Alexandre Inácio Ramos[1];
Andressa Carolina Rodrigues[2];
Pâmela Maiara Grison[3];
Thais Kinsel Mocelin[4];
Érica de Brito Pitilin[5]

E-mail para correspondência

alexandre.inacio13@hotmail.com

Resumo

Introdução

O poder de gerar uma nova vida é uma vivência idiossincrática, devendo ser respeitada e assistida com atenção e cuidado. O parto é a somatória dos fenômenos mecânicos e fisiológicos que resultam na expulsão do feto e de seus anexos embrionários do corpo materno.[1] Lembrando que os protagonistas do parto são a mãe e o bebê. No decorrer dos anos, o ato fisiológico de parir e nascer começou a ser visto como doença, privilegiando intervenções farmacológicas e cirúrgicas, no lugar do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência.[2] Neste contexto, a parturiente perdeu sua autonomia e privacidade, foi distanciada dos seus familiares e submetida às rotinas hospitalares e procedimentos sem o devido esclarecimento e consentimento.[3] Diante disso, a humanização da assistência ao pré-natal, parto e puerpério começou a ser discutida em diversos espaços universitários, sociais e políticos, levando o Ministério da Saúde a instituir o programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento com o objetivo de promover um atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério.[4]

1 Acadêmico de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó;
3 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó;
4 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul/Campus Chapecó;
5 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul.

Objetivos

Relatar a experiência de estudantes no desenvolvimento das atividades teórico-práticas no Centro Obstétrico de um hospital da região oeste catarinense.

Método

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, durante o Componente Curricular de "O cuidado no processo de viver humano II", cursado no primeiro semestre de 2018.

Resultados e Discussão

A experiência adquirida nesse setor foi extremamente enriquecedora, aliada ao conhecimento teórico prévio. Ao iniciar o plantão, os acadêmicos juntamente com a docente e o auxílio da equipe, assumiram o acompanhamento de uma gestante nulípara em trabalho de parto, o qual perdurou por 5 horas e 35 minutos. Durante este período, todos os profissionais envolvidos procuraram oferecer à gestante a melhor assistência possível para o nascimento da neonato. Durante o período foram utilizados métodos não-farmacológicos e farmacológicos para o alívio da dor, tais como agachamento, exercícios com bola suíça, banho de aspersão, caminhada, massagens, técnica de respiração, ocitocina intravenosa para a aceleração do processo de dilatação cervical, paciência e extremo respeito com o momento, além do carinho e atenção do parceiro. Também foi realizado explicações sobre as fases pelas quais a parturiente estava passando, na busca de sua tranquilidade e de entendimento sobre o período. Durante todo o trabalho de parto, a evolução da dilatação cervical da parturiente foi lenta e gradual, devido ser a primeira gestação, tornando esse processo "maçante" – de acordo com a paciente. Em momentos chegou a relatar que "não aguentava mais" tamanha dor, encontrava-se fraca, tendo dificuldades para empurrar durante as contrações, e para realizar a força de maneira correta. Com auxílio e explicações, aos poucos alimentou-se com gelatinas oferecidas na unidade, descansou e obteve o entendimento que seu bem-estar era necessário para dar continuidade ao seu trabalho de parto. Foi visível em sua face, expressões de extrema dor, mas esse semblante mudou radicalmente no momento em que, com uma força bem articulada somada a um "cabo de guerra" com a participação dela e dos acadêmicos, ocorreu o nascimento da criança que foi recebida pelas mãos da médica e repassada diretamente para o peito da mãe, objetivando o primeiro contato pele a pele e a criação de vínculo. Neste instante, pudemos presenciar a visível alegria e a emoção de todos e a expressão de alívio e felicidade estampada no rosto dos pais. Na sequência, houve um pequeno momento de distanciamento para que os primeiros cuidados indispensáveis com mãe e bebê fossem feitos, e a bebê, logo após pode receber novamente o calor aconchegante dos braços do pai. Já nas acadêmicos, ficou um sentimento de imensa felicidade, e gratidão à família por tê-los permitido experienciar e acompanhar este momento tão nobre, além do sentimento de dever cumprido. E o melhor, foi obtido êxito em pontos elementares para um trabalho de parto humanizado, os quais foram os principais objetivos desta experiência: permitir que a mulher seja a protagonista do seu próprio trabalho de parto, que seus desejos sejam respeitados, que a parturiente esteja em sintonia com seu corpo possibilitando que ele se expresse, que seja de sua própria escolha a melhor posição no momento de parir, que seja respeitada e tratada da melhor maneira para que se sinta segura e para que desmistifique as concepções sombrias acerca do parto natural, visto por muitos como um processo norteado por sofrimento.

Considerações finais

Tendo em vista os aspectos observados, pôde-se perceber o quão importante é a gestante saber e ter total autonomia para decidir sobre o seu tipo de parto. Nosso papel, enquanto profissionais da saúde, é orientar sobre cada tipo de parto e incentivar que ele seja o mais natural, respeitoso e com menos intervenções possíveis. O parto natural oferece inúmeros benefícios tanto para a mãe quanto para o bebê. Durante o atendimento, percebemos que o parto humanizado é uma medida de atitudes éticas, solidárias, que permeiam uma interação, criação de vínculo, maior tranquilidade, respeito, se tornando acolhedor e privativo. Durante toda a gestação, é papel fundamental da enfermagem acompanhar e orientar a gestante em todos os trimestres, esclarecendo dúvidas referentes aos períodos da gestação, bem como relativas ao parto, orientando nesse período também quanto aos seus direitos sobre o próprio corpo. Para que a assistência adequada possa de fato acontecer, necessita-se de profissionais qualificados e comprometidos com a parturiente, tanto pessoal como profissionalmente para recebê-las no serviço de saúde com respeito, dignidade e ética, incentivando-as quanto a sua autonomia no trabalho de parto, tomada de decisão e a renunciarem discriminações

e violência. Em outras palavras, a assistência de enfermagem no parto, faz com que haja diálogos, na tentativa de desenvolver um parto humanizado mais acessível, considerando a opinião da parturiente e naturalizando esta fase.

Descritores

Saúde da Mulher; Obstetrícia; Parto Humanizado; Enfermagem.

Eixo temático

1 Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

2 Porto, AAS; Costa, LP; Velloso, NA. Humanização da assistência ao parto natural: uma revisão integrativa. Rev. Ciência e Tecnologia, Rio Grande do Sul, 2015; 1(1):12-9.

3 Castro, JC; Clapis, MJ. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, 2005 nov./dez; 13(6):960-7.

4 Gomes, ARM; Pontes, DS; Pereira, CCA; Brasil, AOM; Moraes, LCA. Assistência de enfermagem obstétrica na humanização do parto normal. Revista Recien., São Paulo, 2014; 4(11):23-7.

5 Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

INFECÇÃO DE SÍTIO CIRÚRGICO

Autores

Thais Marafon[1],
Nathieli Aparecida da Silva[2],
Fabiane Pertille[3];
Rosana Amora Ascari[4]

E-mail para contato

marafonthais@gmail.com

Resumo

Introdução

A realização de um procedimento cirúrgico anestésico segue recomendações criteriosas quanto a segurança do paciente e prevenção de infecção do sitio cirúrgico, através da adoção de ações e cuidados específicos que são realizados pela equipe multiprofissional, durante o período pré, trans e pós operatório do paciente. Em algumas situações por diferentes causas, a ocorrência de infecção de sitio cirúrgico (ISC) pode se manifestar, o que ocasiona prejuízos ao tratamento e recuperação do paciente. A ISC é definida como a infecção que ocorre na incisão cirúrgica ou em tecidos manipulados durante o procedimento cirúrgico, diagnosticada até 30 dias após o procedimento, ou caso de implante ou prótese, é a infecção que pode ocorrer até 1 ano após a cirurgia[1]. Este agravo é apontada com a maior prevalência entre as infecções associadas a cuidados em saúde evitáveis, e é uma das infecções mais frequentes no mundo entre os pacientes que se submetem às cirurgias[2]. As ISC podem ser classificadas em incisional superficial, que acomete pele e tecido celular subcutâneo, ISC incisional profunda que abrange fáscia e músculo e, ISC órgão/espaço que atinge sítios inferiores à camada muscular[3].

1 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

2 Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

3 Enfermeira. Mestranda em Biociências da Saúde. Docente do departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

4 Enfermeira.Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Objetivos

Sensibilizar o paciente acerca da prevenção e notificação de infecção do sítio cirúrgico por meio de educação em saúde através da construção de material informativo impresso.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência vivenciado por discentes e docentes integrantes do programa de extensão "Cultura de Segurança do Paciente com foco no Perioperatório" do curso de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina no período de agosto de 2017 a março 2018, através do desenvolvimento de uma ação direcionada para a educação em saúde de paciente no período pós operatório quanto a ISC através da elaboração de material informativo impresso.

Resultados

Os cuidados com o processo cirúrgico anestésico continuam após a alta do paciente, devido fase de recuperação, mudança temporária dos hábitos de vida e, manutenção de cuidados com curativos e medicações. Faz-se importante que o paciente e seus familiares sejam orientados quanto a alguns cuidados que visam a prevenção da ocorrência da ISC bem como a identificação precoce da mesma. O material desenvolvido versa sobre a importância dos cuidados em domicilio, para prevenção de ISC, sendo informados como principais cuidados, a higienização adequadas das mãos e, antissepsia do local da ferida operatória com solução indicada, e logo após realizar o curativo conforme técnica estéril e com produtos apropriados, observando a higiene do local e a trocar do curativo com frequência, além de não utilizar nenhuma solução ou produto na região da ferida operatória sem orientação médica. Outro cuidado importante é sobre a utilização de equipamentos de proteção individual como luvas de procedimento e máscaras pela pessoa que irá realizar o curativo. No Brasil, a ISC ocupa a terceira posição dentre as infecções encontradas nos serviços de saúde e compreende de 14 a 16% das infecções dos pacientes hospitalizados em até um ano[2], desta forma se vê a importância do paciente ficar atento e poder reconhecer uma ISC e buscar ajuda mais rápido possível para se evitar maiores complicações. Além da prevenção, é essencial que sejam observados alguns sinais e sintomas para identificar a ocorrência de uma ISC, como febre, dor local, sensibilidade aumentada, edema localizado, eritema, calor, e presença de secreção purulenta. Muitos fatores estão envolvidos com a ocorrência de ISC, que variam desde aspectos relacionados a prática cirúrgica e arsenal utilizado, além de fatores intrínsecos ao paciente como imunidade baixa, remoção dos pelos e preparo inadequado da pele. No período pós operatório, mesmo após alta do paciente, os cuidados se estendem devido a possibilidade de contaminação da ferida operatória por microrganismos, e cuidado domiciliar impróprio, que pode exigir nova internação do paciente e até uma nova reintervenção cirúrgica, para poder reverter sua complicação no pós operatório. O material educativo ainda possibilita no momento da alta do paciente, que a equipe hospitalar registre algumas informações sobre o procedimento cirúrgico, como tipo de cirurgia, nome do hospital, nome do médico cirurgião, e telefones de contato das redes de atenção a saúde que o paciente pode procurar caso ocorra uma ISC.

Conclusão

Portanto é de suma importância informar o paciente e familiares dos riscos da cirurgia e os devidos cuidados após o procedimento cirúrgico, caso apresente qualquer sintoma orientar a procurar um profissional da área da saúde para se evitar uma ISC. Dependendo do procedimento, pode se haver uma infeção grave e acabar acarretando em adoecimento, estresse devido a situação da incisão e também podendo chegar a óbito. É importante o profissional de saúde realizar busca ativa de pacientes com esse quadro e realizar uma educação em saúde de qualidade para ISC, sendo que um material educativo sobre a infecção, suas causas, sintomas, e cuidados pode auxiliar no cuidado evitando maiores complicações para o paciente que tem ou pode ter chances de adquirir uma ISC através do procedimento cirúrgico, como também orientar que qualquer eventualidade o paciente pode procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) mais próxima, ou hospital para consultar e ver a situação da incisão cirúrgica, evitando maiores compilações de saúde.

Descritores

Centro cirúrgico, Promoção em saúde, Infecção.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referência

1 ROCHA, Junia Pisaneschi Jardim; LAGES, Clarice Aparecida Simão. O Enfermeiro e a prevenção das infecções do sítio cirúrgico. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, n. 30, p. 117-128, abr. 2016. Disponível em: http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/30/117-128.pdf Acesso em: 17 Set 2018.

2 Fusco Suzimar de Fátima Benato, Massarico Natiara Medolago, Alves Maria Virginia Martins Faria Fadul, Fortaleza Carlos Magno Castelo Branco, Pavan Érika Cibele Pereira, Palhares Valéria de Castilho et al . Infecção de sítio cirúrgico e seus fatores de risco em cirurgias de cólon. Rev. esc. enferm. USP. 2016 Feb [cited 2019 Mar 06] ; 50(1): 43-49. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080=62342016000100043-&lng-en. Acesso em: 17 Set 2018

3 Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção de Sítio Cirúrgico. *In*: Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde – GGTES. p. 7, Brasilia, 2016. Disponível em: https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/criterios-diagnosticos-de-infeccao-de-sitio-cirurgico. Acesso em: 28 set. 2018.

4 Einstein, Albert. Manual de prevenção de infecção de sítio cirúrgico. In: Os Agentes Etiológicos e Possíveis Fontes de Contaminação. 2014. Disponível em: https://medicalsuite.einstein.br/pratica-medica/guias-e-protocolos/Documents/manual_infeccao_zero_compacto.pdf. *Acesso em: 17 set. 2018*

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA AÇÃO REALIZADA PARA MULHERES NO CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ALTO DA SERRA

Autores

Sara Lindner[1];
Letícia Loureiro Nunes[2];
Samuel Spiegelberg Zuge[3]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

No contexto de saúde da mulher, o câncer (CA) de colo de útero e de mama representam um sério problema a nível mundial. O CA de colo de útero é considerado o terceiro maior tido de CA que acomete as mulheres no mundo, enquanto o CA de mama fica em segundo lugar no acometimento em mulheres, porém raramente também pode acometer homens, representando 1% do total dos casos. No Brasil, os índices de CA de colo de útero são considerados elevados para o biênio de 2018-2019, o qual foram estimados 16.370 casos novos[1]. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF) o rastreamento do CA de colo de útero, por intermédio da realização do exame cito patológico, em mulheres que se enquadram na faixa etária preconizada de 25 a 64 anos e de sua realização periódica em conformidade com as orientações do Ministério da Saúde (MS), pode levar a redução das taxas de incidência e mortalidade da neoplasia em questão. Já o CA de mama, por ser um dos mais comuns entre as mulheres no mundo e no Brasil, responde por cerca de 28% dos casos novos a cada ano. É relativamente raro em mulheres com a

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ

idade inferior a 35 anos, porém em idades superiores há estas, sua incidência aumenta progressivamente, especialmente após os 50 anos[2]. O acolhimento dos profissionais de saúde, embasada no diálogo e na promoção de saúde e comunicação efetiva, tem o potencial de facilitar o processo de humanização e de estimular a adesão das mulheres ao exame citopatológico, ao autoexame de mama e a ressonância, que são exames de rastreamento promoção e prevenção. Com tudo, o enfermeiro exerce um papel muito importante na perspectiva de saúde da mulher, assim tendo competência técnica e teórica para realizar a consulta ginecológica, promoções de saúde e o exame cito patológico[3].

Objetivos

Relatar uma ação de promoção de saúde para mulheres sobre a importância da realização do exame citopatológico, de mamas e da realização da mamografia.

Método

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido no mês de outubro de 2018, o qual foi realizado uma atividade na ESF do Distrito do Alto da Serra, durante o componente curricular - Estágio Supervisionado de uma universidade da região de Chapecó. Para o desenvolvimento da atividade foram seguidas as seguintes etapas: 1) Identificação do problemática; 2) Busca ativa de mulheres em prontuários e SISCAN e convite para participação da ação; 3) Desenvolvimento de uma ação de promoção em saúde, o qual foram abordados os seguintes temas: CA de mama e CA de colo de útero; os fatores de risco; importância da coleta de citopatológico; e a realização da mamografia. A atividade foi desenvolvida por meio da estratégia de roda de conversa, o qual possibilitou que as mulheres pudessem além de serem orientadas em relação aos temas propostos, pudessem dialogar sobre suas dúvidas, anseios e medos em relação ao CA de mama e CA de colo de útero. A dinâmica foi desenvolvida no período de aproximadamente uma hora. A fim de finalizar a atividade foi realizado uma dinâmica de fechamento.

Resultados e Discussão

A primeira etapa consistia na identificação da problemática, o qual foi apontado em discussão com a enfermeira da unidade e as Agentes Comunitárias de Saúde, uma baixa procura pelo serviço relacionado a saúde da mulher. Uma vez que, muitas mulheres não procuravam o serviço de saúde para atendimento ou quando procuravam e realizavam o exame não buscavam retorno sobre os resultados, assim como não seguiam o acompanhamento clínico na unidade. Posteriormente, foi realizado uma busca ativa em prontuários e SISCAN das mulheres cadastradas na unidade e que não realizaram o citopatológico nos últimos três anos, na faixa etária dos 25 a 65 anos de idade, idade preconizada pelo ministério de saúde para a realização do exame citopatológico. As mulheres foram convidadas a participar da ação de promoção de saúde por meio de visita domiciliares, juntamente com as Agentes Comunitárias de Saúde. A atividade foi desenvolvida no dia 15 de outubro, no salão comunitário da comunidade, no período matutino. A ação de promoção de saúde sobre contou com sete mulheres, das quais foi trabalhado por meio de uma roda de conversa. Primeiramente, foi realizado a apresentação das participantes. Após foi realizado as orientações e conscientização da realização do exame citopatológico, exame de mama e realização de mamografia. O desenvolvimento da atividade possibilitou a reflexão quanto a importância dos enfermeiros frente as Unidades Básicas de Saúde para que ocorra a promoção de saúde, tal como a reflexão quanto aos métodos de dificuldade e vantagens de se realizar práticas em saúde, colocando em prática os conhecimentos adquiridos[4]. Além disso, a promoção de saúde é definida pela carta de Ottawa como um processo de capacitação das pessoas, comunidades e famílias para que tenham autonomia sobre suas escolhas e uma melhor qualidade de vida em seu processo de viver. Percorre todo o processo de atenção à saúde possibilitando mudanças no modo de agir, e pensar sobre as questões que envolvem á saúde. As principais ações de promoção em saúde da família realizada no Brasil, tem sido trabalhada na atenção Básica de Saúde intregada as ESF, que é principal porta de entrada do usuário do SUS[5].

Considerações finais

Conclui-se que pode-se evidenciar que a maioria das mulheres já demonstravam certo conhecimento em relação a temática, no entanto, muitas não seguiam o que era preconizado. Assim, torna-se relevante, uma vez que foi evidente que a atividade de promoção em saúde teve uma repercussão positiva sobre a aprendizagem das mulheres, assim como, aponta-se para a necessidade de os serviços de saúde realizar a busca ativa destas mulheres, a fim de promover uma melhora na sua saúde, assim como, prevenirem o câncer de colo te útero e de mama.

Descritores

Saúde da Mulher; Câncer de colo Uterino; Câncer de mama; Educação em Saúde; Enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Paula, B; Helena, S; Volochko, A; Figueiredo, R. Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. BIS. Boletim do Instituto de Saúde, 2017; 17(2): 146-166.

2 Rocha, MGL; et al. Acolhimento na consulta ginecológica de enfermagem: percepções de mulheres da Estratégia Saúde da Família. Rev Rene. 2018; 19:e3341.

3 Costa, JC; et al. A promoção da saúde familial no quotidiano da atenção primária: uma revisão integrativa. Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 2017; 29:156-163.

4 Weykamp, JM; et al. Motivação: ferramenta de trabalho do enfermeiro na prática da educação em saúde na atenção básica. Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 2016; 19(1):5-10.

5 Sobral, ILL; et al. Conhecimento de profissionais da atenção básica sobre as competências de promoção da saúde. Rev Bras Promoção da Saúde, 2018; 31(2):1-7.

SBAR: um instrumento para a comunicação segura

Autores

Gabriela Menissa Pellenz[1];
Andressa Reginatto Percisi[2];
Gabriela Ohana Pisatto Soares[3];
Drian Felipe Kruger[4];
Eleine Maestri[5];
Aline Massaroli[6].

E-mail para correspondência

gabimenissa@gmail.com

Resumo

Introdução

A comunicação é um processo de transmissão, recepção e interpretação de informações, sendo desenvolvida de maneira verbal, não verbal e paraverbal. A comunicação é fundamental na ação diária dos serviços de saúde, é através dela que o trabalho intersetorial e multiprofissional torna-se efetivo, porém, entre o caminho da transmissão até a interpretação pode ocorrer distorções nas mensagens emitidas. Alguns dos motivos para uma comunicação falha são a hierarquização de cargos profissionais, que coíbe a expressão de alguns integrantes da equipe; ambiguidade de informação, especialmente entre setores distintos; ambiente com poluição sonora; entre outros fatores que tornam-se obstáculos no cuidado e podem acarretar em eventos adversos. Nesta perspectiva, a segurança do paciente busca reduzir a um mínimo aceitável a ocorrência destes eventos adversos, para tal, desenvolvem-se práticas e técnicas de aprimoramento profissional que auxiliam para um cuidado eficaz de saúde. No que tange a comunicação segura em saúde, o objetivo em comum e o trabalho em equipe são essenciais, assim como a utilização de instrumentos facilitadores, como a técnica SBAR

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.
4 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.
5 Enfermeira, Doutora em enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.
6 Enfermeira, Doutora em enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó.

- Situation, Background, Assessment, Recommendation -, recomendada pela Organização Mundial da Saúde, para a comunicação interprofissional via telefonema [1,2].

Objetivo

Relatar a percepção de estudantes de graduação em Enfermagem sobre a utilização da técnica SBAR para a comunicação segura entre os profissionais de saúde.

Método

O presente resumo é fruto de atividades extensionistas do Programa "Segurança do paciente: construindo caminhos para a cultura de segurança", da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó, em parceria com o núcleo de segurança de um hospital de grande porte da região oeste de Santa Catarina, realizadas entre os meses de setembro à novembro do ano de 2018, com a participação de treze discentes e oito docentes em reuniões semanais de estudo e organização do segundo ciclo educativo do programa, com a temática "Comunicação Segura". Após a produção do material de apresentação e do desenvolvimento de dinâmicas, realizou-se encontros no hospital, nos três turnos, contemplando a participação de mais de 350 funcionários de diferentes categorias profissionais. Dentre os assuntos abordados dentro da temática, a técnica SBAR foi apresentada como instrumento facilitador na comunicação em saúde.

Resultados e Discussão

A técnica SBAR é uma ferramenta que estrutura a comunicação entre profissionais da saúde e visa certificar a precisão com que a informação será transmitida e entendida pelo receptor da mensagem, garantindo assim a segurança do paciente. Foi desenvolvida pela marinha nos Estados Unidos da América para ser usada em submarinos nucleares, e atualmente é utilizada com sucesso na área da saúde devido a sua simplicidade na aplicação. Porém, uma barreira a ser superada é a falta de apresentação/explicação aos profissionais dessa ferramenta dentro dos serviços, bem como dispor de treinamento para os mesmos, provocando o desconhecimento da aplicação, na prática, dessa técnica. Durante a realização do segundo ciclo de atividades educativas do programa de extensão, realizou-se uma abordagem teórica para os participantes expondo, primeiramente, sobre o significado e finalidade de cada letra formadora da palavra SBAR, sigla em inglês e que em português o S (Situação) significa descrever o problema em uma frase concisa e clara; o B (Breve Histórico) se resume aos detalhes e ao contexto pertinentes àquela situação, a história de vida prévia que pode interferir naquele momento; o A (Avaliação) trata da análise realizada perante a situação e quais as opções que foram elaboradas; e por último o R (Recomendação) que é a ação recomendada perante a situação que está sendo transmitida [3]. O instrumento SBAR pode ser utilizado diariamente pela equipe de Enfermagem de uma forma figurativa e sem seguir os passos do mesmo, ou seja, a comunicação entre setores é realizada pelos profissionais sem perceber que estão utilizando este instrumento. Alguns profissionais não aderem a técnica, sendo por não a conhecerem, ou por uma cultura de comunicação simples e rápida. Apesar de ser facilitadora e contribuinte para que informações essenciais sejam transmitidas e compreendidas, encontram-se dificuldades em entender e internalizar os passos, devido a falta de instrução em relação ao uso e existência, e subsequentemente a falta de contato. A efetivação do uso do SBAR vai para além de ensinar e capacitar as equipes, é necessário sensibilizar, o que trará a real consciência da importância na sua aplicabilidade cotidiana. Ao longo dos encontros entre discentes e docentes para a organização do ciclo, elaborou-se duas situações de saúde que englobasse todas as "fases" da técnica SBAR. Logo após a apresentação teórica da técnica, as histórias foram expostas aos participantes e solicitou-se a organização das informações de acordo com a técnica apresentada anteriormente. Contudo, foi possível observar que grande parte dos profissionais optaram por não participar desse momento, pois nunca tinham se deparado com essa técnica anteriormente dentro do serviço. A técnica, apesar de ser sugerida para a comunicação telefônica, permite que, nas demais situações de comunicação, o profissional reflita sobre as informações que serão transmitidas, ou seja, instiga o pensamento sobre a qualidade do conteúdo informado, assim como a compreensão do receptor.

Considerações finais

No dia a dia das instituições a adoção da técnica SBAR pode auxiliar na melhora da comunicação interprofissional, pois exige uma preparação, uma organização do emissor da mensagem antes de transmiti-la, fazendo com que o receptor absorva e entenda claramente as informações. Além disso, a ferramenta SBAR, como outras também disponíveis para o uso na melhora da comunicação na área da saúde, encoraja os profissionais a expor sua opinião, vencendo

os bloqueios impostos pela hierarquia. Sendo assim, este se mostra um potencial aliado para o desenvolvimento do trabalho em equipe e para a melhoria da qualidade da assistência à saúde.

Descritores

Comunicação; Comunicação em Saúde; Segurança do Paciente; Educação em Saúde.

Eixo temático

2- Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

Financiado pelo Edital nº 488/ GR/ UFFS/ 2018.

Referências

1 raymond, M; Harrison, MC. The structured communication tool SBAR (Situation, Background, Assessment and Recommendation) improves communication in neonatology. SAMJ, S. Afr. med. j. *on line*, 2014 dez; 104(12): 850-852.

2 Nogueira, JWS; Rodrigues, MCS. Comunicação efetiva no trabalho em equipe: desafio para a segurança do paciente. Cogitare Enferm. *on line*, Paraná, 2015 jul- set; 20(3): 636- 640.

3 Buscato, M. Como usar o método SBAR na transição do cuidado. IBSP Instituto Brasileiro de Segurança do Paciente, 2019 jan.

CONTRIBUIÇÕES SOBRE VISITA DOMICILIAR NA FORMAÇÃO DE ACADÊMICOS DE DIFERENTES FASES DO CURSO DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Débora Cecatto[1];
Ariane de Lourdes Gomes Bueno[2];
Valéria Silvana Faganello Madureira[3]

E-mail para correspondência

debora.ceccatto@outlook.com

Resumo

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil possibilitou transformações no modelo de atenção básica à saúde, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em todo território brasileiro. A ESF vem com a proposta de desenvolver atividades preventivas, curativas e reabilitadoras, bem como para orientar e auxiliar às famílias em uma determinada área adscrita, levando em consideração o contexto de vida e as particularidades de cada ambiente. Ademais, a formação de vínculos, as responsabilidades, os compromissos firmados e os laços de confiança estabelecidos entre a população e os profissionais de saúde são eixos centrais para o sucesso dessa Estratégia. Nesse sentido, a Visita Domiciliar (VD) torna-se uma tecnologia importante para o processo de cuidado em enfermagem na saúde da família, unindo os princípios fundamentais do SUS, que são a Universalidade, a Integralidade e a Equidade. Além disso, para o enfermeiro, a visita domiciliar é um instrumento relevante no que diz respeito ao processo saúde doença no contexto familiar, pois

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Chapecó;
2 Acadêmica de enfermagem da universidade da Fronteira Sul, Campus Chapecó;
3 Enfermeira, doutora em Enfermagem, docente da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS Campus Chapecó

possibilita conhecer a realidade de cada família de modo a planejar o cuidado de acordo com as condições concretas de existência de cada grupo familiar.

Objetivos

Relatar a vivência de atividade teórico-prática (ATP) desenvolvida no CCR 'Contexto social e profissional da Enfermagem III', relacionada à Visita Domiciliar de enfermagem no município de Planalto Alegre - SC.

Método

No mês de julho de 2018, duas acadêmicas do curso de Enfermagem de períodos distintos, sendo uma da primeira e outra da sétima fase, realizaram juntas uma visita domiciliar acompanhadas pela Agente Comunitária de Saúde (ACS) responsável por aquela micro área. A VD era direcionada a três senhoras idosas, ambas diagnosticadas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM). Cada visita estendeu-se por cerca de duas horas.

Resultados e Discussão

A primeira senhora a ser visitada dona G, era viúva, aposentada e tinha 70 anos de idade, vivia com o filho mais velho, nora e o neto de sete anos. Primeiramente iniciou-se com a ACS nos apresentando à nora. Conversamos um pouco com ela para sabermos a situação da idosa e a história até o presente momento. Em seguida fomos conhecer dona G, que atenciosamente nos recebeu, muito simpática e conversava bastante sobre tudo, principalmente sobre o seu quadro de saúde. A visita transcorreu sem que fosse necessário fazer muitas perguntas, pois ela mesmo já oferecia as informações sem que perguntássemos. Em seguida, pedimos autorização para examinar os seus pés, um dos quais, o esquerdo, tinha um curativo protegendo uma lesão decorrente da Polineuropatia diabética (PND), quadro comum em 50% das pessoas com Diabetes. No decorrer da visita orientações foram dadas sobre os cuidados necessários com relação à alimentação adequada, controle do açúcar e do doce, uso de calçados confortáveis, higienização adequada da lesão a fim de evitar infecção. Ao final da VD, assim como a dona G, a nora agradeceu pela visita, e salientou a importância do serviço da enfermagem, pois ela consegue sanar muitas das dúvidas nesses momentos. Antes de terminar a visita, as acadêmicas enfatizaram que a Unidade Básica de Saúde e a equipe de enfermagem estariam sempre à disposição delas. A segunda visita foi feita à senhora D, diabética, hipertensa, com um quadro de anemia associado à alimentação inadequada e que reside com a filha, M. Apesar das condições crônicas de saúde, a senhora D cuida da senhora F, acamada, deficiente auditiva e com alucinações visuais, que era moradora de rua e foi acolhida por ela e pela filha. A situação econômica da família é precária, e recebem diversas doações, contando inclusive com a ajuda das ACS, que arrecadam com outras famílias, alimentos e roupas para auxílio. Na VD foi possível conhecer um pouco mais sobre a condição de saúde da família e descobrir o filho da senhora D auxilia na movimentação da senhora F, pois M estava em recuperação pós-cirúrgica de herniorrafia abdominal, depois de refazê-la pela segunda vez. Conferimos os medicamentos da senhora D. e a orientamos a fazer o descarte correto para as caixas não mais utilizadas, além do horário correto para ingesta das medicações glibenclamida e metformina. No decorrer da visita, M informou que era diabética e que havia feito exames cujos resultados ainda não haviam sido analisados por profissionais. Os exames indicavam importante alteração no hormônio tireoestimulante (TSH), para o que foi instruída a agendar consulta médica na UBS, contando com o auxílio da ACS.

Considerações Finais

A vivência relatada possibilitou às acadêmicas a troca e o compartilhamento de conhecimentos. O trabalho conjunto de uma acadêmica da primeira fase, que iniciava sua formação universitária, com outra da sétima fase, cuja formação já se encaminhava para o final e com um embasamento mais sólido, possibilitou aprendizado e crescimento mútuo, tanto no campo pessoal, quanto no profissional. Nesse sentido, o trabalho em dupla proporcionou uma rica experiência prática dos conteúdos discutidos em aula como, por exemplo, a educação em saúde. Além disso, percebeu- algumas dificuldades que a equipe de enfermagem enfrenta, necessitando da realização de visitas domiciliares mais efetivas, de modo que ao adentrar o residencial, o profissional possa sanar todas as dúvidas que a família tenha. Também foi possível visualizar a falta de consultas de enfermagem, consultas que seguem todas as etapas, necessárias para ter um diagnóstico mais preciso e rápido. Todavia há pontos positivos nesta unidade, a estrutura oferecida para o atendimento da população que necessita da utilização deste serviço, atende a necessidade dos indivíduos daquela região.

Descritores

Visita Domiciliar; Atenção primária à saúde; Saúde Coletiva.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Marin, MJS; Gomes, R; Siqueira, JAC; Nunes, CRR; Cardoso, CP; Otani, MP et al . O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. Ciênc. saúde coletiva. 2011; 16(11):2357-65. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200008&lng=e.

2 Gomes, MFP; Fracolli, LA; Machado, BC. Atenção domiciliar do enfermeiro na estratégia saúde da família. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2015; 39(4):470-5.

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: DETECÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE DE DEFICIÊNCIA VISUAL EM ESCOLARES DE DUAS ESCOLAS DA REDE PÚBLICA DA CIDADE DE CHAPECÓ-SC

Autores

Jaqueline Ana Foschera[1];
Luana Reis[2];
Vanessa Ritieli Schossler[3];
Laídes Paul[4];
Valéria Silvana Faganello Madureira[5]

E-mail para correspondência

jaquefoschera@gmail.com

Resumo

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE) foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial n. 6.286 e tem por objetivo promover saúde e educação integral, pois transita entre esses dois universos em uma parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde[1]. É na escola que as interações sociais acontecem e, por isso, ela tem papel imprescindível na realização de ações que identifiquem precocemente possíveis agravos e de realizar promoção à saúde. Sabe-se que a acuidade visual é fundamental para um bom desenvolvimento escolar, pois é responsável pela maior parte de informações sensoriais que o as pessoas recebem do meio-ambiente. Para o Ministério da Saúde, vários fatores podem ocasionar a perda da capacidade visual, desde biológicos e sociais, até ambientais. Ainda, segundo a Organização Mundial

1 Pedagoga. Pós-graduanda em Tecnologias para a Educação Profissional pelo Instituto Federal de Santa Catarina. Acadêmica da 7ª fase do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó-SC.

2 Acadêmica da 7ª fase do curso de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó-SC.

3 Enfermeira, Residente de Enfermagem em Saúde da Família pela Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba/PR.

4 Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Coordenadora do Centro de Saúde da Família Belvedere da Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC.

5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó-SC.

da Saúde (OMS), a maioria desses fatores (cerca de 80%) são evitáveis, reafirmando assim, a importância da detecção precoce deste tipo de condição[2]. Ainda segundo a OMS, supõe-se que mais de sete milhões de crianças em idade escolar portam algum tipo de deficiência visual, porém apenas 25% delas exibe sintomas, enquanto os demais necessitam de testes específicos para detecção do problema. A escala de Snellen é um método simples, econômico e prático, o que contribui para que seja mundialmente utilizada para pré-diagnosticar problemas com a acuidade visual. Neste sentido, a equipe de saúde tem papel fundamental na assistência ao crescimento e desenvolvimento das crianças, desvelando as necessidades dos escolares o mais precocemente possível.

Objetivos

Relatar atividade de avaliação de acuidade visual de crianças de duas escolas públicas municipais de Chapecó através da escala optométrica de Snellen.

Método

A atividade foi desenvolvida na Escola Básica Municipal Vila Rica e Escola Básica Municipal Olímpio Corrêa Figueiró, pertencentes ao território da Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Belvedere do Município de Chapecó/SC, nos meses de novembro e dezembro de 2018, nos turnos matutino e vespertino. Participaram crianças entre cinco anos completos e um mês e 10 anos completos e um mês, conforme preconizado nas Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância do Ministério da Saúde, e com matrícula ativa, conforme listas disponibilizadas pelas instituições.

Resultados e Discussão

O teste foi realizado seguindo orientações específicas do Caderno de Atenção Básica número 24, do Ministério da Saúde, que preconiza a utilização da Tabela E de Snellen: ambiente com boa iluminação (a luz deve vir de trás ou dos lados da criança a ser examinada) e em ambiente silencioso[3]. Assim, utilizou-se a sala da biblioteca das escolas para adaptar o ambiente conforme a exigência do teste, pois eram ambientes reservados e iluminados possibilitando uma boa visualização e tranquilidade na realização do teste. Com auxílio de uma fita métrica, posicionou-se uma cadeira a cinco metros de distância da escala optométrica de Snellen fixada na parede, de modo que a linha de acuidade visual 0,8 a 1,0 ficasse na altura dos olhos da criança[4]. Todo o processo, método e importância da realização do teste de Snellen foram devidamente esclarecidos e orientados, tanto para as educadoras, como para as crianças que participaram. Assim, as professoras, além de estarem cientes da importância do teste, forneceram as listas com nomes dos alunos e os liberaram para fazer o teste, de forma que se dirigissem um a um à biblioteca da escola. A criança era orientada para que posicionasse o oclusor (tapa-olho) em frente a um olho primeiramente e que o mantivesse aberto (mesmo com o oclusor, para não comprimi-lo e posteriormente oferecer resultados alterados) e respondesse o que o aplicador mostrava com outro objeto (neste caso utilizou-se uma régua) na escala de Snellen fixada a parede. O mesmo procedimento foi feito em ambos os olhos. As crianças que já utilizavam óculos eram testadas com este e questionadas sobre a última consulta ao médico oftalmologista. Todos os dados foram anotados ao lado dos nomes disponibilizados nas listas, atentando para os que tiveram dificuldades na visualização. Segundo o MS é esperado que aos cinco/seis anos de idade a maioria das crianças alcance uma visão 20/20[4]. Devem ser encaminhados prioritariamente para avaliação médica os escolares com acuidade visual inferior a 0,1 da Tabela de Snellen em quaisquer dos olhos, na presença de sinais e sintomas oculares agudos (olhos vermelhos, dor ocular ou de cabeça, secreção abundante) ou trauma ocular recente. Também devem ser encaminhados para avaliação médica os escolares que apresentarem acuidade visual inferior ou igual a 0,7 em qualquer olho, diferença de duas linhas ou mais entre a acuidade visual dos olhos, na identificação de estrabismo ("olho torto" ou "olho vesgo"), se forem diabéticos ou hipertensos com diagnóstico confirmado e aqueles com história de glaucoma na família[3]. Nesses casos, o médico da equipe de Saúde da Família deve avaliar inicialmente o escolar e encaminhar ao oftalmologista, quando necessário[3]. Ao todo, foram realizados 450 testes, dos quais 31 apresentaram alterações. Essas crianças foram encaminhadas à UBS para repetição do teste, a cargo da equipe multidisciplinar. Ao final de todos os procedimentos, seis crianças foram encaminhadas ao oftalmologista, e todos os dados encontrados foram registrados no Sistema Eletrônico de prontuário de Atendimento ("*WIN* SAÚDE", sistema eletrônico vinculado ao SUS) de cada uma delas.

Conclusão/Considerações

Os resultados obtidos evidenciam a importância das ações de rastreamento sobre as condições de visão das crianças, pois é um sentido importante para

a aquisição da aprendizagem. Nesse sentido, as ações de Enfermagem nos territórios são essenciais não apenas para a implementação e efetivação do PSE, mas principalmente para prevenção de agravos e promoção do desenvolvimento infantil. Cabe ressaltar a necessidade de, a partir dos resultados imediatos do teste, encaminhar medidas que auxiliem crianças e educadores em sala de aula. Nesse sentido, as educadoras foram orientadas a posicionar mais à frente na sala de aula as crianças que tiveram dificuldades visuais identificadas, com vista a minimizar as dificuldades das crianças em sala enquanto aguardavam consulta médica. Consideramos que os educadores precisam ser capacitados para lidar com diferentes situações relacionadas à saúde, pois esta não capacitação pode resultar em abstenção ou condutas inadequadas perante os problemas encontrados.

Descritores

Acuidade Visual; Tabela de Snellen; Programa Saúde na Escola; Educação em Saúde; Atenção Básica em Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a Passo Programa Saúde na Escola (PSE), Tecendo caminhos da intersetorialidade. *On line*, Brasília-DF, 2011.

2 Brasil, Ministério da Saúde. Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração. *On line*, Brasília-DF, 2019.

3 Brasil, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica número 24. *On line*, Brasília-DF, 2009.

4 Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes de Atenção à Saúde Ocular na Infância: detecção e intervenção precoce para a prevenção de deficiências visuais. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, *on line*, Brasília-DF, 2013.

TESTES RÁPIDOS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: relato de experiência de acadêmicos de enfermagem

Autores

Helena Fornari Basso[1];
Kassiano Carlos Sinski[1];
Ariel Larissa Scolari Scolari[1];
Joslaine Bicicgo Berlanda[1];
Gabriela Menissa Pellenz[1];
Valéria Silvana Faganello Madureira[2]

E-mail para correspondência

helenafornari@hotmail.com

Resumo

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) estão entre os problemas de saúde pública mais prevalentes no mundo e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de um milhão de pessoas contraem diariamente uma IST[1]. A alta frequência pode estar relacionada a diversos fatores, dentre os quais a atividade sexual desprotegida. O fato de algumas doenças serem assintomáticas pode dificultar o diagnóstico, mas não impede que uma pessoa portadora sem sintomas atue como agente de transmissão. Nesse sentido, a tecnologia vem contribuindo para facilitar o diagnóstico, como é o exemplo dos testes rápidos, cuja realização vem sendo incentivada pelo Ministério da Saúde como um grande aliado a estratégias de saúde pública[2]. O objetivo desses testes é a detecção precoce de anticorpos (anti-HIV, anti-HCV e anti Treponema pallidum) e de antígenos (HBsAg), o que possibilita tratamento adequado em tempo oportuno[3]. O resultado para anticorpos e

1 Discente da 7ª fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS),Campus Chapecó.

2 Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Chapecó, SC. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, SC, Brasil.

antígenos são analisados em até 30 minutos após a execução dos testes, os quais são altamente sensíveis e específicos, de fácil realização e compreensão. Porém, não se trata apenas da execução de uma técnica e há que se considerar a possibilidade de resultados positivos, o que demanda aconselhamento e orientação pré e pós-testagem aos que a ele se submetem, para esclarecer e elucidar dúvidas, bem como sabendo abordar situações diversas[4].

Objetivos

Relatar a experiência de acadêmicos em atividade teórico-prática a partir da realização de testes rápidos para sífilis, HIV e hepatites (B e C).

Método

A atividade foi desenvolvida no componente curricular (CCR) Cuidado no Processo de Viver Humano I do curso de graduação de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, juntamente com o andamento das atividades teórico-práticas e envolvendo docente e estudantes matriculados no CCR. As atividades de testagem foram desenvolvidas em conjunto com o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) ao longo do segundo semestre de 2018, com trabalhadores de duas empresas de Chapecó – SC. As atividades foram conduzidas pelos acadêmicos com auxílio dos profissionais do SAE e envolveram testes rápidos de sífilis, HIV e hepatites (B e C). Além disso, os estudantes informaram e orientaram o público, dividido em grupos, sobre as IST mais comuns, formas de transmissão, detecção, tratamento, métodos de prevenção e disponibilidade dos Centros de Saúde da Família (CSF) para atendimento, tratamento e acompanhamento. O foco dessa etapa foi despertar a atenção para a vulnerabilidade de todos e de cada um para as IST, bem como estimular o autocuidado. Foram utilizados folders educativos, álbum seriado e, além disso, demonstrações sobre o uso de preservativos masculinos, femininos e de lubrificantes, com explicações didáticas em bonecos.

Resultados e Discussão

Nas atividades desenvolvidas, os participantes se mostraram interessados nos assuntos abordados. Entretanto, em grupo, as observações e perguntas que faziam tinham um tom de brincadeira, como se estivessem desconfortáveis por discutir tais temáticas em público. Não houve muito interesse nos folders, mas bastante procura por orientações individuais. Houve uma grande adesão dos participantes aos testes rápidos, embora muitos relatassem apreensão em relação aos possíveis resultados. Para reduzir esse sentimento, orientava-se que, em caso de resultado positivo, novos testes seriam feitos e solicitados, bem como haveria encaminhamento ao CSF ou ao SAE. Era visível a expectativa pelo resultado enquanto aguardavam, o que levantou questionamentos na equipe de testagem sobre as práticas de prevenção adotadas pelos participantes na vida cotidiana. Decorrido o tempo de espera, o resultado era dado, quando negativo, ao participante no próprio local de testagem, tomando-se os devidos cuidados com o tom de voz para que os demais presentes não ouvissem. O único resultado positivo para hepatite B encontrado nas atividades foi informado ao participante juntamente com profissional do SAE, embora também na sala comum e com discrição. Tal caso recebeu os encaminhamentos cabíveis. Em relação às explicações e explanações dos assuntos nos folders, muitos participantes demonstraram surpresa com determinadas informações desconhecidas, o que os instigou a refletir sobre determinados assuntos e seus hábitos cotidianos em relação a sua própria saúde.

Considerações finais

A realização de testes rápidos, bem como os cuidados que a cercam, é pouco visualizada durante a graduação, da mesma maneira que é pouco praticada nos campos de prática. Porém, é de suma importância para a formação acadêmica, pois, além de ser muito praticada na rotina do enfermeiro, envolve elementos éticos relacionados aos participantes e ao exercício profissional. Tal atividade proporcionou aos estudantes não apenas o desenvolvimento de habilidades manuais, mas também habilidades de interpretação, de comunicação e sensibilidade para com o outro, bem como sobre ações posteriores à testagem (confirmação de diagnóstico, encaminhamentos e tratamento). Além de fortalecer o desenvolvimento como futuros gestores de cuidado, possibilitou também ampliar o olhar para questões que ocorrem quando são desenvolvidas atividades com grandes grupos, tais como orientações pré-testagem para o grande grupo, podendo ser individual ou coletivo, bem como a privacidade e o sigilo necessário à revelação do resultado, que demandam sala privativa e profissionais habilitados a lidar com situações que vão além do cuidado físico e envolvem aspectos psicossociais.

Descritores

Saúde pública; Confidencialidade; Privacidade.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST). Brasília: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infeccoes_sexualmente_transmissiveis.pdf. Acesso em: 28 mar 2019.

2 Ministério da Saúde (BR). Infecções sexualmente transmissíveis: o que são e como prevenir. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/infeccoes-sexualmente-transmissiveis-ist. Acesso em: 28 mar 2019

3 Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). Plano de ampliação de testes rápidos nos serviços de saúde de Santa Catarina. 2016. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexo-deliberacoes-2016/10961-anexo-deliberacao-238-2016-plano-estadual-ampliacao-teste-rapido-2016/file. Acesso em: 28 mar 2019.

4 Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE). NOTA TÉCNICA Nº. 001/DIVE/SES/2013. Disponível em: http://www.dive.sc.gov.br/conteudos/dst_aids/notas_tecnicas/NOTA_TECNICA_TR_001_2013.pdf. Acesso em: 28 mar 2019.

UM NATAL DIFERENTE NO HOSPITAL: a música como instrumento para a enfermagem promover saúde

Autores

Simone dos Santos Pereira Barbosa[1];
Luana Reis[2];
Ricardo Demeneck[3];
Ana Gabrieli Sauer[4];
Jeane Barros de Souza[5];
Juliana Praxedes Campagnoni.[6]

E-mail para correspondência

mone.96@hotmail.com

Resumo

Introdução

Em meio ao processo de tratamento de determinada doença, pode se fazer necessário a internação, trazendo ao paciente desconfortos: físico, emocional ou espiritualmente[1], sendo justificada por ser um local que traz afastamento de seu local habitual, custos financeiros, como também distanciamento de seus familiares[2,3]. Para amenizar esses desconfortos e fortalecer o enfrentamento da doença, diversas ações podem ser realizadas no cuidado prestado ao paciente[3], com destaque às atividades de promoção da saúde. A partir desse entendimento, surgiu, em 2018, o Musicagem – programa de extensão da graduação em enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). O programa Musicagem é composto por discentes e docentes da enfermagem, que realizam intervenção musical para pacientes adultos que se encontram nos setores da Oncologia, Quimioterapia e Radioterapia do Hospital Regional do Oeste (HRO) e para crianças internadas no Hospital da Criança (HC), além de abranger os familiares e acompanhantes dos pacientes e os profissionais que trabalham nos locais. Dentre os momentos que

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó;
3 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul-UFFS, campus Chapecó;
5 Enfermeira, Doutora, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó;
6 Enfermeira, Especialista, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, campus Chapecó.

marcam as pessoas, aflorando sua sensibilidade, é a chegada do natal, que por muitas vezes, simboliza o momento de reunir os familiares e as pessoas próximas. Mas vivenciar a época natalina hospitalizado é algo que causa tristeza para muitos pacientes e seus familiares. Nesta perspectiva, o Musicagem programou uma intervenção musical nos dois hospitais, a fim de compartilhar músicas natalinas e refletir sobre o fim de ano.

Objetivos

Compartilhar a experiência dos estudantes de enfermagem, participantes do Grupo Musicagem, nas atividades de intervenção musical no HRO e HC, durante as comemorações de final de ano, com vistas à promoção da saúde dos pacientes hospitalizados, de seus familiares e da equipe multiprofissional.

Método

As intervenções musicais do grupo são realizadas no final da tarde, nas terças-feiras, intercalando-as a cada quinze dias: uma semana no HRO e a outra no HC. Em dezembro, as atividades realizadas foram dedicadas às comemorações de fim de ano e ocorreram nas duas primeiras semanas de dezembro: a primeira no HRO e a segunda no HC. As músicas entoadas na ocasião trouxeram mensagens natalinas e de reflexões sobre a vida. O Musicagem é composto por oito integrantes que cantam, acompanhados de violões, violino e tambor. Na primeira intervenção, realizada no HRO, todos do grupo se vestiram de branco e usaram um gorro vermelho, representando o natal. A ação foi diferente das demais, pois abrangeu outros setores do Hospital como a Maternidade, Neurologia, Clínica Médica, Centro Obstétrico, Ortopedia, UTI, e as salas de espera, que contavam com a presença de familiares dos pacientes. Na semana seguinte, ocorreu no HC, que além da presença dos participantes do Musicagem, contou com a participação do Programa de extensão Enferma-Ria, também da UFFS, e com a presença do jogador da Chapecoense, um dos sobreviventes do acidente aéreo de 2016, Hélio Hermito Zampier Neto, popularmente conhecido como Neto. A caracterização da equipe foi a mesma do HRO, sendo acrescentado pompons que deixaram a apresentação mais colorida. A dinâmica contou com a visita nos quartos da Oncologia pediátrica juntamente com o jogador, sendo tomado todos os cuidados referentes à condição de cada paciente. Após este momento, foi realizado um encontro no hall da unidade, possibilitando que a maior parte das crianças internadas e seus acompanhantes e também os profissionais do local pudessem participar da intervenção musical que foi complementada pelo discurso proferido pelo jogador Neto. Ainda, se fez a visita nos quartos do setor da clínica médica daqueles que não podiam se posicionar no Hall, finalizando com a intervenção musical nos corredores e recepção do hospital.

Resultados e Discussão

Durante a ação musical no HRO e HC, foi possível observar que a enfermagem pode utilizar-se da música como potencial prática de cuidado que gera a promoção da saúde aos pacientes. A melodia proporciona e traz benefícios como, diminuição do estresse, da dor, podendo promover calma e auxiliando na interação entre as pessoas[4]. Ao realizar a atividade de final de ano, que contou com músicas que levaram à reflexão, pode-se perceber no rosto dos pacientes e familiares a perseverança em seguir a vida e querer continuar no tratamento contra o câncer, que poderá transcender as comemorações de fim de ano. Também se observou que ao ser realizada a intervenção musical muitas pessoas, mesmo estando em uma condição de internação, se alegravam naquele momento, abrindo sorrisos, comunicando esperança por meio de seus olhares, com o querer da permanência do Grupo mais um pouco nos quartos. Além disso, ficou perceptível a necessidade de momentos como esse para os funcionários das unidades hospitalares, pois auxilia na diminuição do estresse do dia-a-dia, observado através de seus agradecimentos, que representavam o quanto aquele momento foi gratificante. Além disso, a presença do jogador Neto, no HC, trouxe esperança, força e fé expressadas por meio de suas palavras e seus gestos de atenção e carinho para com as crianças, familiares e profissionais, e que foram percebidas através das emoções expressadas por essas pessoas: lágrimas, sorrisos, abraços, cumprimentos, agradecimentos. Da mesma forma, esse bem-estar foi percebido entre os membros do Musicagem, possibilitando aos acadêmicos de enfermagem a percepção de que a intervenção musical pode ser aplicada como uma das estratégias para proporcionar a promoção da saúde aos que ouvem e até mesmo aos que participam do momento de recuperação dos pacientes hospitalizados. A música é uma ferramenta que pode ser utilizada pela enfermagem para o cuidado com o paciente trazendo benefícios nessa relação, como também pode ser utilizada como forma de prescrição para diagnósticos da enfermagem[5].

Considerações finais

De fato, a música interfere no estado de saúde de um indivíduo e pode ser uma estratégia utilizada pela enfermagem de promoção da saúde aos pacientes que se encontram internados, aos seus familiares e também à equipe de profissionais que se encontram no ambiente hospitalar. Logo, através das ações realizadas pelo Musicagem, com o olhar voltado à reflexão que o final do ano representa, os estudantes de enfermagem puderam exercer na prática a promoção da saúde por meio da intervenção musical e, também , puderam refletir que há possibilidade de se utilizar

de novas estratégias para prescrição do cuidado.

Descritores

Enfermagem; Promoção da Saúde; Música; Extensão.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Lerner K, Vaz P. "Minha história de superação": sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. online, São Paulo, 2016; 21(1):153-163. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1414-32832017000100153&script=sci_arttext&tlng=es

2 Henriques RTM, Cabana C. O acompanhante no processo de hospitalização. Revista Hum@nae.online, 2013; 7(1). Disponível em: http://www.humanae.esuda.com.br/index.php/humanae/article/view/69/62

3 Oliveira JM de, Reis JB, Silva RA da. Busca por cuidado oncológico: percepção de pacientes e familiares, Recife, PE, Brasil. Rev enferm UFPE on line. 2018; 12(4): 938-46.

4 Areias JC. A música, a saúde e o bem estar. Nascer e Crescer. Online, 2016; 25 (1): 7-10. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0872-07542016000100001.

5 Cardoso AVM, Souza AAM de, Silva PLN da, Carvalho HLA de, Alves ED, Filho WA. Cuidando com a arte: a promoção da saúde por meio da música. Revista da Universidade Vale do Rio Verde. online, 2016; 14(1): 714-735. Disponível em: https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5511275

VISITA DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA FAMÍLIA DE IDOSOS

Autores

Micheli Menin[1];
Rosicléia da Silva Machado[2];
Samuel Spiegelberg Zuge[3]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

O envelhecimento pode ser entendido como um processo natural, o qual acontece à diminuição da reserva funcional das pessoas, o que em situações normais não acarreta problemas na sua vida. Entretanto, em condições de sobrecarga como acidentes, estresse emocional e doenças, podem levar a se adquirir patologias as quais necessitam de uma assistência de saúde[1]. Nessa perspectiva, o cuidado nessa fase da vida aponta para o desenvolvimento da atenção integral as necessidades do idoso, para desta forma, auxiliar o idoso a tornar-se cada vez mais independente, assim como, permitir que ele venha valorizar suas convicções sobre viver ou morrer e sua visão do mundo. É de fundamental importância as visitas domiciliares (VD) realizadas nas Estratégias de Saúde da Família (ESF), as quais trazem segurança ao idoso em relação a assistência do serviço de saúde, uma vez que os serviços são compreendidos como um fator de proteção e recuperação da saúde[2]. As VDs proporcionam aos profissionais de saúde, a inserção no cotidiano familiar, o qual possibilita um aumento do conhecimento da realidade, voltadas há construção e o desenvolvimento de atividades nas comunidades, garantindo assim à assistência as pes-

1 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ

soas que tem dificuldades na locomoção para vir até a unidade de saúde, visando, uma melhora na qualidade de vida, além de proporcionar os princípios de prevenção, promoção e reabilitação da saúde[3]. A VD é uma forma que possibilita ao Enfermeiro da ESF a compreensão dos condicionantes e determinantes do modo saúde-doença, o qual também estabelece medidas de promoção da saúde. Por meio da VD é que o profissional poderá observar as condições habitacionais, socioambientais, em que vive essa pessoa e sua família, o qual também pode-se realizar a busca ativa, fazer o planejamento e execução de medidas assistenciais apropriadas, dando ênfase na promoção da saúde[4]. **Objetivo:** Relatar a realização de uma VD a uma família de idosos com condições crônicas de saúde. **Método:** Trata-se de um relato de experiência do Estágio Curricular Supervisionado I, do curso de graduação em Enfermagem de uma Universidade da Região de Chapecó, realizado na ESF do bairro Santa Maria localizada na cidade de Chapecó/SC, no período de outubro de 2018. Primeiramente, foi articulado com a Enfermeira coordenadora da ESF e as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) sobre a possibilidade da realização da VD. Assim, foi definida uma família de idosos os quais apresentavam alguma condição crônica de saúde. As ACS realizaram o acompanhamento junto à residência da família de idosos. Assim, foi realizado a VD, o qual foi realizado a avaliação da anamnese das condições de saúde da família e aplicado um questionário a fim de identificar as fragilidades em relação à saúde desta família.

Resultados e Discussão

A partir da realização do questionário, percebeu-se a existência de vínculo entre os idosos e o serviço de saúde do bairro, no entanto, a ausência da participação nos grupos de educação em saúde que envolve questões de tabagismo, hipertensos e diabéticos. Diante desse cenário, torna-se notório a importância da ESF para essa família de idosos que buscam atendimento sempre que necessário evidenciado mediante a solicitação de exames, agendamentos de consultas, renovação de receita, dentre outras demandas. A partir do exposto foi realizado um questionário para a senhora L.O., pessoa de índole carismática, humilde, aposentada e utiliza a ESF frequentemente. Deste modo, foi identificado que residiam na casa três pessoas (L.O. de 72 anos de idade, O.B. de 77 anos de idade e um neto com 28 anos de idade que cuida dos mesmos na questão de locomoção e documentação dos idosos). A L.O. relatou que possuía hipertensão arterial e diabetes melitus, fazendo uso dos seguintes medicamentos: cloridrato metformina; cloridrato de ranitiatina; enalapril; hidroclorotiazida. A mesma ainda relatou que O.B. também apresenta hipertensão arterial e diabetes melitus, hipercolesterolemia, e foi diagnosticado com câncer de próstata, fazendo uso dos seguintes medicamentos: karvilor; rosusvostatina cálcica; ultibro; maleato de indacaterol + brometo de glicopirronio; miflasona de beclometasona; aluminax- hidróxido de alumínio; fluimucil- acetilcisteina; e plenance. No seguimento do questionário também foram realizadas perguntas de cunho pessoal, o qual a L.O. apontou: os dois utilizavam óculos; não cuidavam da alimentação; realizam caminhadas na praça perto da casa; nas horas vagas ela gosta de tocar gaita e seu esposo gosta de jogar baralho; ela estudou até a quarta serie e ele até a oitava serie; ela relata que na sua família há histórico de câncer em dois de seus irmãos; O.B em decorrência do câncer de próstata realiza radioterapia todas as manhãs no Hospital Regional do Oeste, sendo que de 37 sessões já realizou 17; relata estar com as vacinas em dia; e o convívio familiar é bom. Desta forma foi realizada orientação à família sobre a alimentação dos mesmos, os horários para se tomar os remédios corretamente, a forma de armazenar os mesmos, algumas questões em quanto ao funcionamento da unidade de saúde, sobre a prática de atividade física e a participação em grupos de idosos. Diante ao exposto cabe destacar sobre a importância do cuidado com este grupo populacional envolvendo as atividades físicas, troca de experiências, acompanhar alguma patologia relacionada a doenças crônicas, resultado na diminuição dos atendimentos ambulatoriais, a criação de vínculo, mais adesão aos tratamentos com medicação, satisfação e uma potencialidade física e mental, promovendo desta forma a qualidade de vida destes idosos[5].

Considerações Finais

A vivência possibilitou as acadêmicas uma nova experiência no campo da ESF, uma vez que viabilizou a aproximação com famílias integrantes da ESF. Tal atividade contribuiu para aprimoramento e construção do saber em enfermagem em um dos seus processos de trabalho, possibilitando novos olhares diante do cuidado familiar, sendo princípios de uma organização profissional ampliada, considerando as particularidades do cuidado em saúde. A realização da VD possibilitou perceber a importância de sua realização, pincipalmente quando relacionada aos idosos, identificando as necessidades destes indivíduos, da utilização correta dos medicamentos, da sua alimentação, de como esses idosos estão sendo trata-

dos em seu contexto familiar, a fim de acompanhar o processo de envelhecer destes idosos, contribuindo para uma melhora na sua qualidade de vida.

Descritores

Envelhecer, Idosos, Visita Domiciliar.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil.Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 19. Brasília, DF, 2006.

2 Mello, DRB; et al. Fatores de resiliência no envelhecimento verificados na visita domiciliar: relato de uma experiência na atenção básica. Revista Interdisciplinar Pensamento Científico. 2017; 2(2):30-44.

3 Gonçalves, HM; Zamberlan, C. Visita domiciliar como prioridade de pesquisa em saúde: uma revisão. Disciplinarum Scientia| Saúde. 2016; 17(1):1-10.

4 Nascimento, JS; et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. 2014;26(4):513-522.

5 De Paiva, EP; et al. Assistência dos Enfermeiros ao Idoso: Um estudo transversal. HU Revista. 2016;42(4):259-265.

VISITAS DOMICILIARES E O PROCESSO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE REALIZADO POR ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM: um relato de experiência

Autores

Ana Beatriz Mattozo Amorim[1];
Eduarda Bernadete Tochetto[2];
Letícia Stake Santos[3];
Sarah Ellen Rodrigues[4];
Kiciosan da Silva Bernard Galli[5].

E-mail para correspondência

amattozo6@gmail.com

Resumo

Introdução

Na década de 1990, o movimento da reforma sanitária e a VII Conferência Nacional de Saúde impulsionam o novo modelo de saúde pública brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), alicerçado em princípios de universalidade, equidade e integralidade. Nesta mesma época, no Nordeste, são implantados na Atenção Básica o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa da Saúde da Família (ESF), ambos objetivando modificar o perfil epidemiológico de saúde através da diminuição da mortalidade infantil, dos índices de desnutrição infantil e das doenças infecto-parasitárias. Em 2006, o Ministério da Saúde transforma o PSF em Estratégia de Saúde da Família (ESF), esta como modelo de atenção básica em saúde e, em 2011, na Política Nacional de Atenção Básica, este modelo de cuidado é mantido[1]. Na ESF a visita domiciliar (VD) é instrumento de cuidado, com o objetivo de estabelecer

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.

o vínculo da comunidade cadastrada no território de abrangência da UBS e responder os problemas de saúde apresentados pela família com ações nos diferentes níveis de complexidade. Desta forma, a VD é caracterizada como um conjunto de ações que buscam realizar um atendimento integral, universal, equânime e resolutivo[1,2]. O Conselho Federal de enfermagem, através da resolução 464/2014, normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar e esclarece, no artigo 1º, que a Atenção Domiciliar visa a promoção, prevenção, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos e compreende: o atendimento domiciliar, a internação domiciliar e a visita domiciliar. Sobre esta última, a resolução descreve que é um contato pontual, para conhecer e avaliar as demandas do indivíduo e da família, de forma a propor um plano de cuidado familiar[2].

Objetivos

Relatar a experiência acadêmica de promover educação em saúde por meio de visitas domiciliares.

Método

Trata-se de um relato de experiência acadêmico realizado no período de outubro a novembro de 2018, durante visitas domiciliares desenvolvidas na disciplina de "Enfermagem em Saúde Comunitária II". Após discussões sobre a importância das visitas domiciliares para a saúde da população, os acadêmicos se organizaram em grupos de até 4 participantes e acompanharam durante uma tarde o trabalho em campo de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) de uma ESF no município de Chapecó, Santa Catarina. Após as visitas domiciliares com os ACS, os acadêmicos elegeram uma família para realizar visita domiciliar e propor um plano de promoção da saúde de acordo com os problemas de saúde apresentados pela família.

Resultados e Discussão

Na primeira tarde acompanhando os ACS, as acadêmicas puderam conhecer diversas famílias e suas respectivas peculiaridades e, assim, escolherem uma família para dar continuidade às visitas de uma maneira específica, considerando as sugestões do ACS e da enfermeira da ESF. A próxima visita foi específica para a família definida, composta por uma senhora de 67 anos e seu filho de 47 anos, onde as acadêmicas aplicaram um roteiro de entrevista com a família, estruturada em quatro etapas: dados gerais sobre cada membro da família; dados sobre a moradia, incluindo questões de saneamento; informações sobre saúde e; informações a respeito do assunto família. Na segunda visita, ocorreu a coleta de dados sobre os problemas de saúde e, na terceira visita, a apresentação das ações para promoção e prevenção da saúde. As visitas realizadas pelas acadêmicas primaram pelo vínculo família/UBS e no processo saúde doença da família. Como resultado, percebeu-se que a senhora passou por muitos traumas na coluna e joelhos, ocorrendo desgastes em ambos, prejudicando a sua locomoção e impedindo a prática de exercícios físicos. Estas restrições, associadas ao consumo de carboidratos e açúcares, resultou em obesidade. Devido a falta de mobilidade, esta senhora passa grande parte do dia deitada em sua cama, tendo como único meio de entretenimento a televisão. Seu filho relatou sofrer de transtornos mentais, depressão e dependência química, ocasionando em diversas internações em clínicas de reabilitação ao longo da vida. Atualmente, o mesmo relata que faz uso de remédios controlados por conta do transtorno bipolar, além de consumir cigarros diariamente. O planejamento da educação em saúde desta família teve três objetivos principais: o primeiro objetivo consistiu na confecção de folhetos ilustrativos com informações sobre alimentação saudável, para incentivar a senhora a melhorar sua dieta; o segundo objetivo baseou-se na orientação de alongamentos passivos que foram ensinados ao filho, para que ele realizasse diariamente com a sua mãe, com o intuito de melhorar a circulação e promover o alongamento muscular; o terceiro objetivo embasou-se na confecção de um cartaz com "10 motivos para parar de fumar", no intuito de encorajar o filho a deixar de ser um dependente químico. Na última visita domiciliar, acompanhadas pela docente da disciplina, as acadêmicas descreveram os riscos que a dieta incorreta acarreta à saúde e propuseram o consumo de novos alimentos, como vegetais e frutas, argumentando que deste modo, é possível evitar diversos malefícios à saúde. Em seguida, explicaram ao filho a necessidade de realizar exercícios e alongamentos diariamente na sua mãe, para ajudar na sua mobilidade, prevenindo atrofias, dores e mantendo uma boa circulação, sugerindo o uso de bolinha de borracha para fortalecer os músculos das mãos, punhos e antebraços, promovendo uma circulação sanguínea melhor e maior controle motor. Para finalizar a visita domiciliar, as acadêmicas apresentaram o cartaz, conversando com o senhor sobre os malefícios do cigarro e o quanto seria importante para sua saúde cessar o uso.

Considerações finais

A experiência descrita favoreceu o processo de ensino-aprendizagem acerca da educação em saúde na família e comunidade, contribuindo para formação e qualificação do enfermeiro. A partir das discussões promovidas na sala de aula sobre VD, bem como a partilha de experiências entre os grupos, realizadas na sala de aula após as VD, conclui-se que as VDs permitem conhecer, in loco, as condições de vida da família, as relações entre os seus membros, as limitações, necessidades e prioridades da família e como isso afeta as condições de saúde. Através das VD, a equipe de saúde tem subsídios para implantar um cuidado singular e efetivo para cada problema encontrado na família e, consequentemente, as ações de educação em saúde tendem a serem efetivas e eficazes.

Descritores

Enfermagem; Família; Visita Domiciliar.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Portal Ministério da Saúde (BR), Secretária de Atenção a Saúde, Serviço de Atenção Domiciliar. 2016.

2 Política Nacional de Atenção Básica, 2012 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.

3 Cofen. Resolução Nº 464 DE 20/10/2014. *Normatiza a atuação da equipe de enfermagem na atenção domiciliar.*

4 Cunha MS, Sá, MC. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. 2013.

VIVÊNCIA DOS ROUNDS POR RESIDENTES EM ENFERMAGEM DE UM PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ONCOLOGIA

Autores

Cláudia Bruna Perin[1];
Géssica Parizotto[2];
Raquel Taís Lintener[3];
Jacira Batista Oliveira[4].

E-mail para correspondência

claudia_perin@yahoo.com.br

Resumo

Introdução

A Residência Multiprofissional em Saúde constitui um espaço para a (re)construção do conhecimento e a transformação da prática, visando se articular ao Sistema Único de Saúde (SUS), sendo que, é essencial a existência de profissionais que abordem os usuários de forma abrangente, não considerando apenas o biológico[1]. No trabalho em equipe, os profissionais envolvidos conseguem compartilhar e aprender entre si[2]. Assim, favorecer a efetivação da Educação Interprofissional é permitir a formação de um espaço de aprendizado coletivo, incentivando a interação entre as disciplinas, através do diálogo e cooperação entre os profissionais[1].

Objetivo

Descrever a vivência dos rounds por residentes em enfermagem do Programa de Residência Multi-

1 Enfermeira residente multiprofissional em Oncologia da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira.
2 Enfermeira residente multiprofissional em Oncologia da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira.
3 Enfermeira residente multiprofissional em Oncologia da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira.
4 Enfermeira e Coordenadora do Programa de Residência de Enfermagem em Oncologia da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira.

profissional em Oncologia da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira.

Método

Relato de experiência de enfermeiras residentes sobre os rounds da equipe multiprofissional do Programa de Residência Multiprofissional em Oncologia. Os rounds foram desenvolvidos pelos residentes do primeiro e segundo ano (R1 e R2), envolvendo as especialidades de enfermagem, nutrição, psicologia e farmácia. Para a realização destas atividades, tanto os R1s quanto os R2s fizeram uma coleta de dados com pacientes previamente escolhidos, para a partir disso, ocorrer a formulação de intervenções. Os rounds ocorreram nos dias 08/03/2019, 15/03/2019 e 22/03/2019, no Centro de Estudos do hospital onde se desenvolve o programa de residência, no horário das 13h30min às 15h30min.

Resultados e Discussão

Os rounds aconteceram no Hospital Regional do Oeste, no Centro de Estudos, e foram destinados aos R1s e R2s da residência multiprofissional, juntamente com os coordenadores e preceptores, coordenadora da Comissão de Residência Multiprofissional (COREMU) e profissionais dos setores do hospital que tiveram interesse em participar. Essa atividade ocorre toda a sexta feira, das 13h30min até às 15h30min, em que R1s e R2s avaliam a história clínica do paciente hospitalizado previamente escolhido por todas as especialidades da residência, para ser discutido junto a toda equipe multiprofissional e a partir disso, encontrar melhorias na assistência prestada. No primeiro round, os R2s compartilharam um caso de câncer hematológico e discutiram intervenções para a melhoria no estado de saúde e no atendimento ao paciente. Neste dia os R1s participaram apenas como ouvintes, para entender como se dá o seguimento de um round. Já no segundo encontro, os R1s trouxeram um caso de coriocarcinoma, que se desenvolveu a partir de uma gestação molar e evoluiu para metástases à distância. A partir dos dados clínicos, a equipe multiprofissional discutiu melhorias no cuidado, estado clinico, patologia, medicações, diagnósticos de enfermagem, entre outros pontos, considerando a paciente em todos os seus aspectos. Ainda neste dia foram impostas intervenções a serem feitas com a paciente no decorrer da semana, para em seguida avaliar as melhorias que foram obtidas e então discutir os resultados no próximo round. No terceiro encontro, os R1s trouxeram um caso de câncer de cabeça e pescoço e os R2s sobre um linfoma não-Hodgkin. Neste dia também foram abordadas melhorias no cuidado a esses pacientes com toda a equipe multiprofissional e elencado quais seriam as ações a serem tomadas diante de cada caso, para então serem discutidos no próximo round os pontos positivos e negativos relacionados à assistência prestada. A educação permanente em saúde é evidenciada como a sustentação de propostas pedagógicas que orientam os programas de formação em saúde, assim como, as melhorias de ações na prática. Ela atua para além de uma simples ação, abrangendo sobretudo, o cotidiano de trabalho dos integrantes da Residência Multiprofissional em Saúde[3]. Os rounds possibilitam aos residentes uma troca de saberes mútua, valorizando-se o saber de cada profissional em sua especialidade, compartilhando e aprendendo juntos, reforçando o trabalho em equipe, o compromisso de cada um na resolução de problemas e a partir disso, permitem o planejamento de uma assistência de qualidade ao paciente assistido[2]. Nestes rounds, deve ser garantida a participação de todas as especialidades que compõem a residência multiprofissional, sendo elas, enfermagem, nutrição, psicologia e farmácia. Assim, o trabalho em equipe, através da equipe multidisciplinar, ocorre através da interação, sendo o compartilhamento de informações e a comunicação entre esses profissionais a forma mais eficaz de inserir um cuidado integral ao paciente[2].

Considerações finais

Esta pesquisa traz contribuições evidentes para a área da enfermagem e demais áreas de atuação multiprofissional, sendo que, a partir dos rounds percebemos nitidamente a importância da equipe multiprofissional e a compreensão de que ninguém trabalha sozinho. O paciente necessita do melhor cuidado possível, e este só poderá ser ofertado juntamente com uma equipe completa de profissionais empenhados em buscar o melhor para o paciente. Podemos compreender o papel de cada um no cuidado, conhecendo suas práticas de trabalho e agregando as nossas. Cada profissional traz no round um olhar do paciente e juntos cada ponto resulta em uma assistência humanizada e completa, criando uma visão holística e individual para cada caso. Assim, aprendemos a olhar o paciente com empatia e compaixão, estudando sua patologia não por mero conhecimento, mas para trazer qualidade de vida. Por fim, acreditamos que esses encontros são realmente importantes e devem ser mantidos até o fim da residência multiprofissional, pois, a interação entre os profissionais traz grandes ganhos ao paciente

e família e isso fica confirmado em cada nova intervenção e cuidado que juntos elaboramos.

Descritores

Residência; Oncologia; Enfermagem; Multiprofissional; Humanização.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

REferências

1 Araújo TAM de, Vasconcelos ACCP de, Pessoa TRRF, Forte FDS. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. Interface comun. saúde educ. [internet] 2017; 21(62): 601-13. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/icse/2017.v21n62/601-613

2 Casanova IA, Batista NA, Ruiz-Moreno L. Formação para o trabalho em equipe na residência multiprofissional em saúde. ABCS healthsci. [internet] 2015; 40(3): 229-33. Disponível em: https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/800/695

3 Silva CT da, Terra MG, Kruse MHL, Camponogara S, Xavier M da S. Residência Multiprofissional como espaço intercessor para a educação permanente em saúde. Texto & contexto enferm. [internet] 2016; 25(1): e2760014.

A UTILIZAÇÃO DO PODCAST COMO UMA FERRAMENTA EDUCACIONAL NO ENSINO SUPERIOR: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Monica Maria Sutil[1];
Clarisse Fortes[2];
Jucimar Frigo[3].

E-mail para correspondência

monica.sutil@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A educação superior em saúde passa por transformações profundas para atender a mudanças na formação acadêmica de estudantes, e, para isso, precisa incorporar estratégias pedagógicas de ensino com uma abordagem centrada no estudante como promotor da sua própria ação educativa, em que este transite da dependência do professor à autonomia e elabore seu conhecimento no cumprimento das atividades educacionais propostas. A Metodologia Ativa (MA) tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo ensino-aprendizagem, resultando em envolvimento por parte do educando na busca pelo conhecimento. Paradoxalmente, com o avanço tecnológico surgem várias mudanças no cotidiano das pessoas transformando a dinâmica das opções de fornecimento de tecnologia1. Ao longo dos anos, observamos a tecnologia se inserindo também no contexto educacional. Frente tais mudanças ocorridas no meio social, os professores buscam por novas formas de como conciliar e integrar as tecnologias dentro do cenário da formação superior, a fim de prover uma educação de qualidade alinhada às demandas atuais. O podcast é

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ
2 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ

uma tecnologia que vem se destacando nas últimas décadas, pois apresenta características particulares, constituído por um processo midiático que emerge a partir da publicação de arquivos de áudio na internet. Com isto, os acadêmicos podem encontrar informações rapidamente sobre os mais variados assuntos, bem como atribuir independência para o mesmo, possibilitando usar estes recursos em diferentes locais e em tempos distintos2. O podcast vem sendo cada vez mais introduzida no contexto educacional, criando novas formas de ensino e aprendizagem auxiliados aos recursos e estratégias que são elaboradas a partir do uso do computador. Com o avanço das tecnologias digitais, o contexto educacional segue para uma direção cada vez mais heterogênea assim é preciso pensar alternativas e recursos que favoreçam o aprendizado, como por exemplo, o uso das tecnologias digitais como elementos de mediação3. Podcasts são arquivos de áudio que podem ser ouvidos diretamente na web, por um dispositivo móvel ou descarregados no computador. As Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) são caracterizadas por transmitir dados por dispositivos eletrônicos e recursos ópticos e têm seu maior produto na internet, considerada uma importante ferramenta de comunicação que diminui distâncias, interligam discentes e docentes e permite que a informação produzida seja facilmente localizada em acervos das mais diversas áreas do conhecimento4. Objetivos: Relatar a experiência do uso do podcast como uma alternativa de mediação pedagógica e de melhoria do processo de construção do conhecimento no curso de graduação em enfermagem. Método: Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre o uso do podcast uma ferramenta facilitadora no processo de construção do conhecimento no curso de graduação em enfermagem. O relato de experiência foi vivenciado pelos acadêmicos do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, a partir de uma atividade proposta na 7 fase, que trata sobre a temática "Cuidado de Enfermagem à Criança e Adolescente e Cuidado em Saúde Mental". A atividade consistiu em elaborar um podcast sobre triagem neonatal e, posteriormente compartilhar o áudio com os demais colegas da turma. Resultados e Discussão: A partir da construção do podcast experienciamos como se torna mais fácil e acessível compreender novos assuntos. Tal ferramenta metodológica revelou-se oportuna para acompanhar o mundo globalizado e tecnológico que vivenciamos, onde, muitas vezes, o tempo é um fator limitante e insuficiente, assim, o podcast vem como uma tecnologia alternativa eficaz para ser utilizada na transmissão de informações e para contribuir de forma eficaz no processo de aprendizagem. O aumento da tecnologia dos áudios chegou à internet no formato de podcasts, esta ferramenta por ter diversas funções e vantagens, vem sendo utilizado como instrumento de ensino-aprendizagem em diversas situações e áreas4. O uso do podcast oportunizou aos acadêmicos do curso de graduação em enfermagem, haja a vista a facilidade de ouvir o conteúdo de uma aula, especialmente, relevante para acadêmicos com ritmos de aprendizagens diferentes e para acadêmicos trabalhadores quando estes precisam faltar às aulas, como uma nova e valiosa forma de ensino e aprendizagem, que podem ser acessados sem barreiras de tempo nem de espaço. É uma ferramenta tecnológica que pode integrar as diversas áreas da educação, tornasse uma alternativa na busca pela informação rápida e atingível onde o acadêmico busca pela informação ao tempo disponível em qualquer lugar, momento para adquirir conhecimento5. Por se tratar de um tema e uma prática ainda recente em constante mudança e em aprimoramento, existem poucas publicações sobre o assunto. Na área da saúde, a utilização de metodologias ativas, a exemplo do podcast, corroborou para o processo de ensino-aprendizagem e oportunizou maior para autonomia dos sujeitos. As, MAs tem uma concepção de educação crítico-reflexiva com base em estímulo no processo formação, resultando em envolvimento por parte do acadêmico na busca pelo conhecimento. Esta experiência proporcionou aos discentes e docentes conhecer, discutir e refletir sobre as MA como estratégias inovadoras, bem como propor oportunidades e formas para a aplicação da ativação da aprendizagem1. Dessa forma, a adoção do podcast como ferramenta metodológica facilitou a compressão dos novos conteúdos ofertados na 7 fase do curso de graduação em enfermagem, estimulando a formação de profissionais em saúde críticos, reflexivos e transformadores de suas realidades está intimamente ligada às concepções pedagógicas que estimulam a aprender a aprender. Considerações finais: O podcast é uma ferramenta metodológica que tem um grande potencial e estimula a imaginação, podendo ser ouvido várias vezes e em várias situações. Experienciamos ainda que além de ser uma forma de aprendizagem atrativa, torna mais fácil a assimilação do conteúdo. O seu conteúdo pode ser usado para reforçar, complementar, comentar, pode despertar o interesse daqueles que estão ouvindo. Embora a utilização do podcast como ferramenta educacional seja muito eficiente no processo de ensino e aprendizagem, ainda é pouco usada na educação formal, sendo esse uso ainda menor e menos conhecido na educação na área de saúde. O caminho para adoção

de novas tecnologias em sala de aula está fortemente indicado em razão do público que adentra as salas: conectado, usuário de tecnologia como nova forma de aprendizado.

Descritores

Enfermagem; educação em saúde; Educação Superior.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Macedo, KDS; Acosta, BS; Silva, EB; Souza, NS; Beck, CLC; Silva, KKD. Metodologias ativas de aprendizagem: caminhos possíveis para inovação no ensino em saúde. Escola Anna Nery. 2018; 22(3). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n3/pt_1414-8145-ean-22-03-e20170435.pdf. Acesso em: 26 de março de 2019.

2 Tiago, S; Nathalie, AM; Cláudia, SB; Leila, MAS. A utilização do podcast como uma ferramenta inovadora no contexto educacional. In: 23º Seminário Internacional Educação, Tecnologia e sociedade: metodologias ativas. Disponível em: https://seer.faccat.br/index.php/redin/article/download/1143/724. Acesso em: 27 de março de 2019.

3 Saidelles, T; Minuzi, NA; Barin, CS; Santos, LMA. A utilização do podcast como uma ferramenta inovadora no contexto educacional. 23º Seminário Internacional de Educação, Tecnologia e Sociedade *on line,* Santa Maria (RS), 2018: 1-10.

4 Pessoni, A; Goulart, E. Tecnologias de ensino na área de saúde. ABCS Health Sci. 2015; 40(3):270-275.

5 Pinto, ACFO. O podcast como ferramenta para o ensino de literatura. Curitiba. Universidade Federal do Paraná, 2011.

IMPLEMENTAÇÃO DE PROTOCOLO DE ACOLHIMENTO EM UMA CLÍNICA ESCOLA DURANTE UMA PRÁTICA ASSISTENCIAL BASEADA NA TEORIA DE WANDA DE AGUIAR HORTA

Autores

Rosicléia da Silva Machado[1];
Micheli Menin[1];
Karen Kades Andrigues[1];
Adrean Scremin Quinto[2]
Mayra Zancanaro[2].

E-mail para correspondência

mayraa@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

As universidades vêm aplicando as atividades de ensino, pesquisa e extensão, como forma de integrar a sociedade com a universidade, buscando ajudar no desenvolvimento social e educacional. Essas atividades contribuem para o crescimento social do país, humanizando o conhecimento, na melhoria da qualidade de vida da sociedade e contribuição com a formação social dos acadêmicos[1]. A Universidade, por meio dos projetos, programas e ações de extensão, promove a inclusão da universidade na comunidade, definindo o comprometimento com a inserção social e de cidadania. Neste sentido, dentre os projetos de extensão universitária surge à Clínica Escola, o qual oferece atendimento ambulatorial de qualidade, priorizando a promoção a saúde e o cuidado especializado e humanizado. A Clínica, embora não credenciada ao Sistema Único de Saúde (SUS) realiza gratuitamente atendimento à comunidade acadêmica e toda a população que procura os serviços

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
2 Docente de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.

de saúde, disponibilizando várias especialidades médicas no atendimento[2]. Contudo, devido ao serviço estar em atividade à pouco tempo, o mesmo ainda encontra-se em processo de implantação e aprimoramento das atividades. Observou-se à necessidade de implementar um Protocolo de Acolhimento ao Usuário, bem como, o Protocolo de Acolhimento aos Discentes e Docentes. Destacamos que o acolhimento é uma ferramenta assistencial, de ações de prevenção, promoção e reabilitação utilizada nos equipamentos de saúde, tendo fundamental importância na humanização da assistência[3]. Neste sentido, os protocolos que norteiam o acolhimento, são focados na gerência do cuidado e na clínica, servindo como aporte para uma tomada de decisão com qualidade pelos profissionais da saúde. São instrumentos com potencial para a realização de boas atividades e precisa-se que funcione como material de pesquisa na rotina dos profissionais da saúde, também deve ser frequentemente avaliado de acordo com a realidade da sua aplicação, com revisões constantes, acompanhamento gerencial rigoroso, disponibilizando espaço para a elaboração e renovação dentro do método de trabalho[4].

Objetivo

Relatar os procedimentos adotados para implementação do protocolo de acolhimento aos usuários da clínica escola de uma universidade, à luz da teoria de Wanda Horta e de acordo com a Política Nacional de Humanização.

Método

Trata-se de um relato de experiência de uma prática assistencial (PA), que faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), realizada na clínica escola de uma universidade, durante o estágio curricular supervisionado do curso de graduação em enfermagem, no primeiro semestre de 2019, visando a implementação do protocolo de acolhimento. As atividades consistiram em realizar busca de materiais como livros, artigos e protocolos, para a construção do protocolo de acolhimento próprio da clínica escola e desenvolver assistência de enfermagem no espaço, buscando conhecer a rotina para construção deste.

Resultados e Discussão

A falta do protocolo de acolhimento encontrada no espaço, sugere que problemas relacionados a demora na resolutividade do problema do usuários, demora no atendimento, falta da escuta qualificada, entre outras falhas, podem ser sanadas com a implementação do protocolo. Sendo assim, o protocolo de acolhimento é uma importante ferramenta por ter um papel amplo nos serviços de Saúde retratando principalmente os motivos sendo levadas em consideração pelos profissionais que ali atuam, sendo desde a entrada do usuário na clínica até sua saída, realizando os encaminhamentos necessários. Para que a implementação do protocolo ocorresse de forma efetiva, as discentes levaram em conta todas condições que poderiam acrescentar ou não na aplicação da PA, desta forma utilizou-se na construção do protocolo de acolhimento a teoria de Wanda Aguiar Horta e a PNH. As necessidades humanas são universais e encontram-se correlacionadas, porém cada pessoa as expressa de forma diferente, dependendo do contexto socioeconômico e cultural, do ambiente, da escolaridade, idade e história de vida, dentre outros fatores. Neste viés, é fundamental que o Enfermeiro entenda as pessoas como um todo, compreendido de mente, corpo e espírito, assim quando os mesmos sofrem, a pessoa é prejudicada em sua totalidade. Desta maneira deve-se dar ênfase não somente as partes que perturbam o paciente, mas sim também precisa ser reconhecido os seus fatores emocionais, sociais para que o atendimento que prestado se torne humanizado e individualizado. Cabe destacar que à PNH conduziu o acolhimento como instrumento norteador para a saúde, trazendo este como um importante instrumento para investigar, administrar e planejar o trabalho nos serviços de saúde, contribuindo para a organização da assistência mais adequada às demandas dos usuários[5]. Neste momento o protocolo de acolhimento está em fase de validação e posteriormente será realizada as alterações necessárias. Após, para implementação os docentes, discentes e funcionários da clínica escola serão capacitados para o uso do mesmo.

Considerações finais

Conclui-se que o protocolo de acolhimento é um instrumento de grande relevância para a enfermagem e para a equipe multiprofissional, pois o mesmo sistematiza a assistência e propicia um melhor atendimento. A atividade traz aprimoramento e construção do saber, além de crescimento pessoal e um olhar mais amplo diante das necessidades dos usuários nos serviços de saúde. Também, podemos completar que desenvolver ferramentas de gestão e gerência é papel da enfermagem e fica evidente que esta profissão tem espaço para atuar nos diversos cenários.

Descritores

Protocolo, Acolhimento, Política Nacional de Humanização, Clínica Escola.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 De Faria, JP. Extensão universitária como mecanismo de desenvolvimento educacional e social no brasil. Rev Fragmentos de Cultura, 2015; 25(1):75-28.

2 Unochapecó – Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Projeto de Alteração do Projeto Político Pedagógico do Curso de Medicina. Disponível em: https://www.unochapeco.edu.br/static/data/portal/sites/ppc/56.pdf. Acesso em: 16 mar 2019.

3 Oyama, SMR, et al. Análise da percepção do acolhimento pelos usuários de uma unidade básica de saúde de Jundiaí. Rev Academus Científica da Saúde. 2017; 2(3).

4 Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção da Básica. Brasília, DF,2016.

5 Santos, ACC dos. Sistematização da assistência de enfermagem numa UTI geral: um contributo para a sua implementação. Instituto Politécnico de Viseu ,2015. Tese de Doutorado.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A GESTANTE PORTADORA DE SIFILIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Kathyusca Terhorst Bueno1;
Jessica Roberta Borella2;
João Vitor Valente3;
Pamela Chiela Batista Da Cruz4;
Vanessa Almeida5;
Jucimar Frigo6.

E-mail para correspondência

kaathy.bueno@gmail.com

Resumo

Introdução

O Processo de Enfermagem (PE) é um instrumento exclusivo dos enfermeiros, que visa um cuidado humanizado e completo, com o objetivo de identificar as necessidades e implementar a terapêutica adequada. É composto por etapas, sendo elas: histórico; diagnóstico; plano assistencial; prescrição de enfermagem e evolução de enfermagem[1]. A aplicação do PE resulta em uma melhor assistência, no que se refere aos cuidados em saúde, e consequentemente a construção de conhecimento científico, tendo com base a melhor prática clínica, respeitando a individualidade de cada usuária gestante. A consulta de enfermagem iniciou como atividade privativa do enfermeiro nos anos de 1986, e foi desenvolvida para uma melhor assistência à saúde, em nível ambulatorial, onde utiliza métodos científicos, para identificar situações de saúde doença, prescrição e implementação de medidas que visam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo. Destarte, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da resolução 348/2009,

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
6 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.

orienta 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. Por conseguinte, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), define uma terminologia padronizada, ampla e complexa, que representou o domínio da prática de enfermagem no âmbito mundial. É considerada, também, uma tecnologia de informação que proporciona a coleta, o armazenamento e a análise de dados de enfermagem, contribuindo para que a prática dos profissionais da enfermagem seja eficaz e, sobretudo, se torne visível no conjunto de dados sobre saúde e reconhecida pela sociedade. Por conseguinte, a transmissão vertical da sífilis permanece um grande problema de saúde pública no Brasil. Das várias doenças que podem ser transmitidas durante o ciclo grávido puerperal, a sífilis é a que tem as maiores taxas de transmissão. No Brasil, estudos de representatividade nacional estimam uma prevalência em gestantes de 14,7% da infecção, em 2016, foram notificados 87.593 casos de sífilis adquirida, 37.436 casos de sífilis em gestantes e 20.474 casos de sífilis congênita – entre eles, 185 óbitos[2]. Sífilis é uma infecção causada pela bactéria Treponema Pallidum, sua transmissão ocorre pela via sexual e vertical, definida como Sífilis Congênita. Foi descoberta na Europa no final do século XV, e devido sua rápida disseminação foi considerada uma das principais pragas mundiais. Já a Sífilis Congênita é uma contaminação hematogênica por via transplacentária (transmissão vertical), que ocorre devido a gestante infectada não tratada ou tratada inadequadamente. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação, e seus principais fatores de transmissão são o estágio de infecção da mãe e o tempo de exposição do feto no útero, tal contaminação, pode causar aborto, óbito fetal, e morte neonatal em 40% dos casos[3]. Julga-se pertinente o relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem sobre as gestantes portadoras de sífilis em virtude da importância para o atendimento das necessidades específicas de saúde em consultas de enfermagem.

Objetivos

Identificar os principais diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem às gestantes portadoras de sífilis a partir da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Método

Durante as atividades teóricas práticas (ATPs) desenvolvidas na disciplina de Enfermagem em Atenção Primária I: Conceitos e Diretrizes, na quarta fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ, realizamos um levantamento do perfil epidemiológico de um determinado território na atenção primária à saúde, a fim de identificar o número de gestantes portadoras de sífilis. No decorrer do semestre, foram realizadas consultas de enfermagem e visitas domiciliares no intuito de elencar os principais diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem a partir da taxonomia da CIPE®.

Resultados e Discussão

No transcurso das ATPs identificamos que no território pesquisado havia quatro casos de sífilis na gestação. Durante as consultas de enfermagem no pré-natal de baixo risco e visitas domiciliares foi possível elencar as necessidades de saúde das gestantes portadoras de sífilis, tais como: gravidez não planejada; manutenção da saúde prejudicada; atividade familiar conflituosa; autoestima positiva; adesão ao regime medicamentoso; conhecimento sobre o comportamento sexual. A partir dos diagnósticos de enfermagem vislumbramos as seguintes intervenções de enfermagem, a saber: Atitude familiar conflituosa/encorajar participação do familiar no tratamento/atitude familiar melhorada; Autoimagem positiva/promover autoestima/ autoimagem positiva; Manutenção da saúde alterada/facilitar acesso ao tratamento/manutenção da saúde melhorada; Adesão ao regime medicamentoso/incentivar adesão ao tratamento/adesão ao regime medicamentoso; Comportamento sexual inadequado/promover a prática de sexo seguro com o uso do preservativo/ comportamento sexual melhorado; Gravidez não planejada/ acolher a gestante conforme suas necessidades/ aceitação da gravidez; Recomendamos agendar uma consulta com a psicóloga do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), para que possa receber o suporte psicológico necessário.

Considerações finais

Para além do evidente benefício, a taxonomia da CIPE corroborou no reconhecimento e cientificidade dos principais DE às gestantes portadoras de sífilis. Outrossim, permitiu sensibilizar gestantes sobre a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, minimizando o risco da sífilis congênita, que

podem culminar na má formação congênita. O desafio que emerge do relato de experiência versa sobre a baixa adesão do parceiro ao tratamento medicamentoso, acreditando que o contato sexual desprotegido, pode ocasionar a reinfecção da gestante, agravando a infecção e a probabilidade de transmissão vertical.

Descritores

Sífilis Congênita; Consulta de Enfermagem; Processo de enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde;

Referências

1 Machado JC, Balestrin F, Geraldi AP, Otobelli C. Processo de Enfermagem: um instrumento de mudanças [Internet]. 2010-2011; 6 (7):191-202. Disponível em: http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/735/1310. Acesso em: 30 fev 2019.

2 Brasil. Boletim Epidemiológico, Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde, Volume 48 nº 36 – 2017.

3 Avelheira JCR, Bottino G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle [Internet]. 2006; 81(2): 111-126. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/%0D/abd/v81n2/v81n02a02.pdf. Acesso em: 28 fev 2019.

4 Ribeiro TG. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)®. Porto Alegre: Artmed; 2017.

5 Nascimento JS, Nunes AJM, Oliveira CPS, Rita KBS, Dias JJ. Sistematização da Assistência de Enfermagem para a gestante com Sífilis: um relato de experiência [Internet]. 2017; 1-5. Disponível em: https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/view/5644/2454. Acesso em: 28 fev 2019.

PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM JUNTO A VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Autores

Ana Caroline Evangelista[1];
ROSA, Lisiane da Rosa[2].

E-mail para correspondência

anacarolineevangelista@outlook.com.br

Resumo

Introdução

A Vigilância Epidemiológica - VE, é definida através da Lei 8.080/90, a qual dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências[1]. A VE se trata de um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos. Sua função é coletar dados, processar, analisar, interpretar, recomendar medidas de prevenção e controle apropriadas, promoção das ações de prevenção e controle indicadas, avaliação da eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulgação de informações pertinentes[2]. Seu objetivo é de fornecer orientação técnica permanente para os profissionais de saúde. A Vigilância Epidemiológica abrange hoje vinte e seis Unidades Básicas de Saúde, três hospitais, uma UPA e um PA da cidade de Chapecó/SC.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
2 Mestre em Ciências da Saúde, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.

Objetivos

Realizar uma prática assistencial na VE, através do Planejamento Estratégico Situacional-PES na disciplina de estágio supervisionado I.

Método

Trata-se de um relato de experiência realizado enquanto estudante de enfermagem, no setor de Vigilância Epidemiológica durante o Estágio Supervisionado I. As atividades eram realizadas diariamente no período vespertino, no segundo semestre do ano de 2018. As ações aconteceram com supervisão direta do coordenador do serviço, e indireta pelo professor da disciplina. Primeiramente realizou-se uma abordagem com enfermeiras e equipe da VE, a fim de explicar como seria a inserção da prática assistencial através do PES no serviço, bem como as planilhas desenvolvidas para utilização dessa ferramenta naquele período de estágio. Após, através de diálogos e discussões começou-se a pensar o momento explicativo onde a realidade é descrita mediante seleção de problemas relevantes que estavam emergindo por meio do PES, e os desdobramentos que poderiam ser implementados. No segundo momento - Normativo, ocorreu a identificação dos atores que integram o problema e recursos disponíveis para controlar as ações pensadas. Na fase do momento estratégico, pensou-se na viabilidade do planejamento, e no momento tático-operacional a implementação em si as ações propostas. Todo o processo foi desenvolvido juntamente com a equipe da VE, bem como professores e colegas nos momentos compartilhados em sala de aula. Cada momento compartilhado resultou frutos e melhorias para o planejamento estratégico, deixando para o serviço de saúde resultados importantes.

Resultados e Discussão

Uma das metodologias programáticas que realizei durante o período de estágio foi o Planejamento Estratégico Situacional (PES), o mesmo proporciona ao serviço que está sendo empregado como uma ferramenta de sustentação metodológica para se estabelecer a melhor direção a ser seguida, visando ao otimizado grau de interação com os fatores externos, ou seja, não controláveis e atuando de forma inovadora e diferenciada. Na sua raiz metodológica, o planejamento estratégico situacional considera que o cenário (variáveis básicas para formulação do plano) pode alterar-se ao longo do tempo, de modo que é fundamental a flexibilidade das metas e das ações. É preciso estabelecer fluxos de informação, controle, análise, revisão do plano, articulações entre programas e execução[1]. É neste aspecto que ao realizar o PES podemos discutir a fonte do problema e elencar possíveis ações que deem conta de resolvê-lo, para isso, deve-se conhecer a realidade e o local no qual se está inserido, conhecendo iremos identificar possíveis fragilidades e potencialidades. O PES foi dividido em quatro momentos pelos docentes, nos quais eram disponibilizadas planilhas como forma de nortear e mapear as necessidades do local em estudo. A primeira planilha foi para elencar e discutir com a equipe os possíveis problemas de gestão e agravos que competem a VE. Foi destacado como prioritário, questões de horários de funcionamento das salas de vacinas, uma vez que é sentido como dificultador para população acessar, em função dos horários que trabalham. Este foi o problema mais emergente naquele período, pois as unidades básicas de saúde encerram expediente as 17h, sendo que a maioria da população está trabalhando, dificultando que os pais consigam levar suas crianças até as unidades e/ou eles mesmos realizarem suas próprias vacinas. Dessa forma foi proposto como medida para tentar resolver esse problema, expandir o horário de atendimento de uma unidade de saúde da rede pública de Chapecó; ampliar o horário de atendimento das salas de vacinas nas unidades estabelecidas por território do Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF. As ações propostas para a resolução ou minimizar o problema, foram desde capacitar novas vacinadoras para sala de vacinas, cursos de atualização para vacinadoras da rede com mais de 10 anos de formação, ampliação do horário de atendimento nas campanhas vacinais por meio do NASF e ampliar o horário de atendimento das salas de vacina da Unidade Básica de Saúde Efapi, por ser o local com maior necessidade. Após a implantação do projeto, a divulgação foi pensada por meio de murais na referida Unidade de Saúde, sistema informatizado e notas emitidas pela própria VE. A verificação da funcionalidade das ações seriam vistas através da escala de trabalho das vacinadoras, e a periodicidade da coleta aconteceria semanalmente.

Conclusão/Considerações

Sendo assim, através desta experiência com o PES, pode-se compreender e implementar uma ferramenta de gestão e poder colaborar para melhorias nos serviços de saúde, permitindo enxergar todos os pontos positivos e negativos referentes à gestão e gerência do espaço de saúde e do território, propondo estratégias com vistas para solucioná-los e formas de

avaliação, que propiciam visualizar o resultado de toda a prática.

Descritores

Enfermagem; Gestão em enfermagem; Vigilância em saúde; PES.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set. 1990; Seção 1:018055

2 Barroso, TMS, Rebelo, LMB. A importância do planejamento estratégico situacional na gestão pública: uma proposta de implantação nas unidades básicas de saúde da secretaria municipal de saúde de Manaus – AM. Anais do XXXI Encontro Nacional de Engenharia de Produção; Belo Horizonte; 2011.

WANDA HORTA E SUAS CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Vanessa de Almeida[1];
Jéssica Roberta Borella[2];
Pamela Chiela Batista da Cruz[3];
João Vitor Valente[4];
Kathyusca Terhorst Bueno[5];
Jucimar Frigo[6].

E-mail para correspondência

vanessaalmeida@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

No Brasil, a enfermeira Wanda Aguiar Horta nos deixou o inexorável legado, a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (NHB). A Teoria das NHB foi desenvolvida com preocupação com a prática não reflexiva e dicotomizada da enfermagem bem como uma tentativa de unificar o conhecimento científico da enfermagem para proporcionar-lhe autonomia, cientificidade e independência. Horta foi a primeira enfermeira a predicar a teoria de enfermagem no campo profissional, usando como referência a Teoria de Motivação Humana de Abraham Maslow[1]. A partir dos manuscritos de Horta, enfatizou-se o planejamento da assistência, na tentativa de tornar autônoma a profissão e de caracterizá-la como ciência, por meio de implementação do Processo de Enfermagem (PE) em todo o território brasileiro.[2] Calcado no ideário teórico de Horta, o curso de graduação em enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ), por meio, do núcleo "Enfermagem, Cuidado e Educação em

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
6 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.

Saúde" propõe uma formação crítica e reflexiva, e tenciona compreender o cuidado a partir das necessidades humanas básicas, utilizando o PE, que vem conferindo maior segurança aos usuários e melhora da qualidade da assistência.

Objetivos

Reconhecer os pressupostos teóricos de Wanda Aguiar Horta e suas implicações para a prática do processo de enfermagem.

Método

Os encontros de atividades teórico-práticas sobre as principais teóricas de enfermagem ocorreram nas terças e quintas-feiras na Universidade Comunitária da Região de Chapecó- UNOCHAPECÓ, no núcleo 06 da terceira fase do curso de graduação de enfermagem. O uso de metodologias ativas e reflexivas, a exemplo, painel integrado e roda de conversa, oportunizou a compreensão do referencial teórico de Wanda Aguiar Horta. Para transpor esse conhecimento teórico para a prática, foram realizadas visitas domiciliares (VD) em um território vinculado ao Centro Integrado de Saúde da Rua São Pedro na atenção primária de saúde. Todas as VDs foram realizadas com a presença dos agentes comunitários de saúde (ACS). A implementação do PE durante a VD oportunizou compreender as NHB dos usuários, bem como, a identificação dos principais diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Resultados e Discussão

As VDs oportunizaram a compreensão das NHB dos usuários e a implementação do PE.[1] Destacaram-se as seguintes necessidades, a saber: fisiológicas, segurança, amor, estima e autorrealização, e psicossocial. A teoria de Wanda Horta visa assistir ao usuário, fazendo por ele tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo, quando possível através do ensino do autocuidado, fazendo assim, com que a pessoa tenha participação na sua recuperação, seja ela qual for, isso possibilita também a promoção da saúde, sendo levada em consideração, toda e quaisquer atividades que consegue realizar.[2] Por conseguinte, o referencial de Horta, nos ensina que o cuidado empírico emerge do contexto familiar, com isto, reforça a importância da VD na elaboração do plano de cuidado singular ao usuário. Vislumbrou-se no PE o alicerce, eixo fundante e estruturante da construção do conhecimento e, consequentemente, da prática profissional dos acadêmicos de enfermagem, haja visto ser o cuidado o objeto de estudo e de trabalho da profissão.[1,3] É uma ferramenta essencial no trabalho do enfermeiro, está norteada pela teoria das NHB de Wanda Horta, orientada na formação e exigida conforme a legislação profissional, leis e resoluções a sua implementação, proporcionando aos acadêmicos de Enfermagem recursos teóricos e científicos que visam uma melhor qualidade de assistência ao usuário e possibilita o reconhecimento e valorização da profissão[4]. O PE tenciona melhorar a qualidade durante a prestação dos cuidados de enfermagem, além de garantir autonomia e independência dos acadêmicos de enfermagem na prescrição e avaliação da assistência prestada para o usuário, família e coletividade[4]. Deduz-se assim, ser inegavelmente, relevante à implementação do PE em VD a fim de atender as NHB individuais do usuário, de forma organizada, segura, dinâmica e competente[5]. Outro benefício do PE são seus registros referentes à assistência, estes constituem base de dados com diferentes enfoques, contribuindo para a construção do conhecimento da profissão[4,5]. O PE leva os acadêmicos de enfermagem a produzirem novas práticas e contribuírem para a construção da Enfermagem, desenvolvendo habilidades e competências que transformam sua realidade profissional, por meio de conhecimento científico[1,2].

Considerações finais

O Processo de Enfermagem baseado nas NHB de Wanda Horta tem representado o principal modelo metodológico para o desempenho da prática profissional, ou um instrumento tecnológico de que se lança mão para favorecer o cuidado, para organizar as condições necessárias à realização do cuidado e para documentar a prática profissional. O PE deve ser compreendido como um método ou modo de fazer o cuidado indica um trabalho profissional específico, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área. A visita domiciliar pressupõe como tecnologia de interação no cuidado à saúde, demostrou-se um instrumento importante para os acadêmicos de Enfermagem, uma vez que se trata da intervenção que nos possibilita aproximação com os determinantes do processo saúde doença no âmbito familiar. Sugere-se planejar sistematicamente a VD para que a atenção domiciliar na estratégia saúde da família seja efetivada. Por fim, parafraseando Wanda de Aguiar Horta, somos seres humanos cuidando de seres humanos, ou seja, gente que cuida de gente, que de uma forma incondicional cuidam de alguém que depende de outrem para satisfazer as suas necessidades básicas.

Descritores

Visita domiciliar; Processo de enfermagem; Necessidades básicas.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Leopardi, MT. Teorias em Enfermagem: instrumentos para a prática. 1ª Ed. Florianópolis: Papa- Livros, 1999.

2 George, JB. Teorias de enfermagem, a base para a prática da profissão. In George, J. B. Teorias de enfermagem, a base para a prática da profissão. 1ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993. 49-62.

3 Bousso, RE; Poles, K; Cruz, DALM. Conceitos e Teorias na Enfermagem. Acesso em 20 de fevereiro de 2019. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000100141&lng=en&nrm=iso&tlng=pt/

4 Azeredo, CM; Cotta, RMM.; Schott, M; Maia, TM.; Marques, Emanuele S. Avaliação das condições de habitação e saneamento: A importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Disponível em https://www.scielosp.org/article/csc/2007.v12n3/743-753/pt/. Acesso em: 10 mar 2019.

5 Santos, N; Veiga, P; Andrade, R. Importância da anamnese e do exame físico para o cuidado do enfermeiro, Revista Brasileira de Enfermagem, 2011; 64(2):355-358. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200021&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 mar 2019.

PRÁTICAS EDUCATIVAS COM ADOLESCENTES SOBRE A TEMÁTICA ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Autores

Gabriely Valcarenghi[1];
Fernanda Jost Gerhard[2];
Lisiane Rosa[3].

E-mail para correspondência

gabrielyvalcarenghi@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A adolescência é um momento do desenvolvimento humano definida por mudanças biológicas, cognitivas, emocionais e sociais significantes para a afirmação e fortalecimento de hábitos na vida adulta. Nesta fase, normalmente acontece a experimentação de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. A utilização do álcool na adolescência é um problema de saúde pública que expõe o jovem a problemas de saúde na idade adulta, além de agregar significativamente o risco de o sujeito se tornar um consumidor em excesso ao longo da vida, causando dependência[1]. A atenção básica, cenário do desenvolvimento deste estudo, tem sido apontada como um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde nesta perspectiva, em virtude de características como maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais[2]. No campo educativo, estamos mergulhados em nossas neuroses de querer educar o outro em nossa imagem e semelhança, pois em última instância, possuímos um amor por um sujeito que de certa forma acreditamos ser[3]. **Objetivo:** Promover uma prática de educação em saúde com adolescentes sobre as consequências do uso de álcool e drogas

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Mestre, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

nessa faixa etária, bem como repercussões na idade adulta. **Métodos:** Este resumo baseia-se em uma prática/experiência, de acadêmicas da quinta fase de um curso de Enfermagem, no período de Atividades Teórico Práticas em uma Unidade Básica de Saúde do município de Chapecó-SC. A prática se deu através de grupos educativos com o Sexto ano de uma escola pertencente a área adstrita da referida Unidade de Saúde. Primeiramente apresentou-se uma dinâmica onde os adolescentes deviam escrever em folhas, o seu nome, idade e um desenho que os representasse. Após a apresentação de cada integrante, dividiu-se a turma em dois grupos a partir das cores dos papéis. Cada grupo deveria esboçar em cartaz suas percepções, respondendo determinadas perguntas sobre álcool e drogas e em seguida, apresentar para a turma. Como fechamento, realizou-se uma conversa sobre as consequências que o uso dessas substâncias causa na vida dos jovens, citando exemplos de condições de saúde física, psicológica e social dos indivíduos. Utilizou-se nesse momento de palavras reflexivas com o intuito de sensibilizá-los para as discussões propostas no encontro.

Resultados e discussão

A partir desta educativa, foi possível perceber que a faixa etária de 11 a 12 anos possui muitas informações sobre a temática de álcool e ouras drogas. Muitos dos adolescentes, encontram-se inseridos em áreas de vulnerabilidade social, aproximando-os de situações de risco e proximidade com a violência e a oferta de substâncias psicoativas. A partir disso, compreende-se a importância do esclarecimento aos pais sobre essas transformações dos adolescentes, sendo a escola uma mediadora dessas discussões, visando amenizar o impacto através da informação correta sobre essa temática, na tentativa de diminuir o impacto na vida desses jovens. Constata-se que o uso do álcool é um fator de risco para o consumo de outras drogas como o tabaco, drogas ilícitas e a exteriorização de condições como casos de quadro depressivo, ansiedade, brigas na escola, danos à propriedade e problemas com a polícia. Outros estudos relatam que o álcool na adolescência está associado à ausência da relação com a família, com o fato de estudar em escola pública e a reprovação escolar[1]. Alguns estudos apresentam que filhos cujos pais estão mais alertas às atividades desenvolvidas pelos filhos, indicam menor comprometimento com o álcool, drogas e tabaco. A família é vista como uma zona de proteção, sendo assim, no momento em que os pais se atentam com as condutas dos filhos e os aniquilam a atitudes conceituadas como de risco, eles passam a dar tal importância ao alicerce familiar e manter-se distanciados dos fatores agravantes para estas condições[1]. Nesta fase de transição para a adolescência, o conceito de convívio grupal é notório, sendo que o adolescente busca se inserir a um grupo com o qual se identifica.

Considerações finais

Como o uso do álcool é socialmente admissível e instigado na maior parte do mundo, os adolescentes estão vulneráveis a tudo o que a mídia e as redes sociais inspiram, sendo que estes jovens estão tendo maiores chances de incluírem-se em incidentes de risco. Por isto, a família é o ambiente primordial para o progresso dos adolescentes, tornando-se muito significativo o suporte dos pais e o apoio da escola na supervisão das relações e comportamentos dos jovens nos grupos escolares. A Enfermagem através de ações conjuntas com o meio escolar pode promover a saúde desses adolescentes e prevenir quanto ao uso de álcool e outras drogas. Sendo assim, o enfermeiro pode atuar, de forma interdisciplinar, com outras profissões da área da saúde, sensibilizando os adolescentes para as causas e consequências da utilização de substância, numa percepção biopsicossocial, fornecendo informações sobre substâncias psicoativas e os problemas relacionados ao uso. Todo o nosso desafio reside em elaborar atividades educativas que atinjam multiplicadores entre os adolescentes, restaurando principalmente, a valorização do sentido da vida por entre eles.

Descritores

Adolescente; Relações Familiares; Educação em Saúde.

Eixo Temático

Eixo 2: Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Malta, DC et al.; Prevalência do consumo de álcool e drogas entre adolescentes: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde Escolar. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2011; 14(1).

2 Silva, CP; Dias, MSA; Rodrigues, AB. Práxis educativa em saúde dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. 2007.

3 Rodrigues, R. A prática educativa como uma atividade de desencontro de sujeitos. Educação e Pesquisa. São Paulo. 2007 dez.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA SAÚDE DO TRABALHADOR: um relato de experiência

Autores

Matheus Felipe Morandi Anger[1];
Marta Kohls[2];
João Marcos Werner[3];
Ana Luiza Streck[4];
Maria Luiza Martins[5].

E-mail para correspondência

dominusmatheus@gmail.com

Resumo

Introdução

Este relaciona-se a um relato de experiência dentro das atividades teóricas praticas da disciplina de Saúde Comunitária (SAC) VI, em uma agroindústria de Chapecó – SC. O qual nos fez refletir sobre a formação do profissional enfermeiro nos diferentes campos do conhecimento e atuação. Quanto acadêmicos da 6 fase na disciplina SACVI tivemos o privilégio de conhecer e vivenciar a atuação da enfermagem em grandes empresas - enfermagem do trabalho - onde este tem um papel dinamizador no ambiente de trabalho e no atendimento as necessidades reais de saúde dos trabalhadores. De forma geral os enfermeiros do trabalho juntamente com equipe multidisciplinar da área da saúde atuam na promoção à saúde dos trabalhadores e prevenção a acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, também, nas assistências aos casos diários. Sendo assim, o profissional enfermeiro age e interage com diversas áreas da saúde ocupacional além da área assistencial e gerencial da enfermagem1. O enfermeiro do trabalho é o profissional de nível superior, classificado

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

pelo COFEN no quadro III, da lei 7.498/86 e Decreto nº 94.406, devendo ser portador do certificado de enfermagem do Trabalho e enquadrado nos serviços especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho2-3. Dentre as diversas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro do trabalho que acompanhamos, percebemos utilização de métodos e técnicas assistenciais para minimizar possíveis riscos à saúde dos trabalhadores em seus diferentes campos de atuação e/ou atividade que exerce. Tais métodos tem com o objetivo proteger, promover e prevenir os riscos inerentes as exposições a agentes tais como: biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais, oferecendo ao trabalhador um ambiente com bem-estar físico, mental e social. Observou-se também que quando o acidente ou doença ocupacional acomete o trabalhador, o enfermeiro do trabalho promove a reabilitação do trabalhador dentro das suas limitações, mas valorizando as suas habilidades e competências, de forma a reinserir o trabalhador nas suas atividades diárias. Dentre as demandas trazidas pelos trabalhadores e a equipe de saúde atuante no local, o uso de álcool e outras drogas pelos trabalhadores fora do ambiente de trabalho é uma problemática que vem afetando seu dia-a-dia, suas atividades laborais e vida social. A equipe de saúde do trabalhador da empresa relata que muitas famílias vêm procurando especialmente o serviço social da empresa solicitando ajuda. Diante do exposto fomos desafiados pela enfermeira e assistente social a desenvolvermos uma atividade educativa, com grupo de trabalhadores, abordando o tema "uso de substâncias psicoativas". Objetivo: Capacitar grupo de trabalhadores/ multiplicadores de uma agroindústria sobre o uso de substâncias psicoativas e sua influência nas relações socias, familiares e no trabalho. Método: Aproveitando o momento ímpar de conhecer a atuação do enfermeiro nesta agroindústria, a qual tem proximamente 2.000 funcionários aceitamos o desafio proposto. Antes da inserção dos acadêmicos no campo da vivência, estes receberam orientações do preceptor sobre a temática e o serviço já realizado pela equipe de enfermagem e serviço social. Projetamos uma oficina educativa, para 25 trabalhadores selecionados pela enfermeira e assistente social, está oficina foi desenvolvida em dois momentos para dois grupos atingindo o total de 50 trabalhadores. A duração de cada oficina foi de 3 horas e 30 min., assim dividido: 30 min para teatro; 1 hora para exposição oral e audiovisual sobre as substâncias psicoativas; 20 min para perguntas e considerações; 15 min para intervalo do lanche; 1 hora para estudos de casos e 15 min para avaliação final. Todas atividades foram produzidas e acompanhadas pela a professora da disciplina. Resultados e Discussão: A inserção dos acadêmicos nos diversos serviço de saúde proporciona conhecimento sobre o funcionamento desses setores, como se integram e atuam no sistema de saúde local. Num primeiro momento a iniciação das atividades previstas foram realizadas em forma de teatro abordando a temática "a vida em seu cotidiano" onde o objetivo era a interação com os trabalhadores. Este momento era encenado por uma família tradicional (pai, mãe, filhos) com algumas características especificas solicitada pela equipe de saúde da empresa, pai trabalhador, mas alcoolista, filhos adolescentes rebeldes e uma mãe submissa, visto que esta é uma realidade de muitos que ali estavam presente, está atividade foi um momento de risos, onde os trabalhadores se soltaram e contribuíram com o teatro, pois se viram nos personagens que os acadêmicos encenaram. Algumas falas ilustram este momento: "é bem assim lá em casa"; "eu bebo, mas não incomodo"; "alguns bebem para aguentar a família"; "meu filho está assim, não quer ajudar em nada, será que está metido com estas drogas?". Observamos que o teatro foi uma estratégia disparadora para o objetivo da oficina, onde os participantes se sentiram à vontade em compartilhar a realidade do dia a dia, nós como acadêmicos nos sentimos importantes em poder estar proporcionando este momento a eles. Num segundo momento realizamos a apresentação audiovisual abordando a temática e socialização para perguntas e respostas e para finalizarmos aplicamos estudos de caso para reflexão, autopercepção e posterior socialização com o grupo. Percebemos que muitos tinham um conhecimento errôneo sobre a temática trabalhada, entretanto, muitos se identificaram a ponto de expor para o grupo as suas experiências, emoções e conflitos familiares. Considerações finais: Esta experiência, além de ter proporcionado um abrangente de fatores determinantes das diversas áreas de atuação do enfermeiro, mostrou aos estudantes a importância da prática de enfermagem como educador, promotor e preventor de saúde da população. É importante destacarmos as ações e mobilização em saúde realizado junto aos trabalhadores para que estes se qualifiquem para o autocuidado e realize, em conjunto com a equipe estratégias de prevenção destes agravos. Ainda, mostrou que o processo de trabalho do enfermeiro do trabalho, quando destacado peculiaridades em território específico, conduz um planejamento reacional e efetivo num território determinado, especialmente com os trabalhadores desta agroindústria, não tendo muita diferencia quando comparado com as micro áreas.

Descritores

Enfermagem; Educação em Saúde; Ensino.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Furtada CRR; Tavares T; Damascen JE. Atuação do enfermeiro na saúde do trabalhador. Portal edu. SP. 2016.

2 Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986 - Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 10 fev 2019.

3 Decreto No 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/D94406.htm. Acesso em: 10 fev 2019.

PROCESSO DE ENFERMAGEM UMA SITUAÇÃO CLÍNICA DE MICROANGIOPATIA CEREBRAL

Autores

Patrícia Poltronieri[1];
Fabiane Pertille[2].

E-mail para correspondência

pathy_poltronieri@hotmail.com

Resumo

Introdução

As doenças cerebrovasculares estão em segundo lugar no topo de doenças que mais acometem vítimas com óbitos no mundo, estando atrás apenas das doenças cardiovasculares1. É necessário que os profissionais de saúde estejam habilitados para oferecerem um atendimento especializado e contínuo aos pacientes com doenças cerebrovasculares, analisando todos os aspectos da saúde paciente (biológico, físico, psicológico, espiritual e social), tendo ainda a expertise necessária para reconhecimento clínico da doença, considerando ainda, o processo natural do envelhecimento que pode disfarçar a identificação de possíveis diagnósticos1. Dentre as doenças cerebrovasculares a microangiopatia cerebral consiste em um agravo onde os pequenos vasos sanguíneos em pequenos pontos cerebrais deixam de fornecer oxigênio, glicose e irrigação sanguínea e em consequência geram enxaquecas, perda de memória e até acidentes vasculares cerebrais repetidos 2. Partindo destes aspectos, observa-se que a enfermagem tem papel essencial na recuperação do paciente pois atua diretamente no processo terapêutico realizando um planejamento com implementação de plano de cuidados específicos, o que acarretará a uma melhora

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

2 Enfermeira, Mestranda em Biociências e Saúde, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

da qualidade da assistência prestada 3.E nessa assistência a interação diagnóstica e terapêutica a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método que organiza e, por conseguinte, qualifica o cuidado prestado pela equipe de enfermagem. Neste sentido, o Processo de Enfermagem (PE) apresenta-se como uma ferramenta importante para planejar o cuidado, e pode ser empregada em diferentes realidades, suas etapas são inter-relacionadas a fim de promover o cuidado integral4. Objetivos: Descrever a utilização do processo de enfermagem como estratégia de cuidado no manejo clínico de microangiopatia cerebral. Método: Trata-se de um relato de experiência fundamentado no PE, de cunho qualitativo, descritivo exploratório, realizado no mês de março de 2019, no decorrer do componente Estágio Supervisionado Curricular I em uma unidade de atendimento de urgência e emergência de um hospital de grande porte, localizado no oeste catarinense. Como ferramenta foi utilizado o PE, nas suas fases de: Histórico de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem (DE), Planejamento, Intervenção de Enfermagem (IE) e Avaliação dos resultados4. Resultados e Discussão: Diante da importância da SAE e do PE, e de seus resultados no cuidado ao paciente, durante a graduação os discentes de enfermagem são incentivados a executar a SAE durante as atividades práticas curriculares, como forma de ampliar o conhecimento técnico cientifico e o raciocínio clinico. Durante um atendimento de enfermagem, pode-se ter contato com uma paciente com diagnóstico de microangiopatia cerebral, que deu origem a um PE, assim constituído: Histórico de Enfermagem: paciente sexo feminino, faixa etária de 80-90 anos, em atendimento na emergência de um hospital da região, para investigação de possíveis complicações neurológicas. Paciente informou que procurou o serviço médico por apresentar mal-estar, perda de força e hemiparestesia a esquerda. Relatou possuir cardiopatia e hipertensão arterial sistêmica. No exame físico a paciente encontrava-se, consciente, orientada, pupilas isocóricas fotorreagentes, força muscular preservada em todos os membros, motricidade voluntária e tônus muscular normal. Apresenta pele normocorada, olhos e orelhas simétricos, boca simétrica, com prótese dentária. Respiração abdominal sob ventilação espontânea com auxílio de O2 a 1 L/min por cateter nasal, tórax com expansibilidade preservada, a percussão com som timpânico em ápice e maciço em base, á ausculta pulmonar com presença de murmúrios vesiculares bilateralmente, ausculta cardíaca com bulhas normofonéticas, com ritmo de galope e presença de 3ª bulha cardíaca. Ruídos hidroaéreos hipoativos e audíveis no QID, a percussão QSD e QSE som timpânico e em QID e QIE presença de som maciço. Abdômen distendido e flácido a palpação, queixa de dor a palpação superficial em QSD. Membros superiores com lesões de pele, mantém AVP nº 18, duplo lúmen em MSE, infundindo fluidoterapia e medicação. Membros inferiores, normocorados, perfusão periférica normal e turgor normal. Aparelho genuturinário sem anormalidades. Quanto aos sinais vitais pressão arterial: 160X120 mmHg, frequência cardíaca: 75 bpm, frequência respiratória: 18 mrpm, temperatura: 36,5 ºC, saturação de oxigênio: 93%. Foram utilizados para os diagnósticos de Enfermagem as seguintes literaturas: NANDA (2018- 2020)5, análise e interpretação criteriosa dos dados e do levantamento de necessidades, problemas, preocupações e respostas humanas, sendo os diagnósticos de enfermagem identificados: Risco de Infecção relacionado alteração na integridade da pele, imunossupressão e procedimento invasivo; Constipação relacionada a motilidade gastrointestinal diminuída, evidenciada por abdome distendido, dor abdominal, incapacidade de defecar, macicez a percussão abdominal e ruídos intestinais hipoativos; Risco de Perfusão Tissular Cerebral ineficaz associada a tempo de protrombina anormal, hipertensão; Integridade da Pele Prejudicada relacionada a hidratação e extremos de idade, evidenciada por alterações na integridade da pele e hematoma. Quanto aos Resultados de Enfermagem com base nos diagnósticos consistem em: Gravidade da Infecção, Eliminação Intestinal, Perfusão Tissular: Cerebral, Coagulação Sanguínea, Integridade Tissular: Pele e Mucosas. Na Prescrição de Enfermagem: os cuidados, intervenções de enfermagem prescrita, com base nos diagnósticos de enfermagem e de acordo com os resultados esperados, integraram: Monitorar contagens totais de células brancas e resultados diferenciais; Manter o uso racional de antibióticos; Monitorar vulnerabilidade da infecção; Monitorar quanto a sinais e sintomas de constipação; Monitorar movimentos intestinais, incluindo frequência, consistência, forma e volume; Monitorar sons intestinais; Observar tendências e amplas oscilações na pressão arterial; Aferir a pressão arterial em ambos os lados e comparar; Observar níveis de hemoglobina/hematócrito; Monitorar os testes de coagulação, incluindo tempo de protrombina, tempo de tromboplastina parcial, fibrinogênio, contagem plaquetária; Monitorar as características da lesão e cuidados com lesões. Nesse sentido, a importância do PE e sua importância, a instrumentalização dos enfermeiros e sua equipe e, as reduções dos fatores que dificultam sua aplicação constituem os postos-chaves para utilizar essa metodologia em diferentes realidades para direcionar o cuidado às

necessidades do paciente. Considerações finais: A ação de enfermagem no cuidado envolve um olhar para interações humanas, pois estão em constante modificação, exigindo preparo e reflexão crítica dos profissionais que promovem o cuidado. Este trabalho possibilita a partir do conhecimento a percepção e da vivência de acadêmicas de enfermagem bem como os enfermeiros no cuidado à pacientes em tratamento com microangiopatia cerebral. O processo de enfermagem juntamente com a sistematização da assistência da enfermagem proporciona, segurança e qualidade da assistência ao paciente, e também colabora na visibilidade profissional.

Descritores

Sistematização da Assistência de Enfermagem; Processo de Enfermagem; Enfermagem; Transtornos Cerebrovasculares.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Lessmann, J.C. et al. Revista Brasileira de Enfermagem. vol.64, no.1, Brasília, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034716720110001000030&script=sci_arttext.

2 Okroglic S, Widmann CN, Urbach H, Scheltens P, Heneka MT. Clinical Symptoms and Risk Factors in Cerebral Microangiopathy Patients. PloS One, Feb 2013; 8(2):e53455.

3 França, R.M; Fortes, V.L.F; Costa, G.L. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, v. 1, n. 2, 2004. Disponível em: http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/viewArticle/11. Acesso em: 25 mar. 2019.

4 Tannure, M.C. Pinheiro, AM. SAE: sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

5 Herdman, T. H; Kamitsuru, S. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2018-2020. Tradução: Regina Machado Garcez 10. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. 462 p.

INTERPROFISSIONALIDADE E SUA IMPLICAÇÃO NA COORDENAÇÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA

Autores

Daiany Chaves Felício[1];
Dara Montag Portaluppi[2];
Maurem Nogueira Kelling[3];
Flávia Bernardi Rankrape[4];
Bruna Fontana[5];
Carine Vendruscolo[6].

E-mail para correspondência

carine.vendruscolo@udesc.br

Resumo

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica (AB) como foi designada no Brasil, desenvolve, além das ações clínicas dirigidas ao indivíduo, família e comunidade adscrita ao território, ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação. Essas ações são realizadas por equipes multidisciplinares de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Básica (eAB). A AB tem como atributo a coordenação do cuidado na Rede de Atenção à Saúde (RAS), que significa "elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS". Opera, portanto, como centro de comunicação entre os demais pontos da rede e assume responsabilidade pelo cuidado através de uma relação horizontal e contínua, com propósito de efetivar a integralidade e a gestão compartilhada entre os serviços[1]. Assim, considera-se a coordenação do cuidado como uma articulação entre profissionais dos serviços de saúde que objetivam assegurar, de acordo com as necessidades dos usuários e suas famílias, uma atenção integral e de qualidade[2]. Nesse sentido, a AB relaciona-se com a interprofissionalidade

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

no entendimento de um trabalho em equipe, mediante a reflexão sobre as especificidades dos saberes dos profissionais, do compartilhamento e gerenciamento dos casos e a resolução dos problemas. Isso pode ser possível a partir do consenso decisório, por meio da construção de conhecimentos com diálogo e respeito aos diferentes núcleos de saberes, práticas e singularidades profissionais[3]. Considera-se que a referência do usuário não se encontra em um único profissional, mas na equipe que se corresponsabiliza pela integralidade e longitudinalidade, reforçando a prática interprofissional e colaborativa[4]. **Objetivo:** Identificar, a partir das vivências em estágio acadêmico, a atuação interprofissional dos membros da eSF/eAB sob a ótica da coordenação do cuidado na AB. **Método:** Relato de experiência, construído por cinco acadêmicas de enfermagem sobre vivências realizadas durante atividades teórico-práticas no segundo semestre/2018, durante a disciplina de Gestão e Gerenciamento em Serviços de Saúde, da oitava fase do curso de Enfermagem da UDESC. A vivência de estágio foi desenvolvida em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Chapecó, composta por três eSF. **Resultados e Discussão:** durante atividade teórico-prática, vivenciamos e analisamos a cooperação, o trabalho das eSF, especialmente, a atuação do enfermeiro, suas estratégias e planos para o cuidado, como também, aspectos relacionados as características da integração com a equipe multiprofissional na produção do cuidado, o trabalho compartilhado e a construção de meios para a colaboração no serviço. No que se refere a coordenação do cuidado, foi percebida, principalmente, durante as consultas de enfermagem, no compartilhamento de informações e diálogo com outros profissionais acerca do seguimento do usuário no tratamento. No entanto, esta prática não era cotidiana, por todos os profissionais da AB. Entende-se que a comunicação interprofissional remete à interação entre os trabalhadores em prol dos usuários. Desta forma, a prática colaborativa centrada no usuário pressupõe a articulação entre os profissionais da equipe, que pode desencadear a corresponsabilização, bem como o compartilhamento entre equipe e usuário sobre os objetivos e resultados do cuidado[4]. Outro aspecto que chamou atenção se refere a longa fila de espera para consulta médica da SF, assim como, para os atendimentos com especialidades em outros pontos das RAS. Percebemos que a articulação do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) permite suprir parte da demanda de encaminhamentos aos centros de especialidade. Contudo, no município, a equipe do Nasf-AB vinculada a UBS estava incompleta, assim poucas ações estavam sendo realizadas para que o seguimento do usuário fosse realizado predominantemente neste ponto de atenção. A articulação da ESF com Nasf-AB, vem sendo uma prática importante para a realização do trabalho compartilhado, na medida em que são realizadas discussões de casos, planejamento de ações, troca de saberes, aprimoramento da prática[1], beneficiando a atuação profissional, usuário e serviço. Nesse sentido, todos os profissionais deveriam atuar na perspectiva interprofissional e colaborativa para atingir a integralidade do cuidado aos usuários do sistema de saúde[5]. Destaca-se, as estratégias que a enfermeira utilizou, na reunião de eSF, para que o processo de trabalho se encontre na perspectiva da interprofissionalidade, com a participação, reflexão e cooperação de todos na solução dos problemas e nas atividades desenvolvidas na UBS ou extramuros. O preparo para colaboração no trabalho e mobilização para interação na equipe, são aspectos que favorecem a atenção integral, frente à complexidade das necessidades de saúde, colocando o usuário como protagonista do cuidado, pois ele pode participar ativamente da tomada de decisão sobre as intervenções terapêuticas[4]. Nessa perspectiva, a equipe multiprofissional necessita de mais engajamento no compartilhamento de vivências. Todos os profissionais precisam estar envolvidos e abertos para as diferentes percepções, trocas de conhecimento e compartilhamento na tomada de decisão e no entendimento sobre as práticas interprofissionais nos serviços de saúde e sua potência para aumentar a capacidade resolutiva e melhorar o cuidado em saúde[3,5], evitando omissões ou duplicações de cuidado, adiamentos ou esperas desnecessárias[5]. Entende-se que a interprofissionalidade efetiva, a coordenação do cuidado no e entre os serviços de saúde, e consequentemente, a continuidade dos cuidados estão intimamente, implicados entre si. A inclusão de atividades de educação interprofissional (EIP) na formação de profissionais da saúde, está sendo abordada como uma estratégia para melhorar a prática colaborativa e o trabalho em equipe, em contrapartida da educação e das práticas fragmentadas[3,5]. **Considerações finais:** A vivência proporcionou uma nova experiência no âmbito dos cuidados primários, uma vez que viabilizou a aproximação com os profissionais que atuam na eSF e Nasf-AB, a partir do olhar sobre as práticas colaborativas e interprofissionais. Percebe-se a dificuldade das equipes em superar a lógica tradicional de fragmentação do trabalho, operando, em geral, com baixo grau de colaboração junto aos profissionais, equipes apoiadas e mesmo, com os acadêmicos que estão em estágio na UBS. Entende-se que a coordenação do

cuidado pode ser consolidada entre os profissionais por meio da priorização de estratégias que promovam mudanças estruturais e de processo de trabalho, incluindo ajustes no trabalho das equipes multidisciplinares e direcionamento organizacional que privilegie o trabalho interprofissional e a atenção voltada ao usuário e às famílias.

Descritores

Gestão em saúde; Colaboração intersetorial; Continuidade da assistência ao paciente; Assistência integral à saúde; Saúde da Família.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Ministério da Saúde (BR). 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). *Diário Oficial da União* [Internet], 2017 set.

2 Bousquat, A; Giovanella, L; Campos, SEM; Almeida, PF; Martins, CL; Mota, PHS; et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. Ciência & Saúde Coletiva, 2017; 22(4):1141-1154.

3 Araújo, TAM; Vasconcelos, ACCP; Pessoa, TRRF; Forte, FDS. Multiprofessionality and interprofessionality in a hospital residence: preceptors and residents' view. Interface, Botucatu, 2017; 21(62):601-13.

4 Silva, JAM; Peduzzi, M; Orchard, C; Leonello, VM. Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. Rev Esc Enferm USP, 2015; 49(2):16-24.

5 Lamers, JMS; Toassi, RFC. Perspectiva para a formação dos profissionais da saúde: educação interprofissional em foco. Saberes Plurais: Educação na Saúde, 2018; 2(2): 34-42.

LIMITAÇÕES PARA O CUIDADO: EXPERIÊNCIAS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA FINITUDE DA VIDA

Autores

Larissa Jaíne Pinheiro[1];
Vander Monteiro Conceição[2].

E-mail para correspondência

larissaenfuffs2016@gmail.com

Resumo

Introdução

Por muitos anos a valorização profissional pautou-se nos conhecimentos técnicos desconsiderando as questões humanitárias inerentes e fundamentais para um cuidado integral e qualificado, pois o modelo biomédico predominante objetivava apenas a cura. Estas questões começaram a receber atenção no Brasil, e nos anos 2000, acontece a implementação de programas e políticas voltados para a humanização, buscando, ainda que falhamente, um modelo de cuidado centrado na pessoa, biopsicossocial em uma perspectiva ampliada. Mesmo decorridos mais de 15 anos, ainda nos deparamos nos serviços de saúde com profissionais mecanizando a assistência. A questão pouco discutida é a avaliação dessa mecanização como uma possível estratégia dos profissionais de saúde frente às fragilidades que encontram e que podem refletir suas próprias fraquezas. Um dos desafios encontrados é o processo de morte e morrer, o qual está se tornando um ato solitário e desumano, muito por conta do cuidado ou o não cuidado que é oferecido a estes pacientes e familiares, seja por que os profissionais de enfermagem não estão preparados psicologicamente para aceitar e perceber a morte como parte essencial e inevitável da vida, e

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
2 Enfermeiro, Doutor em Ciências, Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

assim preferem negar os pacientes nessa situação, já que seus esforços e suas técnicas aperfeiçoadas com habilidade e o mínimo de erro técnico apenas irão prolongar uma vida que quer se apagar. O ponto central dessa problemática que afeta diretamente os pacientes e seus familiares, está relacionado com a falta de preparo e sensibilização dos profissionais que deveriam ser oferecidos ainda durante a graduação e sistematicamente nos serviços em que ocorre o cuidado.

Objetivos

Descrever percepções sobre a mecanização do cuidado como possível estratégia de defesa desenvolvido pelos profissionais de enfermagem frente a morte e o morrer vivenciadas em Atividades Teórico Práticas.

Método

Trata-se de um relato de experiência sobre vivências acadêmicas em Atividade Teórico-Prática (ATP) na unidade de Clínica Médica do Componente Curricular "O Cuidado no Processo de Viver Humano I" do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, desenvolvidas no mês de outubro de 2018 em um hospital do oeste de Santa Catarina. A Unidade em questão conta com muitos pacientes em cuidados paliativos, dos quais observou-se a assistência prestada pela equipe de enfermagem em relação com a teoria idealizada ainda em sala de aula sobre os cuidados de enfermagem que estes pacientes necessitam, gerando discussões no grupo de acadêmicos em ATP. A partir destas reflexões baseadas em estudos realizados no Componente Curricular "Psicologia aplicada à Enfermagem", além de leituras complementares, identificou-se a possibilidade do uso de estratégias de defesas pelos profissionais no cuidado com esses pacientes.

Resultados e Discussão

Uma das principais atribuições dadas aos profissionais da saúde equivocadamente é a responsabilidade de salvar vidas, sob este aspecto é comum observar a tentativa incessante de alcançar tal objetivo, utilizando dos mais diversos recursos técnicos dirigindo o cuidado exclusivamente às funções orgânicas, desconsiderando os aspectos humanos do paciente para além da fisiologia.[1] O esforço para prolongar vidas ainda é muito presente, no entanto quando fala-se de pacientes em fase terminal os esforços devem vir proporcionar qualidade de vida nos dias restantes ao paciente e não adiar sua morte. Para isso é necessário um cuidado humanizado, pautando-se no acolhimento atencioso, na escuta ativa através de um envolvimento afetivo e na valorização das demandas dos pacientes, considerando suas particularidades, garantindo um atendimento digno.[2] O que se percebe é que esses pacientes e seus familiares, por vezes, não recebem os cuidados necessários durante a hospitalização. Estudos realizados têm demonstrado que esse distanciamento dos profissionais de pacientes em processo de morte pode estar relacionado com uma estratégia de defesa que desenvolvem por não terem condições psicológicas de cuidá-los, já que uma aproximação com o paciente que está morrendo poderia remeter o profissional as suas próprias emoções e receios.[3] Em relação a isso, escritores sobre o assunto destacam que para que se conceba a morte do outro e cuide dele efetivamente em uma relação de respeito, autonomia e atenção é indispensável que o profissional aceite e entenda a morte na sua individualidade.[3] Assim, pode-se afirmar que há uma falta de formação e sensibilização dos profissionais ainda na graduação e nos serviços, já que a desumanização do cuidado e mecanização da assistência voltada apenas para aspectos físicos prejudica imensuravelmente a vida e a morte de seres humanos. O paciente espera muito mais das pessoas e de seus cuidados atenciosos, a cura não é mais esperada, mas um tratamento digno mesmo diante da irreversibilidade de sua doença.[4]

Considerações finais

Evidenciou-se durante as Atividades Teórico Práticas um afastamento dos profissionais da enfermagem de pacientes em cuidados paliativos, relacionando com uma possível estratégia de defesa desenvolvida para protegerem-se de certa forma de suas próprias fragilidades, se atribui a isso a necessidade de sensibilização dos profissionais no sentido de conceber a morte e cuidar dos pacientes e seus familiares nesse processo, os quais acabam sendo afetados diretamente por essa lacuna existente. Frisa-se que outras questões além de estratégias de defesa precisam ser abordadas para se alcançar o cuidado idealizado, digno e humano.

Descritores

Cuidados Paliativos; Direito a Morrer; Cuidados de Enfermagem.

Eixo temático

EIXO 2: Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Kuhn, T; Lazzari, DD; Jung, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. Rev Bras Enferm, Brasília, 2011 nov-dez; 64(6): 1075-81.

2 Giron, MN; Berardinelli, LMM. O conhecimento em enfermagem sobre humanização na recepção do usuário no centro cirúrgico: revisão integrativa. Rev enferm UFPE on line, Recife, 2015 fev; 9(2):974-984.

3 Kubler, ER. Sobre a morte e o morrer. 10.ed. Editora Martins Fontes, 2017.

4 Domingues, GR; Alves, KO; Carmo, PHS; Galvão, SS; Teixeira, SS; Baldoino, EF. A atuação do psicólogo no tratamento de pacientes terminais e seus familiares. Psicol. hosp., São Paulo, 2013 jan; 1(1).

O CUIDADO DE ENFERMAGEM PARA ALÉM DA ASSISTÊNCIA: percepções dos(as) educandos(as) e do educador enfermeiro da atenção primária à saúde quanto ao estágio curricular supervisionado

Autores

Mayara de Oliveira Walter[1];
Tauana Zick Costenaro[2];
Diego Pozzer[3];
Analise Celso[4];
Cláudio Claudino da Silva Filho[5].

E-mail para correspondência

mayarawalter14@gmail.com

Resumo

Introdução

Na formação de profissionais Enfermeiros(as) generalistas, é essencial o contato desde cedo, e até o final do curso com a realidade social dos(as) usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e da complexa atuação do(a) Enfermeiro(a) nesse contexto. Para além das normativas com carga horária prática mínima preconizadas pelo Conselho Federal de Enfermagem e órgãos governamentais, faz-se mister que os cursos de graduação em Enfermagem intensifiquem curricularmente momentos de integração ensino-serviço-comunidade, pois são diversos os contextos sociais da população a quem se presta o cuidado, sendo necessárias competências (equivalentes à conhecimentos, habilidades e atitudes) que devem ser desenvolvidas por meio da atuação nas mais variadas realidades do SUS, onde se unem, articulam e

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó;
3 Enfermeiro. Coordenador de um Centro de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC;
4 Enfermeira Assistencial de um Centro de Saúde da Família. Secretaria Municipal de Saúde de Chapecó-SC;
5 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), *Campus* Chapecó.

supera-se a clássica e improdutiva polarização entre a teoria e a prática. Nesse contexto, o Estágio Curricular Supervisionado possibilita o encontro entre discentes, docentes, enfermeiros(as) dos serviços, e usuários(as), circunstância esta, que tem por finalidade a concepção de profissionais mais críticos e capazes de compreender e intervir nos mais variados cenários nos quais estiverem presentes[1]. **Objetivos:** Relatar vivências e experiências de graduandas de enfermagem em Estágio Curricular Supervisionado, e a partir disso, comparando com a perspectiva dos(as) Enfermeiros(as) preceptores(as), discutir sobre os desafios e possibilidades das relações entre estas graduandas e a complexidade dos contextos e sujeitos nos serviços de saúde. **Método:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, exploratório, na modalidade Relato de Experiência, desenvolvido como parte do Componente Curricular (CCR) "Estágio Curricular Supervisionado I" do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó, no Centro de Saúde da Família do bairro Santo Antônio, na cidade de Chapecó-SC, no primeiro semestre do ano de 2019. Como previsto no Projeto Pedagógico de Curso (PPC), e na ementa desse CCR, as educandas(os) vivenciaram e experienciaram um complexo processo de ensino-aprendizagem quanto à introdução à prática profissional como exercício simulado com supervisão indireta por docente e direta pelo preceptor. Dessa forma foi acordado juntamente ao professor supervisor e ao enfermeiro preceptor, quanto ao contrato pedagógico, com questões do cotidiano e avaliativas.

Resultados e Discussão

Durante o desenvolvimento das atividades do Estágio, a dupla de Educandas acompanhou nas primeiras semanas de atividades o trabalho do Enfermeiro Coordenador e das Enfermeiras assistenciais da unidade. O processo de aprendizagem foi facilitado com a disponibilidade, amorosidade e ética destes(as) profissionais, que para tal, assumiram a postura de educadores(as), pois possibilitaram a participação das Educandas nas mais variadas práticas do cotidiano da enfermagem e em todas as dimensões de atuação da profissão, para além da assistência majoritariamente focada nos cursos de Enfermagem Brasil afora. Foram apresentadas para as Educandas as rotinas do serviço e as ferramentas de gestão utilizadas pela coordenação, sendo que as Educandas ainda puderam acompanhar o desenvolvimento de consultas de enfermagem, visitas domiciliares, reuniões de equipe, planejamento de atividades de educação em saúde e de reuniões de pré-conferência municipal de saúde. Em todos os momentos de troca, os(as) profissionais estimularam o diálogo com as Educandas e a problematização das situações analisadas, com o intuito de contribuir para a formação das Educandas em uma perspectiva didático-pedagógica crítica, criativa e reflexiva2. Como diferencial deste Estágio em relação ao que já preconiza a Legislação Federal para essa modalidade em final de curso, e ao que é corriqueiro pelo país, incorpora-se para além das dimensões clássicas gerencial, assistencial, educativa e de pesquisa, a quinta dimensão, ético-política, implicando ainda mais o(a) Educando(a) com os usuários(as) do SUS antes de mais nada, para o qual todo Estágio possui forte atenção finalística. Emergiu das vivências, logo, a possibilidade ímpar do(a) Enfermeiro(a) da Atenção Primária de Saúde ser consolidado enquanto Educador para a formação de novos(as) profissionais, o que desafia a lógica assistencialista na qual são tentados e muitas vezes obrigados a atuar, pelo produtivismo e clientelismo ainda frequente nas relações entre gestores(as) em saúde e os ditos "profissionais da ponta". Defende-se, assim, que a formação em Enfermagem também instrumentalize e conscientize os(as) futuros(as) profissionais para esse relevante papel de Educadores(as) em relação à outros(as) profissionais, para além da própria categoria, percebendo assim o mundo do trabalho como formativo e transformador para uma atuação efetivamente interprofissional, integral e humanizada. Para tal, abordagens e metodologias problematizadoras3 podem ser adotadas para mediar o processo de construção recíproca de saberes entre Enfermeiros(as)/Educadores(as), Docente/Educador(a), Graduandos(as)/Educandos(as), e usuários(as), o que vai muito além do que impor conhecimentos engessados e academicistas 4,5. Considerações finais: Por conseguinte, fica evidente que a presença do(a) Educando(a) nos serviços é essencial tanto para a melhora da qualidade do próprio serviço e do cuidado nos mais variados contextos de saúde, quanto para a composição de uma identidade profissional mais ética e empática, que venha a construir relações respeitosas de convivência enquanto sujeito no cuidado de si e do(a) outro(a). Dessa forma, compreende-se e defende-se aqui que o(a) profissional Enfermeiro(a)/Educador(a) atuante na prática, assume papel fundamental no processo de ensino-aprendizagem do(a) Graduando(a)/Educando(a), pois é uma referência no trabalho para toda equipe, o(a) facilitador(a) e o(a) integrador(a) do(a) Educando(a) ao serviço e à equipe de saúde. Além disso, há a mediação pelo(a) outro(a) Educador(a)/Docente, contribuindo para o desenvolvimento de

uma educação mais emancipadora e resistente às adversidades com vistas à consolidação do SUS enquanto direito social e político.

Descritores

Educador; Enfermeiro; Conhecimento; Formação Profissional em Saúde; Estágio.

Eixo temático

Eixo 2 - Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Lima T C, Paixão F R C, Cândido E C, Campos C J G, Ceolim M F. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. Rev. bras. enferm 2014; 67(1):133-140.

2 Canever B P, Prado M L, Backes V M S, Schveitzer M C. Tendências pedagógicas na produção do conhecimento em educação em enfermagem do estado de São Paulo. Rev. Bras Enferm. 2013; 66(6): 935-41.

3 Freire P. Pedagogia do oprimido. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra;2016.

4 Silva Filho CC da, Drago LC, Maestri E, Funai A, Backes VMS. Capítulo 8 - Da pirâmide para o círculo: em busca de práticas educativas participativas em saúde. In: Prado ML do, Reibnitz KS (Orgs.). Paulo Freire: a boniteza de ensinar e aprender na saúde. Florianópolis: NFR/UFSC; 2016. p. 99-116. Disponível em: http://ebooks-saude.sites.ufsc.br/flipbook_PauloFreire/mobile/index.html#p=5.

5 Silva Filho CC da, Garcia Junior CAS, Kovaleski DF, organizadores. VER-SUS Santa Catarina: itinerários (trans)formadores em saúde. Tubarão: Copiart; 2017. Disponível em: http://online.fliphtml5.com/wskm/cbyq/#p=1

VACINAÇÃO CONTRA O PAPILOMA VÍRUS HUMANO: um relato de experiência

Autores

Diane Leite Morari[1];
Monica Maria Sutil[2];
Roseli Antunes Binelo[3];
Luana Roberta Schneider[4].

E-mail para correspondência

diane.morari@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

O Papiloma Vírus Humano (HPV) é um vírus que existe na pele e nas mucosas, podendo causar verrugas ou lesões.[1] Diferente das outras infecções sexualmente transmissíveis, não é preciso haver troca de fluídos para que a transmissão ocorra, somente o contato dos órgãos genitais, já pode ocasionar a transmissão do vírus. Outras formas de transmissão mais raras são a transmissão vertical que pode ocorrer durante o parto e o compartilhamento de roupas íntimas e toalhas. Além disso, há cerca de 120 tipos, sendo que 36 deles podem infectar o trato genital.[1] A avaliação consiste em observar os sintomas para adequar o tratamento conforme o local, a idade do paciente, extensão e intensidade da lesão. Atualmente, a melhor forma de prevenir essa infecção é a vacinação, que é fornecida pelo Sistema Único de Saúde, bem como em clínicas particulares.[1] A vacina é penta valente, previne contra cinco tipos específicos, é administrada de maneira injetável, sendo realizadas em meninos com idade entre 12 a 13 anos e em meninas de 9 a 14 anos. Considerando o exposto, enquanto acadêmicas de enfermagem, procuramos identificar os motivos do baixo índice de vacinação contra o vírus do HPV, no território em que estávamos rea-

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Comunitária da Região de Chapecó.
2 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Comunitária da Região de Chapecó.
3 Acadêmica de Enfermagem. Universidade Comunitária da Região de Chapecó.
4 Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó.

lizando atividades teórico-práticas, na disciplina de Saúde Coletiva I.

Objetivo

Identificar os motivos do baixo índice de vacinação contra o vírus do HPV e compartilhar a experiência de uma atividade de pesquisa, durante as visitas domiciliares em uma micro área do território de abrangência de uma equipe com Estratégia Saúde da Família.

Método

Trata-se de um relato de experiência, vivenciado pelas acadêmicas do curso de enfermagem, da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. A atividade ocorreu entre os dias 11 a 13 de setembro de 2017, em uma micro área de abrangência de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, pertencente ao Bairro Cristo Rei, acompanhadas pela Professora Luana Roberta Schneider e uma Agente Comunitária de Saúde, responsável por esta micro área. Ao analisarmos os dados vacinais de 2015 do Sistema DATASUS, identificamos que 170 crianças e adolescentes estavam dentro da faixa etária recomendada e cadastrada na ESF Cristo Rei, entretanto, apenas 58 realizaram a vacinação. Portanto, elencamos como o nosso foco de pesquisa identificar quais os motivos que levaram as famílias a não vacinarem essas crianças e adolescentes contra o Vírus do HPV. A ação envolveu nove pais de crianças e adolescentes de ambos os sexos. A pesquisa foi constituída por quatro momentos, a saber: 1) levantamento de dados, 2) construção de um roteiro de entrevista afim de identificar o conhecimento dos pais e adolescentes sobre o HPV e a vacina, e elaboração do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme normas preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde 3) realização da visita domiciliar para aplicar o roteiro de entrevista e 4) realizar um relatório de conclusão da pesquisa após analisarmos os dados. Após realizarmos o levantamento de dados, fomos a campo explorar a micro área, realizar as visitas domiciliares e aplicar o roteiro de entrevista, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para cada entrevistado. Realizamos uma abordagem simples com o intuito de estimular a fala dos pais, com foco em explorar o conhecimento e a visão que cada um tinha sobre o vírus do HPV e a vacinação.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa nove pais de crianças e adolescentes. Os resultados apontaram que 67% dos pais sabiam pouco sobre o vírus e sobre a vacina, 33% dos pais desconheciam qualquer informação sobre o assunto e dentre esses 11% se mostraram totalmente contra a vacinação mesmo sem ter conhecimento sobre a doença e sobre os benefícios da vacinação. As falas a seguir exemplificam os resultados: "*A minha filha fez a vacina porque a mãe dela levou no posto, por mim eu não queria, não sei que tipo de vírus estão colocando nela*"; "*Vou conversar com meu filho quando ele tiver 15 anos, eu acho que ainda é muito cedo*"[Sobre o uso do preservativo]; " *A minha filha sabe mais do que eu, procura na internet*" [Sobre o HPV e vacinação]. Os dados que emergiram sugerem que, para alguns pais, a realização da vacina seria um incentivo à prática da sexualidade na infância e adolescência. Todavia a falta de informações adequadas acerca do HPV pode influenciar de forma negativa a procura pela vacinação.[2] Esses dados corroboram com as informações obtidas em outra pesquisa, em que os autores apontaram que existem muitas dúvidas sobre o HPV, em especial, a faixa etária de vacinação, assim como a sexualidade ligada à vacina não foi bem compreendida.[3] Compreende-se que quando os pais se mostram conhecedores acerca da temática em questão e com uma comunicação eficaz, passam confiança para os filhos e a proximidade passa a ser mais intensa.[4] A entrevista e abordagem na casa dos participantes possibilitou aos pais esclarecerem várias dúvidas sobre o HPV e a respectiva vacina de prevenção. Podemos através desta entrevista orientar os pais e informar o que este vírus pode causar nas pessoas e a importância da vacina fornecida pela Sistema Único de Saúde para as crianças e adolescentes. Conforme Panobianco e colaboradores,[5] o conhecimento da população sobre os fatores de riscos relacionados e associados ao comportamento sexual, pode ser por meio de ações educativas. Isso porque, ela é uma ferramenta muito importante para o controle da transmissão do vírus, visto que o uso de preservativos na relação é uma das principais formas de reduzir o contágio, entretanto, não elimina o risco de contaminação por esse agente infeccioso.[1]

Considerações finais

A experiência proporcionou as acadêmicas de enfermagem desenvolver capacidade reflexiva diante dos questionamentos. Da mesma forma, possibilitou dar voz aos participantes, proporcionando também um espaço de troca de ideias e uma reflexão sobre a

temática abordada. Além disso, a visita domiciliar, caracterizada como uma tecnologia leve de trabalho, nos permitiu o cuidado à saúde de forma mais humana, estabelecendo laços de confiança entre a equipe de saúde e a população, suprindo dúvidas e orientado acerca da importância da vacina contra o HPV.

Descritores

Adolescente, Papillomaviridae, Enfermagem, Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

2 Cirino FMSB, Nichiata LYI, Borges ALV. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. Esc. Anna Nery [Internet]. 2010 Mar; 14(1): p. 126-134. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a19.pdf

3 Rizzo ER, Silva JAL, Basílio MD, Santos MS dos, Souza RA, Messias CM. Vacina do HPV - o conhecimento das adolescentes a respeito do Papíloma Vírus Humano, um relato de experiência. **Revista Pró-univerSUS**. [Internet] 2016; 7, (2): p. 10-12. Disponível em: http://editorauss.uss.br/index.php/RPU/article/viewFile/341/522

4 Dias S, Matos MG, Gonçalves A. Percepção dos adolescentes acerca da influência dos pais e pares nos seus comportamentos sexuais. Análise Psicológica. [Internet]. 2007; 25(4): 625-634. Disponível em: http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/viewFile/471/pdf

5 Panobianco MS, Lima ADF de, Oliveira ISB, Gozzo TO. O conhecimento sobre o HPV entre adolescentes estudantes de graduação em enfermagem. Texto contexto Enferm. [Internet]. 2013 Mar; 22(1): p. 201-207. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_24.pdf

O PROCESSO DE ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA O EMPODERAMENTO DOS ENFERMEIROS

Autores

Larissa Jaíne Pinheiro[1];
Ariel Larissa Scolari Teixeira[2];
Júlia Valéria de Oliveira Vargas Bitencourt[3];
Tania Maria Tacca Zumkowski[4];
Aline Massoroli[5];
Gloriana Frizon[6].

E-mail para correspondência

larissaenfuffs2016@gmail.com

Resumo

Introdução

Atualmente um dos principais desafios da Enfermagem é o seu reconhecimento e a satisfação profissional. Estudos realizados têm comprovado que o empoderamento psicológico está relacionado positivamente com o aumento dos níveis de desempenho e de satisfação. Neste sentido, as consideradas ferramentas de promoção do empoderamento, como a oportunidade, a informação, os recursos e o suporte, acarretam num consequente aumento da autonomia destes profissionais, que sentem-se mais aptos a desempenhar suas funções.[1] Tem-se observado que a implementação do Processo de Enfermagem (PE) vem se destacando como uma excelente ferramenta de empoderamento profissional, principalmente sob o aspecto do desenvolvimento do raciocínio clínico e o sentimento de segurança para as tomadas de decisões da assistência. É notório que o desempenho dos cuidados de enfermagem de forma segura e eficaz

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
2 Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
4 Enfermeira, Mestranda no Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Membro da Comissão do Processo de Enfermagem (COMPEnf) da Associação Hospitalar Lenoir Vargas Ferreira (AVLF)
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
6 Enfermeira, Mestra em Enfermagem, Enfermeira Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Oeste (HRO)

está minuciosamente entrelaçado com o desenvolvimento do raciocínio clínico, para tal, é fundamental que o profissional seja capaz de organizar o seu processo de pensamento, sendo de sua responsabilidade saber interpretar corretamente as respostas humanas para selecionar intervenções eficazes e avaliar os resultados[2]. Com base na concepção de raciocínio clínico, vê-se explícitamente o PE, que permite uma organização do pensamento conforme se desenvolvem suas etapas: Coleta de Dados, Diagnósticos de Enfermagem (DE), Planejamento de Enfermagem, Implementação e a Avaliação de Enfermagem[3].

Objetivos

Descrever a relação do empoderamento e a satisfação dos enfermeiros a partir da implementação do PE, no que tange ao raciocínio clínico e segurança da assistência.

Método

Trata-se de um relato de experiência realizado com enfermeiros de um hospital do Oeste Catarinense participantes das "rodas de conversa" promovidas no serviço articuladas e coordenadas pela Comissão do PE desta instituição a COMPEnf. Nestes encontros, analisou-se o desenvolvimento do raciocínio clínico, a segurança para a tomada de decisão clínica e a satisfação dos enfermeiros através de seus relatos após a implementação do PE em seus respectivos setores de atuação. O processo de implementação envolve uma etapa criativa que consiste na criação de matrizes como um compilado dos Sistemas de Linguagens Padronizadas (SLP) NANDA-I (Diagnósticos de Enfermagem), Nursing Outcomes Classification "NOC" (Resultados de Enfermagem) e Nursing Interventions Classification "NIC" (Intervenções de Enfermagem), desenvolvidas pelos próprios profissionais dos serviços, trabalhando em grupos quinzenais através do perfil diagnóstico de cada setor. Nas rodas de conversas, portanto, se constrói as matrizes, se revisa as mesmas e se desenvolvem estudos de caso para aperfeiçoamento da aplicação das etapas do PE, dessa forma, foi possível perceber o PE como ferramenta fundamental para o empoderamento dos profissionais.

Resultados e Discussão

Vale ressaltar que a implementação do PE tratando-se de parâmetros nacionais, encontra as mais variadas dificuldades e resistências para sua efetivação, entretanto, a sua realização é indispensável para se alcançar uma assistência qualificada, científica e organizada[4]. Em consonância com o exposto, o Conselho de Enfermagem a partir da resolução 358/2009 tornou obrigatória a implementação do PE e passou a auditar sistematicamente os serviços onde ocorre o cuidado profissional da enfermagem, desde então, os serviços começaram com o processo de implementação do PE[3]. O presente estudo analisou o empoderamento dos profissionais a partir da implementação do PE em um hospital do oeste de santa catarina, a partir dos relatos dos próprios profissionais, que afirmaram uma melhora no desenvolvimento do raciocínio clínico, um sentimento de segurança do cuidado realizado e maior reconhecimento e satisfação profissional. No início referiam que sentiam dificuldade de perceber os diagnósticos para um paciente, assim como relacioná-lo com os fatores relacionados e as características definidoras encontradas numa boa coleta de dados, este raciocínio ao poucos foi se desenvolvendo e os profissionais perceberam com maior facilidade as respostas humanas relacionando-as com os diagnósticos. Pensando na coleta de dados, o profissional deve ser capaz de coletar dados essenciais referentes a condição do paciente em sua particularidade tanto no exame físico quanto no histórico, com estas informações o enfermeiro deve ser capaz de organizar seu pensamento para elencar os DE. A partir de então o planejamento de enfermagem deve vir a responder os DE, elegendo resultados de enfermagem e indicadores que atendam a situação do paciente e que possam subsidiar a avaliação das ações de enfermagem quanto a sua efetividade e resolução. Assim, as intervenções precisam responder aos resultados esperados para o paciente como em uma cadeia lógica que está estreitamente relacionada ao raciocínio clínico. Tanto na construção de matrizes com todas estas etapas precisamente relacionadas, quanto na prática assistencial, o enfermeiro consegue desenvolver seu raciocínio clínico. Esta ferramenta possibilita, de acordo com a narrativa dos profissionais, uma segurança nas suas ações, seja por elas estarem embasadas em taxonomias científicas ou porque foram pensadas de acordo com uma sequência lógica. Consequentemente o enfermeiro sente-se apoderado e demonstra seu conhecimento com propriedade, percebe sua autonomia na prática e sente-se competente e autodeterminado[1]. Pensando nas ferramentas de promoção do empoderamento vê-se que os métodos oferecidos claramente oferecem oportunidade, informação, recursos e suporte, já que o trabalho desenvolvido tem caráter educativo, usando de estratégias como processos de auditoria para garantia de suporte e aperfeiçoamento da prática.

Considerações finais

De acordo com o supracitado concluiu-se que o PE é uma ferramenta que possibilita o empoderamento da enfermagem, pois desenvolve o raciocínio clínico, a segurança dos profissionais, aumentando sua autonomia e satisfação, com consequência tem-se o reconhecimento da enfermagem enquanto ciência, sendo que a assistência é pautada em estudos científicos e tem o raciocínio clínico com um dos principais nortes do cuidado.

Descritores

Empoderamento; Processo de Enfermagem; Assistência de Enfermagem.

Eixo temático

EIXO 2: Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Teixeira, AC; Figueiredo, MCB. Empoderamento e satisfação profissional em Enfermagem: uma revisão integrativa, em consonância com a Teoria Estrutural. Revista de Enfermagem Referência, 2015 jul-ago-set; 6.

2 Carvalho, EM; Kumakura, ARSO; Morais, SCRV. Raciocínio clínico em enfermagem: estratégias de ensino e instrumentos de avaliação. Rev Bras Enferm, 2017 mai-jun; 70:690-6.

3 Conselho Federal de Enfermagem. Resolução 358, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e da outras providências. Brasília (DF): COFEN, 2009. Trindade, LR; Ferreira, AM; Silveira A; Rocha, EN. Processo de Enfermagem: desafios e estratégias para sua implementação sob a ótica de enfermeiros. Saúde (Santa Maria), Santa Maria, 2016 jan-jun; 42: 75-82.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS RELAÇÕES SAÚDE E AMBIENTE E NO ENFRENTAMENTO DA DENGUE

Autores

Grasiele Fatima Busnello[1];
Denise Catarina Andrioli[2].

E-mail para correspondência

grasibusnello@gmail.com

Resumo

Introdução

O setor saúde posiciona-se entre os setores que constantemente sofrem mudanças e avanços, através da pesquisa, introdução de novas tecnologias e na formação profissional. Neste intuito é essencial que os profissionais de saúde, especialmente durante sua formação tenham a oportunidade de vivenciar experiências que contemplem os conteúdos propostos pelas disciplinas, bem como relacionar com a prática profissional de modo que possam compreender diferentes realidades de atuação. No ensino da enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, tem-se como propósito contemplar conteúdos diversificados que abordem as especificações das disciplinas, para tanto na disciplina de Enfermagem em Saúde Comunitária III, contempla-se o conteúdo de vigilância em saúde e saúde ambiental com interface na enfermagem atuando nas ações de saneamento básico, controle de vetores, outros. Na atual legislação brasileira, vigilância em saúde é conceituada como método contínuo e ordenado, envolvendo: coleta, consolidação, análise e dissemi-

1 Enfermeira. Mestre em Ciências Ambientais. Doutoranda em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina -UDESC

2 Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde Pública, Enfermeira da Estratégia de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Pinhalzinho – SC, discente do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNOCHAPECÓ.

nação de dados sobre eventos relacionados à saúde, o planejamento e a implementação de medidas de políticas públicas para a proteção da saúde da população, a prevenção e controle de riscos, agravos e doenças e a promoção da saúde[1]. A saúde ambiental é formada por aspectos da saúde humana que incluem a qualidade de vida, determinados por fatores físicos, químicos, biológicos, sociais e psicológicos no meio ambiente, à teoria e à prática de valorar, corrigir, controlar e evitar fatores do meio ambiente que possam prejudicar a saúde de gerações atuais e futuras[2]. Estas definições refletem as relações ambiente e saúde necessários para se estabelecer ações nas quais os profissionais de enfermagem constantemente estão agindo em atividades de educação e promoção da saúde. A exemplo disso, contextualiza-se as ações de enfrentamento da dengue, que demonstram ser cada vez mais necessárias e urgentes, diante do cenário epidemiológico de muitos municípios brasileiros, caracterizados pela alta morbidade e mortalidade.

Objetivo

Relatar a experiência sobre o papel do enfermeiro nas relações ambiente e saúde no enfrentamento da dengue por meio de uma roda de conversa.

Método

Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina Enfermagem em Saúde Comunitária III do curso de Graduação em Enfermagem da UDESC, campus Chapecó, no semestre 2018/2. A disciplina objetiva reconhecer as relações do ambiente como processo saúde-doença dos indivíduos, família e comunidade, articulando o papel do enfermeiro em diferentes contextos sociais. No planejamento da disciplina organizou-se rodas de conversa para oportunizar aos acadêmicos diversas realidades de atuação do enfermeiro. Para exposição e diálogo sobre o conteúdo vigilância ambiental: doenças relacionadas ao saneamento básico, vetores, ciclo, formas de prevenção, distribuição geográfica das doenças no mundo e ações de saúde e de enfermagem, convidou-se uma enfermeira, acadêmica egressa da UDESC, atualmente estudante de Mestrado em Ciências da Saúde, na área de Saúde e Ambiente com tema de dissertação sobre os impactos da dengue. É enfermeira de uma Estratégia Saúde da Família (ESF). A roda de conversa ocorreu no mês de setembro de 2018, na sala de aula três, da UDESC e estabeleceu-se como tema principal os aspectos epidemiológicos e desafios da dengue. Participaram desta atividade 20 acadêmicos de enfermagem e a professora da disciplina, com duração de quatro horas.

Resultados e Discussão

A roda de conversa oportunizou aos acadêmicos de enfermagem conhecer e refletir sobre o enfrentamento da dengue e a complexidade inerente às questões do meio ambiente e suas relações com a saúde. Torna-se necessária a compreensão de que o crescimento global da dengue não está associado somente à um único fator e sim a vários, como as mudanças climáticas, ambientais, demográficas e sociais, incluindo o crescimento populacional desordenado, a urbanização, globalização, mobilidade humana, além de fragilidades na saúde pública e na falta de controle efetivo do vetor[3]. O debate em sala de aula foi fortalecido pelas discussões da enfermeira no que concerne as suas experiências em atuar na ESF de um município da região oeste do estado de Santa Catarina, que em 2016 apresentou dados epidemiológicos importantes, por ter sido o município que enfrentou a maior epidemia já ocorrida no estado de SC, com incidência de 13.120,5 casos/100 mil habitantes. Em seus estudos de mestrado, articula tais vivências e experiências de trabalho pesquisando sobre o tema. Os acadêmicos motivados pelas discussões, intensificaram seus questionamentos e interesse pela temática ao entender o papel da enfermagem neste contexto. Alguns questionamentos foram relacionados ao atendimento dos pacientes com diagnóstico confirmado de dengue, cuidados de enfermagem durante e após o tratamento. Discutiu-se sobre as ações necessárias para a população nos casos confirmados de dengue ou infestação pelo mosquito *Aedes aegypti*. O desafio aos profissionais e para o setor saúde brasileiro está na construção de uma política pública capaz de introduzir uma vertente de conhecer e agir sobre múltiplos riscos e perigos do meio ambiente que influenciam a saúde da população brasileira[4]. Para que isso ocorra, é fundamental criar espaços de discussão e reflexão, que contribuam para a construção de conceitos fundamentais que irão sustentar operacionalmente as definições sobre saúde ambiental.

Considerações finais

As práticas de ensino devem estabelecer vivências que intensifiquem abordagens metodológicas motivadoras e dinâmicas à formação dos acadêmicos de enfermagem. A roda de conversa foi de extrema singularidade aos participantes tendo em vista que

possibilitou reflexões relacionadas ao papel do enfermeiro nas relações ambiente e saúde no enfrentamento da dengue, desmistificando o reducionismo e tradicional enfoque biologicista do processo saúde-doença e da relação entre saúde e ambiente. Frente a complexidade da dengue, torna-se necessário transpor as fronteiras disciplinares para compreensão e explicação de sua globalidade. Aos futuros profissionais da saúde exige-se uma nova forma de pensar e agir na sua práxis, que além do desenvolvimento crítico-reflexivo espera-se que sejam capazes de atender as demandas e necessidades de saúde da população, através de uma abordagem interdisciplinar mais compreensiva dos diferentes determinantes e condicionantes da saúde e dos processos de adoecimento. Atualmente, o campo da saúde exige profissionais capazes de refletir tanto acerca dos conhecimentos produzidos em saúde, quanto sobre a sua prática profissional. Assim sendo, o processo de formação possui um caráter fundamental neste contexto, tornando-se responsável pelo perfil acadêmico-profissional que se deseja construir.

Descritores

Saúde ambiental; Vigilância em Saúde; Dengue; Ensino; Educação em Enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil. Portaria GM No 1.378, de 9 de julho de 2013. Regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Diário Oficial da União 2013; 9 jul.

2 Augusto, LGS; Branco, A. Política de informação em saúde ambiental. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, 2003; 6(2):150-157.

3 WHO. World Health Organization. Dengue Control [Internet]. World Health Organization, 2018.

4 Minayo, MCS; Miranda, AC. (Orgs) Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. 344 p.

IMUNIZAÇÃO PARA INFLUENZA A (H1N1): OS MOTIVOS QUE LEVAM GESTANTES A NÃO ADERIREM

Autores

Milena Testa[1];
Fernanda Jost Gerhard[2];
Cassiane Vargas Nogueira[3];
Gabriely Valcarenghi[4];
Alessandra Paula Watte[5];
Adrean Scremin Quinto[6].

E-mail para correspondência

testa.milena@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A gripe H1N1 consiste em uma doença causada por uma mutação do vírus da gripe, também conhecida como gripe Influenza Tipo A. O mesmo é um vírus de comportamento sazonal que tem aumento no número de casos nas estações climáticas mais frias. Sua transmissão ocorre facilmente por aerossóis produzidos pelas pessoas infectadas ao tossir ou espirrar, a sintomatologia inicia-se em geral com febre alta, seguida de dor muscular, dor de garganta, dor de cabeça, coriza e tosse seca. O não tratamento pode causar evolução da doença, podendo levar a morte. A vacinação constitui-se como uma das principais medidas preventivas para influenza[1]. No Brasil, entre os grupos designados pelo Ministério da Saúde (MS) para receber a vacina destacam-se as gestantes. Porém, é expressivo o número de gestantes que opta pela não vacinação.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
6 Enfermeiro. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

Objetivo

Compreender os motivos que levam as gestantes a não se vacinarem contra a Influenza A (H1N1), em um determinado território da atenção primária à saúde, de um bairro de periferia no oeste de Santa Catarina (SC).

Métodos

O presente trabalho é um relato de experiência de acadêmicas da 4ª fase do curso de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó, no período de Atividades Teórico Práticas em uma Unidade Básica de Saúde em um município no oeste de Santa Catarina (SC). A prática deu-se inicialmente através da construção de um projeto, que norteou a coleta de dados com gestantes de idade entre 09 e 29 anos, de uma determinada microárea, com o intuito de identificar quais as percepções em relação à vacinação. A partir da realização do mapeamento nesse território, foram identificadas três gestantes que possuem a faixa etária exigida pelo estudo. A pesquisa com as gestantes foi realizada em modelo de Visita Domiciliar (VD) e para a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista previamente estruturado com perguntas abertas e fechadas. A pesquisa foi voluntária e sigilosa, os questionários foram aplicados somente para os voluntários que aceitaram participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

As grávidas constituem um grupo de risco para qualquer infecção devido à baixa imunidade que apresentam[2]. Dessa maneira que a H1N1 pode se manifestar de forma grave e levar a gestante à hospitalização e até mesmo à morte. O Ministério da Saúde alerta que o risco de complicações nesse grupo é muito alto, principalmente no terceiro trimestre de gestação, mantendo-se elevado no primeiro mês após o parto. Bebês menores de seis meses também são de maior risco para complicações decorrentes da gripe. Porém, a vacinação que protege dessa infecção só está indicada para eles após o sexto mês de vida. Por isso aumenta a necessidade da vacinação das mães, a qual deixa o recém-nascido menos suscetível a doença através da transferência de anticorpos pela placenta e pelo leite materno. É fácil perceber que a vacinação da gestante beneficia a ela e ao bebê, particularmente os menores de seis meses de idade. Por essa razão, é considerada prioritária a vacinação em gestantes[3]. Nesse sentido, é essencial investir na orientação das gestantes sobre a importância da vacinação, o que implica proporcionar informações educativas sobre doenças existentes, que de alguma forma interfiram no bom andamento da gravidez. Apesar das explicações com relação à campanha de vacinação contra a Influenza A (H1N1), houveram muitos comentários e boatos sobre veracidade da vacina, o que contribuiu para uma não aceitação da campanha pelas gestantes[2]. As três gestantes entrevistadas, com idades de 16, 19 e 32 anos, afirmam não ter dificuldades de acesso à Unidade Básica de Saúde (UBS), além de realizarem o pré-natal corretamente. Duas das entrevistadas relatam ser primigestas, enquanto uma alega estar passando pela segunda gestação. Em relação à vacinação contra a influenza, uma delas não realizou a vacina por três motivos: não possuir informações suficientes sobre a mesma, por ter se mudado para o bairro recentemente e por não possuir a caderneta de vacinação. Já as outras duas gestantes estavam devidamente imunizadas e afirmaram ter um bom conhecimento sobre o assunto.

Considerações finais

Observou-se a necessidade da orientação adequada sobre vacinação, especificamente, da importância das gestantes estarem cientes dos benefícios preventivos da vacina para Influenza A(H1N1), tanto para elas quanto para o feto. Há também que se considerar a importância de conhecer o território através do mapeamento, este facilita o entendimento do local, amplia o conhecimento das demandas de problemas e estabelece possíveis doenças que podem estar relacionadas ao ambiente4. Conclui-se que os achados correspondem ao objetivo do estudo, pois a maioria das gestantes questionadas adere positivamente à realização da vacina contra a influenza. Porém, a entrevistada que não adere explica seus motivos e, a partir destes, possibilita a equipe multiprofissional e interdisciplinar traçar intervenções que, mais tarde, culminarão em imunização com abrangência territorial total. A partir disso, faz-se necessário também à realização de novas pesquisas que visem compreender outros motivos pelos quais gestantes não aderem à vacinação, neste contexto, a necessidade de conscientização quanto à promoção da saúde, associado a uma melhora no quadro de problemas em todos os níveis de atenção e, consecutivamente, diminuição do adoecimento e morte relacionados à Influenza tipo A.

Descritores

Gestante; Influenza A (H1N1); Vacinação.

Eixo temático

EIXO 3: Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde. Orientações sobre a gripe. DataSUS. Brasília- DF: 2017.

2 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Protocolo de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação. Estratégia de Vacinação contra o Vírus Influenza Pandêmico (H1N1). Brasília-DF. 2010.

3 Brasil. Ministério da saúde (MS). Vacinação da gestante: sucesso de proteção para mãe e filho. Sociedade Brasileira De Imunizações – SBIm. Brasília--DF: 2018.

ENFERMAGEM SEM LIMITES: APONTAMENTOS E CONTRIBUIÇÕES DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A DEFICIÊNCIA

Autores

Éliton Vitor MMiranda[1];
Vanessa de Almeida[2];
Elizangela da Rocha[3];
Thalia Sartori Andreola[4];
Jaqueline Moreira Soares[5];
Jucimar Frigo[6]

E-mail para correspondência

jucifrigo@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Segundo dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 6,2% da população possui algum tipo de deficiência e dentro desta porcentagem, 1,3% tem algum tipo de deficiência física, e desse total, 46,8% têm grau intenso ou muito intenso de limitações (IBGE, 2010). Cabe aos órgãos e às entidades do Poder Público assegurar à pessoa portadora de deficiência o pleno exercício de seus direitos básicos, inclusive dos direitos à educação, à saúde, ao trabalho, e de outros que, decorrentes da Constituição e das leis, propiciem seu bem-estar pessoal, social e econômico[3]. A acessibilidade é uma exigências em todos os estabelecimentos públicos e privados, a preocupação com a acessibilidade tem redobrado no Brasil nos últimos dez anos, desde a implementação das leis que exigem a garantia de acesso em locais públicos e privados. Estabelecimentos comerciais precisam se adequar para receber todas as pessoas, principalmente, aquelas que possuem al-

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Acadêmica de Efermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
6 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ

guma deficiência, para que se acolhidos pela sociedade. Contudo, ainda há um impasse, pois oferecer acesso a todos vai além de ter rampas de acesso ou elevadores. É necessário também estar atento aos pequenos detalhes arquitetônicos e atitudinais para que um local tenha acessibilidade, segurança e inclusão[1]. A busca de produção de conhecimento sobre o cuidado em enfermagem, compreendido como arte e ciência de pessoas que convivem e cuidam de outras, em uma profissão dinâmica, sujeita a transformações permanentes, e corrobora para a melhoria da qualidade de vida e saúde das pessoas com deficiências e necessidades especiais. A atuação do enfermeiro no atendimento às pessoas com deficiência é importante, pois permite a articulação entre a educação, saúde e orientação às famílias sobre os cuidados, também o desempenho de atividades básicas da vida diária como higienização, mobilização, cuidados preventivos para a preservação da integridade da pele e mucosas, aplicação de técnicas invasivas, entre outras, em relação às quais as pessoas deficientes apresentam alto grau de dependência, sendo incapazes de realizá-las sozinhas. Assim prestando uma assistência de qualidade[2].

Objetivos

Contribuir para a prática do cuidado à pessoa com deficiência, a partir, da vivência como *"cadeirante por um dia"* em uma Universidade no Oeste Catarinense.

Método

Os encontros de atividades teórico-práticas sobre as "Políticas Públicas da Atenção Primária de Saúde" ocorreram nas sextas-feiras na Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ, com a turma do 4º período de Enfermagem na disciplina de Atenção Primária de Saúde I: Conceitos e Diretrizes. Após leitura de artigos científicos e a 80ª Semana Brasileira de Enfermagem e 15ª Semana de Enfermagem ABEn/SC, Núcleo Chapecó, com tema central "Os desafios da Enfermagem para uma prática com equidade" Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, os acadêmicos de enfermagem foram desafiados há vivenciar um dia como cadeirante, para melhor compreender as necessidades dos portadores de deficiência física, realizando atividades diárias universitárias, tais como, assistir aulas, utilizar o banheiro, circular nos corredores, acessar a cantina e estacionamento, entre outros.

Resultados e Discussão

A vivência oportunizou identificar as tipificações, que estabelecem estereótipos às pessoas com deficiência, que são instituídas pelos grupos sociais. A inclusão da pessoa com deficiência exige adaptação e apoio da instituição de ensino superior e espaços públicos e privados em face das diferenças e das necessidades individuais dos portadores de deficiência ou necessidades especiais, bem como, o desenvolvimento de competências profissionais da enfermagem. A experiência de "ser cadeirante por um dia", oportunizou aos acadêmicos de enfermagem a aproximação da realidade do portador de deficiência física, corroborando para a compreensão das necessidades as congruências entre a saúde, educação, família e sociedade. Neste cenário universitário vivenciado, identificamos que o portador de deficiência tem as atividades de locomoção e de acesso aos espaços facilitados, pois todos os corredores possuem piso tátil, as salas de aula dispõem de mesas apropriadas para o cadeirante, às portas dos espaços universitários são identificadas pela leitura tátil, o restaurante e cantina oferecem espaço apropriado, os banheiros possuem dispositivos de segurança e apoiadores, tornando o ambiente mais funcional para a pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida, favorecendo sua autonomia pessoal. Para que ocorra a promoção da acessibilidade e inclusão do portador de deferência, é de fundamental importância que espaços universitários disponham de acesso físico e adaptações ambientais adequadas à pessoa com deficiência. A inclusão deficiente prevê a modificação da sociedade para que todos, sem distinção de grupo, raça, cor, credo, nacionalidade, condição social ou econômica, possam desfrutar de uma vida com qualidade, sem exclusões. Por meio da vivência de ser cadeirante por um dia despertou nos acadêmicos de enfermagem o compromisso de oferecer aos portadores de deficiência ações e práticas de cuidados essenciais para prevenir, inibir ou minimizar as limitações funcionais objetivando maior independência e melhor qualidade de vida e inclusão social. A atenção integral à saúde dos portadores de deficiência pressupõe uma assistência específica à sua condição, ou seja, serviços estritamente ligados à sua deficiência, além de assistência a doenças e agravos comuns a qualquer usuário do Sistema único de Saúde (SUS).

Considerações finais

A vivência de "ser cadeirante por um dia", oportunizou aos acadêmicos de enfermagem (re)conhecer a importância da autonomia e de mobilidade ao por-

tador de deficiência física, para que usufruam dos espaços com mais segurança, confiança e comodidade. Destarte, se todos somos iguais perante a lei, e temos o direito de ir e vir assegurados, às universidades, os espaços públicos e privados, precisam estar preparados para oferecer condições mínimas aos portadores de deficiência, frente à diversidade de condições e suas necessidades. A vida acontece de cadeira!

Descritores

Acessibilidade; Saúde sem limites; Cadeirantes.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Luciane CW; Cristiane KL; Artemis P; Larissa DAS. Acessibilidade de pessoas com deficiência: o olhar de uma comunidade da periferia de Porto Alegre. Ciência em Movimento. 2010 jan:65. Disponível em: https://www.metodista.br/revistas/revistas-ipa/index.php/RS/article/view/94/58

2 Wiliam CAM; Ana PS. Enfermeiros com deficiência física adquirida: reflexões sobre o cuidado e o cuidar em enfermagem. Ciência, Cuidado e Saúde. 2002;1(2):322. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5627/3555

3 Brasil. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. (Internet). Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil. 1999 dez. 20. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm

IMPORTÂNCIA DA MONITORIA ACADÊMICA PARA DISCIPLINA DE PARASITOLOGIA HUMANA AO CURSO DE ENFERMAGEM

Autores

Deborah Cristina Santin[1];
Luiza Alcantara Carvalho[2];
Vanessa da Silva[3];
Renata Mendonça Rodrigues[4].

E-mail para correspondência

dehsordi@gmail.com

Resumo

Introdução

Parasitologia é uma ciência que estuda os tipos de parasitas e suas correlações com o hospedeiro. Sendo assim, alguns parasitos caracterizam uma elevada complicação à saúde pública, sendo maior parte relacionadas à criança, gerando má-nutrição, e deficiência no crescimento físico.[1] Na Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) através do curso de Enfermagem, os conhecimentos sobre a parasitologia é disponibilizado a partir de duas disciplinas: a parasitologia humana I no terceiro período da graduação e parasitologia humana II no quarto período. Esta oferece aos acadêmicos o estudo da morfologia e biologia dos parasitos, doenças parasitárias humanas, métodos de diagnóstico e controle. Possuímos na Universidade algumas turmas numerosas, com isso acaba dificultando para o professor-orientador muitas vezes a possibilidade de assistência e tira-dúvidas à todos os alunos, até por muitas vezes assumirem mais de uma turma e/ou disciplina. Com isso, monitoria é uma modalidade inserida no meio acadêmico que coopera para o conhecimento do monitor

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc oeste;
3 Acadêmica de Farmácia. Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
4 Docente do Departamento de Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

a partir do momento em que compartilha com outros indivíduos. Considera-se como uma ferramenta para a melhoria do ensino na graduação, por meio de práticas pedagógicas com o intuito de estabelecer conexão entre a parte teórica e a parte prática, promovendo a troca de comunicação entre os próprios discentes e capacitando o monitor com a possibilidade de se atualizar a cada a monitoria acerca de um conteúdo de extrema importância aos saberes de um profissional de enfermagem.[2] Os monitores são alunos do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), selecionados pelo professor da disciplina. Para candidatar-se à vaga de monitor o aluno necessita ter cursado a disciplina de Parasitologia I e II, bem como ter obtido aprovação com média não inferior a 7 na disciplina, bom engajamento ao passar o conteúdo e afinidade com a matéria.

Objetivo

Aprimorar o conhecimento teórico e prático desta disciplina com a área de formação do enfermeiro, através do conteúdo que é passado em sala de aula pelo orientador, auxiliando e oferecendo suporte para que o aluno reduza suas dificuldades e dúvidas que estão relacionadas a matéria, de maneira que contribua de forma positiva aos acadêmicos que estão cursando a Parasitologia Humana I e Parasitologia Humana II em usufruir de uma atividade selecionada com cautela, em prol do seu benefício para um melhor desempenho na matéria.

Método

O monitor deve estar acessível para monitorias e plantões tira-dúvidas aos acadêmicos que estão cursando a matéria pelo período de 10 horas semanais. Com isso, as monitorias são realizadas presencialmente nas salas de aula do Centro de Educação Superior do Oeste (CEO) no município de Chapecó com o intuito de desenvolver e administrar as aulas teóricas, aulas práticas de microscopia, aulas dinâmicas, resoluções e discussões de estudos dirigidos, revisão dos conteúdos de diferentes formas, sempre com a intenção de facilitar o aprendizado, reforçando do conteúdo que foram passados durando as aulas e auxiliando para melhorar a compreensão e resolutividade durante as avaliações teórico-práticas da disciplina. Além disso, as tarefas do monitor não ocorrem apenas de forma presencial, é utilizado também meios como a internet, sendo eles E-mail, Whatsapp e Facebook, para auxiliar nas atividades de apoio e suporte extra classe aos alunos de maneira que contemple à todos, através do ensino à distância.

Resultados

No decorrer das dinâmicas e atividades realizadas, percebeu-se a relevância da monitoria devido a comunicação, confiança, e bom relacionamento entre o aluno e o monitor, possibilitando na melhoria do entendimento e comunicação entre os dois indivíduos, assim como a troca de conhecimento, contribuindo para o ensino-aprendizagem. A extensão do conhecimento ocorre também a partir da exigência do professor, orientando estudo e leitura complementar para aperfeiçoar o conhecimento teórico, levando o próprio monitor a instigar os acadêmicos para troca de ideias e trazendo soluções de problemas. A experiência como monitor auxilia para a importância no aprofundamento e aperfeiçoamento do conteúdo, assim como a prática de ensinar e orientar os acadêmicos influencia para o método de formação do aluno como enfermeiro, possibilitando o próprio desenvolvimento profissional em relação a educação em saúde em diferentes locais de atuação.[3] Além disso, o acadêmico-monitor tem a chance de experimentar o trabalho docente por estar em contato direto com os alunos, dando oportunidade para sentir-se útil e competente apenas por contribuir pedagogicamente com o ensino-aprendizado.[4]

Considerações finais

É importante ressaltar a necessidade de diálogo com o monitor, para que ele possa relatar suas opiniões como representante acadêmico e como elo entre o professor e os alunos, facilitando melhor organização e entendimento da disciplina. A relação interpessoal que acontece quando o acadêmico-monitor relaciona-se com diferentes pessoas, grupos e com seu orientador, proporciona para que o mesmo torne-se um indivíduo com respeito, seguro de si mesmo e perseverante. Contudo, é necessário que o monitor possua domínio suficiente sobre o conteúdo ministrado aos monitorados, instigando ao aluno sobre a importância desta matéria para a busca de conhecimento, auxiliando para um futuro profissional, estimulando para o desenvolvimento profissional, permitindo a experiência da docência, o comprometimento e responsabilidade enquanto acadêmico, além do incentivo ao monitor por estar contribuindo para a melhora de sua produção acadêmica e do seu *Currículum Vitae.* Conclui-se que a monitoria é um instrumento extremamente significativo quando

falamos de aprendizado acadêmico, através da prática favorecendo para a formação universitária.

Descritores

Enfermagem; Parasitologia; Monitoria.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 MARQUES, S.M.T.; BANDEIRA, C.; QUADROS, R.M.D. Prevalência de enteroparasitoses em Concórdia, Santa Catarina, Brasil. Parasitología latinoamericana, 2005; 60(1):78-81.

2 LINS, L. F. et al. A importância da monitoria na formação acadêmica do monitor. Jornada de ensino, pesquisa e extensão, IX, 2009.

3 HAAG, G.S. et al. Contribuições da monitoria no processo ensino-aprendizagem em enfermagem. Rev Bras de Enfer, 2008; 61(2).

4 NUNES, J.B.C. Monitoria acadêmica: espaço de formação. A monitoria como espaço de iniciação à docência: possibilidades e trajetórias. Natal: EDUFRN, 2007; 45-58.

COMPETÊNCIAS, ATUAÇÃO E RESPONSABILIDADES ÉTICAS DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: relato de experiência

Autores

Fernanda Dalla Cort[1];
Nathalia Mathias[1];
Yndaiá Zamboni[1];
Clarissa Bohrer Silva[2];
Francielli Girardi[3].

E-mail para correspondência

fernandanorbak@outlook.com

Resumo

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para os serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS), ela articula os fluxos de atenção, sendo indispensável para fortalecer a promoção do bem-estar do indivíduo e da comunidade[1]. O enfermeiro possui responsabilidade acerca da organização do processo de trabalho na APS, questão esta evidenciada pelo seu papel no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), contribuindo desde a sistematização gerencial das atividades até o cuidado direto aos indivíduos[1-2].

Objetivo

Descrever a experiência de Atividades Teórico Práticas (ATP) na APS enfocando as competências e as responsabilidades éticas observadas no processo de trabalho do enfermeiro neste cenário.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de santa catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Universidade do Estado de santa catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem. Universidade do Estado de santa catarina, Udesc Oeste;

Método

Trata-se de um relato de experiência, de caráter descritivo que busca abordar a vivência de estudantes de enfermagem em um Centro de Saúde da Família (CSF), no município de Chapecó/SC, durante a realização de Atividades Teórico Práticas (ATP) na disciplina de Gestão e Gerência em Serviços de Saúde, do curso de graduação em Enfermagem, no período de setembro a outubro de 2018. As ações foram voltadas para a identificação da ação do enfermeiro no âmbito da APS e seus direcionamentos nesse serviço. A ATP tem como intuito interligar o conhecimento teórico construído em sala de aula, com a realidade dos serviços.

Resultados e Discussão

Durante o período de vivência no CSF, as atividades foram organizadas visando três momentos. Primeiramente, foi elaborada uma escala de revezamento diário das acadêmicas nos setores do serviço (recepção, sala de procedimentos/coleta de exames, sala de vacinas e acompanhamento das atividades da Enfermeira), estabelecendo um período de observação/coleta de dados acerca das atividades realizadas. No segundo momento ocorria a troca de conhecimentos e reflexões sobre os achados do grupo mediado pela docente. Por fim, haviam rodas de conversa, agendadas diariamente, com a participação de profissionais do serviço (coordenadora da unidade, profissional fisioterapeuta do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, agentes comunitárias de saúde, técnica de enfermagem atuante no dispensário), os quais relataram as experiências nas suas funções. Considerando a Lei nº 7.498 que regulamenta o exercício profissional de enfermagem, entre as ações privativas e como integrante da equipe de saúde, incluem-se ações de gestão, organização, planejamento, consultas de enfermagem, cuidados de enfermagem, participação nos planos assistenciais de saúde, entre outros[3]. Assim sendo, ao acompanhar as atividades da enfermeira, em especial as consultas de enfermagem, foi possível identificar as competências e responsabilidade éticas desse profissional neste cenário, abrangendo as cinco dimensões do processo de trabalho: assistência, gerência, ensino, pesquisa e participação política[4]. Para atuar nessas dimensões são necessárias competências e habilidades técnico-científicas, postura ética profissional, capacidade de gerenciamento das atividades, criatividade e dinamismo, comprometimento, habilidade de manejar conflitos visando manter coesão e harmonia entre equipe, entre outros. Nesse sentido, foi possível observar a dinâmica de atendimento e planejamento das ações da enfermeira, o uso de instrumentos/protocolos de trabalho, as abordagens adotadas pela profissional e os aspectos relacionais e éticos. Destaca-se a proatividade quanto à abordagem humanizada, evidenciada pelo uso de instrumentos com questões pré-elaboradas relacionadas às diferentes situações clínicas dos pacientes, de forma que o atendimento constitui-se dinâmico e contempla de forma holística os aspectos necessários para condutas mais adequadas. Além disso, observou-se como a enfermeira se comportava como gestora e líder de equipe e ao mesmo tempo resolvia questões assistenciais, agia nos fluxos de atendimento da unidade, no dimensionamento dos recursos humanos e atuava diante da falta de equipamentos e insumos. Esses desafios rotineiros ampliam o olhar para a integralidade do serviço, possibilitando entender as reais fragilidades e as diversas potencialidades. Para tanto, esse profissional necessita se utilizar de tecnologias ampliadas de cuidado para amparar as demandas e as necessidades de saúde de maior relevância em seu território, levando em conta os conceitos de risco e vulnerabilidade, a resiliência e o caráter ético. A organização do processo de trabalho na APS é essencial para que a equipe possa garantir a universalidade do acesso e a integralidade da atenção[5]. Diante disso, a Política Nacional de Atenção Básica aponta as atribuições desse profissional pautado em realização de afazeres intra e extramuros com didáticas intervencionistas em grupos e individuais, efetivando a consulta de enfermagem, com a autonomia de solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, prestar acolhimento e vistoriar a aplicação do mesmo pela equipe, incluindo a escuta qualificada e classificação de risco. Bem como, a elaboração de planos de cuidados para pacientes crônicos, envolvimento e fiscalização do trabalho da equipe de enfermagem, ser responsável por atualizações sobre protocolos e fluxos de atendimentos, além de, manter-se atualizado em relação às evidências em saúde[5]. Diante dessa experiência, constatou-se que as melhores práticas acarretam em mudanças individuais, grupais e institucionais, ocasionando a diminuição de riscos na assistência e a segurança do paciente. Assim, a dimensão profissional do cuidado norteia a micropolítica em saúde, na qual ocorre o cuidado através de fluxos, reordenação das necessidades, demandas e limites do atendimento em saúde[2].

Considerações Finais

Diante do exposto, as atividades desenvolvidas no CSF proporcionaram uma análise geral do serviço,

possibilitando entender sobre o processo de trabalho do enfermeiro neste campo. Evidenciou-se como notória a participação através da sistematização da assistência de enfermagem, amparada pela prática baseada em evidência, ações de gestão, voltadas ao fortalecimento da prática clínica do enfermeiro e da equipe e o acompanhamento dos processos de trabalho neste âmbito. Essa experiência favorece a reflexão acerca da descentralização do atendimento, e consequente superação do modelo biomédico, ampliando o olhar quanto ao processo de saúde-doença a partir de uma perspectiva integral do indivíduo. Portanto, o enlace entre o teórico e o prático, prepara o discente para exercer seu conhecimento pautado em real experiência, demonstrando que o cuidado envolve estratégias, gerência, criatividade e dinamismo por parte do enfermeiro.

Descritores

Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Competência Profissional; Gestão em Saúde.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Kahl C, Meirelles BHS, Lanzoni GMM, Koerich C, Cunha KS. Actions and interactions in clinical nursing practice in Primary Health Care. Rev Esc Enferm USP, 2018; 52: e03327.

2 Galavote HS, Zandonade E, Garcia ACP, Freitas PSS, Seidl H, Contarato PC, et al. O trabalho do enfermeiro na atenção primária à saúde. Esc Anna Nery, 2016; 20(1):90-8.

3 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Lei n 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html

4 Sanna MC. Os processos de trabalho em enfermagem. Rev. bras. Enferm, 2007 abr; 60(2): 221-4.

5 Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2013 set/out.; 21(5): [07 telas].

APLICAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UM CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE VOLTADO PARA HIPERTENSOS E DIABÉTICOS À LUZ DA TEORIA DE IMOGENE KING: um relato de experiência

Autores

Leonardo Ribeiro Salvatori[1];
Andressa da Silva Lopes[2];
Maria Elisabeth Kleba[3];
Jucimar Frigo[4],
Tatiana de Mattos[5]

E-mail para correspondência

leonardo.salvatori@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Considerando o acelerado crescimento populacional e, consequentemente, as condições crônicas de saúde, a Atenção Básica (AB) tem recebido em seu cotidiano grande número de usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Estima-se que, em 2030, haverá a prevalência de uma sociedade tipicamente envelhecida, o que requer ações educativas para promover saúde, prevenir o adoecimento e melhorar a resolutividade da assistência a esses usuários[1]. Com vistas a fortalecer as ações em saúde e a integralidade no cuidado, diferentes políticas públicas têm sido instituídas na área da saúde, fomentadas a partir dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Nessa perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a Política Nacional de Humanização (PNH) e a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) se constituem propostas para

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
5 Enfermeira, Mestre em eEnfermagem. Enfermeira do Município de Chapecó/SC.

aprimorar e consolidar a atenção básica, tendo como foco a Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa visa romper com o modelo assistencial vigente e se caracteriza como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido. A Enfermagem, como membro da equipe da ESF, tem papel central na consolidação dessa estratégia, o que requer o emprego de ferramentas e de conhecimentos apropriados[2]. Para tanto, o referencial teórico de Imogene King traz uma importante contribuição, caracterizado como a teoria do alcance de metas, a qual envolve os sistemas pessoal, interpessoal e social, e que tem na interação, comunicação e transação conceitos fundantes. Esse referencial oferece suporte para que o enfermeiro aplique o Processo de Enfermagem (PE) como um método científico, que consiste na aplicação prática do cuidado direcionado ao indivíduo e ao coletivo de modo eficiente, possibilitando qualificar o cuidado e documentar a prática realizada. Da mesma forma, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) se constitui como linguagem padronizada que contempla os fenômenos humanos e sociais, intervenções e resultados, estabelecendo um vocabulário comum e contribuindo para a melhora da comunicação e a descrição dos cuidados de enfermagem de modo amplo[3].

Objetivos

Relatar o desenvolvimento de uma prática assistencial de Enfermagem, com vistas a aplicação do processo de enfermagem baseado na linguagem padronizada CIPE e na teoria do alcance de metas de Imogene King.

Método

Trata-se de um estudo descritivo sobre o desenvolvimento de uma prática assistencial do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Graduação em Enfermagem em um Centro Integrado de Saúde (CIS) no município de Chapecó - SC. Toda prática assistencial desenvolvida pela enfermagem, deve ser fundamentada em uma base teórica, desta forma, utiliza-se a Teoria do Alcance de Metas e a estrutura conceitual de Imogene King, composta por três sistemas interatuantes entre equipe, usuários e o ambiente em que convivem. O sistema pessoal salienta o papel de cada um para o fortalecimento deste processo e a obtenção de metas em seu cuidado com a saúde. O sistema interpessoal é formado por díades, tríades e grandes grupos, ou seja, seres humanos interagindo. Este é formado pela equipe da unidade, grupos de hipertensos e diabéticos, grupos comunitários e outros. O sistema social corresponde toda a comunidade com interesses comuns e específicos, envolvendo a tomada de decisão e o controle de saúde, sendo formado pela equipe multiprofissional, os diferentes setores de atenção à saúde e a população. Para obtenção dos dados, utilizou-se um roteiro de coleta de dados, baseado nos sistemas de Imogene King, por meio do qual foram obtidas informações com enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS), ou ainda por meio de observação nos espaços da prática, relativas ao território, os espaços do serviço e o perfil da clientela. Com base nessas informações, foram planejadas ações para aplicar o PE voltado aos usuários com HAS e DM, com base na CIPE, para estabelecer os diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados a serem trabalhados.

Resultados e Discussão

Foram estabelecidos dois diagnósticos prioritários a partir da linguagem CIPE, tendo em vista os usuários e a equipe de saúde do território adscrito como clientes/beneficiários da prática de enfermagem. Assim, o primeiro diagnóstico estabelecido é: potencial da equipe e do usuário para conhecimento melhorado sobre aspectos de saúde para melhorar o manejo com pacientes hipertensos e diabéticos. Este diagnóstico está voltado para os usuários e o seu cuidado em saúde. A partir deste diagnóstico elencamos práticas educativas, as quais vendo sendo realizadas neste semestre, como: oficina culinária, confecção de caixas de medicamentos, verificação de glicemia capilar e pressão arterial, tendo como resultado esperado: o conhecimento melhorado sobre aspectos de saúde. Assim, formulou-se o primeiro objetivo específico da prática assistencial, sendo ele, ampliar a capacidade de corresponsabilidade dos usuários quanto ao comprometimento e estabelecimento de metas segundo conceitual de Imogene King[4]. O segundo diagnóstico é: potencial da equipe e do usuário para comunicação melhorada, este é em relação a equipe e usuário, pois se a comunicação entre cliente e profissional não for efetiva não haverá transação nas interações em seu plano de cuidado. Tem-se como resultado esperado: a comunicação interpessoal melhorada. Com isso, tem-se o segundo objetivo específico da prática assistencial: fortalecer a comunicação interpessoal entre equipe de saúde e usuários, de acordo com o preconizado por Imogene King. As ações desenvolvidas com base nesse diagnóstico vem na perspectiva de fortalecer a comunicação interpessoal entre equipe de saúde e usuários na consulta de enfermagem, com vistas à utilização

da linguagem padronizada CIPE, considerando esse cenário de promoção da saúde e o enfermeiro como fomentador dessas ações[5].

Considerações finais

O PE é uma ferramenta importante para sistematizar o cuidado em saúde e consolidar a Enfermagem como ciência por meio da documentação da prática. A CIPE oferece apoio decisivo na perspectiva de padronizar as ações de Enfermagem, facilitando a utilização de diagnósticos de Enfermagem, resultados esperados e intervenções de Enfermagem no âmbito da ESF. As atividades desenvolvidas vão ao encontro dos pressupostos de Imogene King, que destaca a interação interpessoal e a troca de conhecimentos, fundamentadas nas características sociais e de saúde da comunidade, tendo como destinação possibilitar melhorias nos hábitos de vida das pessoas.

Descritores

Processo de enfermagem; Enfermagem em Saúde Comunitária; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Diabetes Mellitus.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2012.

2 Amaral IT, Abrahão AL. Consulta em enfermagem na Estratégia Saúde da Família, ampliando o reconhecimento das distintas formas de ação: uma revisão integrativa. Rev Fun Care Online, Rio de Janeiro, 2017; 9(4):899-6.

3 Santos KH, Marques D. Diagnóstico de Enfermagem na Atenção Básica: contributos da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Rev Soc Bras Enferm, 2015; 15(2):108-13.

4 Moura ERF, Pagliuca LMF. A teoria de King e sua interface com o programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP, 2004; 38(3):270-9.

5 Garcia TR, Cubas MR. Diagnósticos intervenções e resultados de enfermagem: subsídios para a sistematização da prática profissional. Elsevier, Rio de Janeiro, 2012.

DESMISTIFICANDO O PRÉ-CONCEITO AO ATENDIMENTO À MULHER EM PRIVAÇÃO DE LIBERDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autores

Tatiani Todero[1];
CAMPOS, Juliana Coelho de Campos[2];
Denise Antunes de Azambuja Zocche[3];
Arnildo Korb[4]

E-mail para correspondência

enf.tatiani@gmail.com

Resumo

Introdução

Este estudo propõe explanar a vivencia de um estágio extracurricular de enfermagem numa unidade prisional em Santa Catarina e propõe a reflexão sobre o papel da universidade adentro do sistema prisional. A oferta dos serviços de saúde no sistema prisional evoluiu conforme a compreensão de saúde a população privada de liberdade. Essas mudanças foram possíveis diante da publicação de portarias específicas sobre a saúde deste público. Em 2014 foi instituído a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP) garantindo que a pessoa que está em restrição de liberdade seja atendida de forma integral, sem preconceitos e distinções comparado aos demais grupos populacionais da sociedade, conforme preconizado pelas normativas que regem o Sistema Único de Saúde - SUS[1]. Por longo período esse sistema penal foi projetado para atender as necessidades masculinas, excluindo totalmente as parti-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

2 Enfermeira. Enfermeira, Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, Enfermeira. Servidora pública na Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania.

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Assistente na Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

4 Biólogo. Doutor e Docente na Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

cularidades da população feminina, no entanto vem notadamente transformando-se essa realidade. Dentre essas transformações está a presença do profissional enfermeiro nas unidades prisionais, o qual tem papel fundamental na assistência à saúde da mulher privada de liberdade, realizando e intervindo em todo o processo, desde o acolhimento humanizado, no atendimento, na prestação e encaminhamentos para os demais serviços de saúde. No entanto, nem sempre a estratégia de atuar em redes é facilitada. É possível perceber dificuldades no desenvolvimento do trabalho das equipes de saúde diante das condições que são próprias do funcionamento das prisões. É preciso levar em consideração que a maioria dos estabelecimentos prisionais está em locais distantes dos centros urbanos, de difícil acesso, e tem como um dos pilares a função de "aglomerar" uma parcela da população e submetê-la a processos de exclusão[2]. A atenção a essa população feminina em restrição de liberdade deve ir além das ações que o próprio sistema penal pode ofertar, a universidade tem a possibilidade e a expertise de realizar atividades que possam contribuir na melhoria da qualidade de vida dessas pessoas através da inserção de discussões sobre essa temática assim como incorporar projetos de extensão que alcance essa população[3].

Objetivos

Relatar a experiência como discente no atendimento às mulheres em situação de privação de liberdade de um presídio do oeste catarinense.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo do tipo relato de experiência, realizado em um presídio feminino no oeste catarinense. Esse relato se deu através do discente realizar estágio extracurricular desde março de 2018 a março de 2019 com essa população. O presídio tem capacidade para 216 mulheres, entretanto há 146 femininas até o momento.

Resultados e Discussões

O estágio extracurricular de enfermagem possibilitou conhecer um público quase invisível aos campos de estágio ofertado regularmente no curso de enfermagem. Estas mulheres são na maioria jovens, com filhos menores de 12 anos e com baixa escolaridade e renda, sendo desprovidas de conhecimento sobre os cuidados com a sua saúde. Compreendendo que no período antecedente ao aprisionamento essas mulheres ao longo de suas vidas tiveram pouco acesso ao serviço de saúde. Ficando evidente a necessidade da atenção à saúde para essas mulheres, efetivando a prática da enfermagem, como a consulta ginecológica, vacinação, testagem rápida e tratamento quando necessário. Evidencia-se que o papel da universidade nesses espaços pode propiciar garantias de direitos e que possam ser criadas novas ações para melhoria ao acesso à saúde. Como exemplo, é a elaboração de ferramentas como os fluxogramas de atendimentos de saúde na unidade prisional proporcionando a reorganização do serviço, através da gestão baseadas em evidências. Todas as ações que qualifiquem o atendimento de saúde às mulheres privadas de liberdade visam garantir o acesso a saúde equânime e integral. É primordial a ausência de preconceitos para o atendimento dessas mulheres e o estabelecimento de vínculo entre a equipe de saúde e as mulheres que estão privadas de liberdade.

Considerações finais

Por se tratar de um contexto sobre o qual pouco se aborda nos espaços acadêmicos e de pesquisa se faz necessário que ocorram novas inserções de discentes para que possam contribuir para melhoria da qualidade de vida e de acesso aos serviços de saúde. Para esse propósito a universidade pode contribuir, desenvolvendo ações que contemple essa população e que incentive campos de estágio nesse universo quase invisível. Transformando os modos de produzir saúde nas instituições penais refletindo na relação entre o dentro/fora das prisões e o posicionamento dos diversos atores sociais que compõem esse contexto e as tensões que ele abriga. As discussões sobre saúde no sistema penitenciário devem ser instigadas nos centros educacionais formadores de recursos humanos para o SUS, tendo em vista a apreensão de conhecimentos e desenvolvimento de habilidades e competências, a fim contribuir para a adequada atuação dos profissionais de enfermagem e demais trabalhadores da saúde neste cenário. Conhecer a realidade da população em privação de liberdade constatou-se que o enfermeiro proporciona melhoria na qualidade de vida dessas mulheres, entretanto, requer que os profissionais envolvidos estejam engajados para que isso ocorra. Sugerimos que futuros estudos se debruçam e fomente novas produções científicas para qualificar a implantação e efetivação dos processos de trabalho destinados às mulheres que estão privadas de liberdade diminuindo o impacto do aprisionamento e as rupturas entre os processos de vida na sociedade e no cárcere.

Descritores

Prisões; Ensino; Enfermagem.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Pessoas Privadas de Liberdade no Sistema Prisional (PNAISP). Portaria interministerial nº 1, de 2 de janeiro de 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/pri0001_02_01_2014.html. Acesso em: 15 de março de 2019.2.

2 Mourão, LF; *et al.* Promoção da saúde de mulheres encarceradas: um relato de experiência. Rev. S A N A R E *online*, Sobral, 2015 v.14, n.01, p.52-57, jan./jun. Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/608/325. Acesso em: 15 de março de 2019.

3 Jesus, LO; Scarparo, HBK. O trabalho em saúde nas prisões: produção de sujeitos e territórios. Gerais, Rev. Interinst. Psicol. *online*. 2015, vol.8, n.1 p. 78-93. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000100007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 15 mar 2019.

CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24H NO OESTE DE SANTA CATARINA

Autores

Bianca Lima da Cunha[1];
Kelven Luis Schaurisch[1];
Manoella Sousa do Rosario[1];
Adrean Scremin Quinto

E-mail para correspondência

biancalcunha@hotmail.com

Resumo

Introdução

A primeira causa de morte no mundo é devido a doenças cardiovasculares, representando de forma global cerca de 31% de todas as mortes [1]. Se sabe, no entanto, que quando identificado uma situação cardíaca súbita como a parada cardiorespiratória (PCR), o quanto antes a vítima receber atendimento qualificado menor serão os riscos de sequela neurológica e, evidentemente, melhor será seu prognóstico. Dessa forma, se torna relevante compartilhar com a população medidas de suporte básico de vida (SBV) a fim de que independentemente de onde aconteça o evento, a vítima seja atendida de forma precoce e eficaz [2]. O SBV, é compreendido por um conjunto de medidas e procedimentos técnicos que objetivam o suporte de vida da vítima até a chegada do suporte avançado. Segundo a *American Heart Association*, um SBV realizado com qualidade e que não agrave as lesões preexistentes, pode ser responsável por proporcionar até 60% de chance de sobrevivência [2]. Quando se fala em SBV, todos os cidadãos devem estar preparados para situações de emergência principal-

1 Enfermeiro(a), Residência Uniprofissional de Enfermagem em Urgência e Emergência da Associação Lenoir Vargas Ferreira (ALVF).

mente para PCR. Por esse motivo, se torna necessário a atualização principalmente dos profissionais de saúde que lidam com essas situações no seu dia a dia. Enquadram-se nesse contexto as Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA 24H) [3]. De acordo com o exposto e devido a demanda solicitada pelos profissionais de uma UPA 24H no oeste catarinense durante o período de aulas práticas dos residentes do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Urgência e Emergência da Associação Lenoir Vargas Ferreira (ALVF), identificou-se a necessidade/oportunidade de atualizar os profissionais quanto ao atendimento do SBV.

Objetivo

O trabalho tem como objetivo relatar experiência vivenciada pelos residentes a partir de uma capacitação de SBV realizada com profissionais de saúde de uma UPA 24H no oeste catarinense.

Métodos

Esse estudo trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, que expõe uma ação de educação continuada em saúde desenvolvida de forma teórica e prática, vivenciado por enfermeiros residentes do Programa de Residência Uniprofissional de Enfermagem em Urgência e Emergência da Associação Lenoir Vargas Ferreira (ALVF). Tendo em vista a qualificação realizada primeiramente com os residentes da Residência Uniprofissional em Urgência e Emergência no curso de Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (ACLS) ministrado por empresa privada com certificação da *American Heart Association*, realizado no mês de abril de 2018 no qual abrangia entre outros conteúdos o SBV. A partir disso, e devido a demanda pré-existente na unidade, se utilizou da oportunidade para disseminar conhecimento e atualização aos profissionais de saúde que lidam diariamente com situações de risco de vida cardiovascular, de modo que o conteúdo aprendido serviu como referência para estruturar as capacitações realizadas entre os meses de maio e junho ministradas pelos residentes. Participaram da capacitação trinta (30) profissionais de enfermagem de uma UPA no Oeste Catarinense. A capacitação foi desenvolvida em duas etapas:

Etapa 1

apresentação teórica sobre SBV, focando na cadeia de sobrevivência pré-hospitalar, importância, técnicas e condutas frente a uma PCR ou Parada respiratória (PR).

Etapa 2

prática realizada com auxílio de simulador para compressões torácicas e bolsa válvula máscara. A atividade proposta foi de simular no ambiente de trabalho uma situação de PCR e, portanto, estimular os participantes a realizar um atendimento semelhante a uma situação real. Os dois momentos foram ministrados de forma intercalada, devido a demanda da unidade e a necessidade de continuar com o atendimento para a população. Ademais, a capacitação ocorreu em diferentes horários devido a necessidade de abranger o maior número de profissionais e foi concluída em quatro dias em semanas diferentes compreendidas no mês de maio e junho.

Resultados e Discussão

Observou-se que a capacitação, oportunizou aos profissionais momento de educação continuada, atualização, prática, discussão de casos, além de troca de experiências, refletindo diretamente na assistência prestada a população diariamente. É válido ressaltar potencialidades referente ao interesse partido dos profissionais em buscar novos conhecimento com o propósito de qualificar o atendimento aos pacientes que buscam o serviço, oportunizando assim maiores chances de sobrevida. Todavia, uma fragilidade encontrada durante o período de capacitação foi em decorrência da necessidade de manter o atendimento ao público por se tratar de uma unidade 24 horas com alto fluxo de pacientes em todos os períodos, o que demandou que as capacitações tivessem tempo restrito de duração dificultando a explanação de uma abordagem mais complexa e avançada.

Considerações finais

Por fim, a capacitação foi proveitosa, pois, estimulou a participação dos profissionais, que estiveram todo o tempo interagindo com a equipe, esclarecendo dúvidas, atualizando práticas e se dispondo a participar das atividades propostas. Ademais os profissionais, expuseram sua satisfação com relação a didática apresentada e com o conteúdo proposto pois entendiam a necessidade de atualização da temática. Sendo assim, foi atingido o objetivo de propagar conhecimento e atualização dos profissionais, com o foco direcionado para a qualidade do atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Descritores

Parada Cardiorespiratória; Capacitação; Atualização.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Organização Pan-Americana do Brasil. Organização Mundial da Saúde. Doenças cardiovasculares. OPAS 2017. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839. Acesso em: 05 jul 2018.

2 American Heart Association - Guediline 2015. PAC http://www.pac.gov.br/infraestrutura-social-e-urbana/upa-unidade-de-pronto-atendimento

3 Tavares, Ana; Pedro, Nuno; Urbano Joaquim. Ausência de formação em suporte básico de vida pelo cidadão: um problema de saúde pública? Qual a idade certa para iniciar?. Revista Portuguesa de Saúde Pública. 2016;34(1):101–104. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpsp/v34n1/v34n1a14.pdf. Acesso em: 05 jun 2018.

GESTAÇÃO E ALIMENTAÇÃO: fatores de risco para o desenvolvimento de sindromes hipertensivas gestacionais

Autores

Simone Kappes[1];
Érica de Brito Pitilin[2],
Cláudio Claudino da Silva Filho[3]

E-mail para correspondência

sih_sjo@hotmail.com

Resumo

Introdução

O período gestacional requer uma adequação da alimentação com um aumento nutricional significativo, uma vez que a demanda pelos nutrientes vem da mulher e também do feto. A variedade e a quantidade ingeridas são modificadas e devem contemplar as necessidades energéticas do binômio sem desconsiderar o ganho de peso e os seus padrões de normalidade durante todo o ciclo gravídico[1]. Neste sentido, a nutrição aumentada está diretamente relacionada com a divisão celular e o desenvolvimento de órgãos e tecidos do feto, que por sua vez dependem dessa nutrição para se desenvolverem adequadamente. Quando a ingesta energético-nutricional é maior ou menor do que as necessidades corporais da mulher, os riscos acerca desta problemática são aumentados e podem acarretar em complicações como a restrição do crescimento do feto intrauterino, o baixo peso ao nascer, o aumento no índice de partos prematuros e cirúrgicos, pré-eclampsia (PE), diabetes gestacional (DG), entre outros[2]. Atualmente os principais fatores de risco relacionados com a alimentação durante a gestação e o desenvolvimento de Síndromes Hipertensivas Gestacionais (SHG), tratam-se das

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS);
2 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem (UNIFESP), Professora da Universidade Federal da Fronteira Sul;
3 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem (UFSC), Professor da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS).

condições demográficas e socioeconômicas desfavorais da mulher, nas quais elas detêm de pouca escolaridade e possuem menor renda familiar implicando negativamente, na sua situação nutricional e na sua saúde obstétrica[3]. Além dos fatores recentemente mencionados, a obesidade, a hipertensão crônica, o diabetes e o sedentarismo, também possuem grande influência no desenvolvimento da gestação, pois as SHG em sua maioria surgem a partir de um destes indicadores pré-existentes à concepção[4].

Objetivos

Analisar quais os principais fatores de risco relacionados à alimentação que influenciam no desenvolvimento das SHG e identificar quais as condutas de enfermagem relacionadas a esta problemática na promoção da saúde das mulheres grávidas.

Método

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, na modalidade relato de experiência, o qual utiliza como principais fontes de reflexão as observações efetuadas durante as Atividades Teórico Práticas do Curso de Graduação em Enfermagem, fundamentadas em pesquisas documentais que buscam ressaltar os fatores de risco relacionados à alimentação para o desenvolvimento de SHG e as principais condutas de enfermagem em relação a promoção da saúde destas gestantes.

Resultados e Discussão

A partir das observações e pesquisas efetuadas para o desenvolvimento do presente trabalho, percebeu-se que há alguns fatores de risco mais prevalentes entre as gestantes que desenvolvem SHG durante o seu ciclo gravídico. Entre estes fatores enquandram-se a idade materna, principalmente relacionada a gestantes com idade superior à 35 anos, havendo um comprometimento vascular mais significativo o que deixa a mulher mais sucetivel ao desenvolvimento destes distúrbios[3,4]. A etnia também apresenta relação com o desenvolvimento das SHG, pois a cor da pele negra apresenta maior dificuldade na metabolização do sódio e do cálcio pelo sistema renal, o que predispõem a hipertensão arterial e em alguns casos a sobreposição de PE. Os fatores socieconômicos e demográficos, indicam a presença de uma vulnerabilidade da mulher em relação as suas condições de vida, o que interfere na sua saúde obstétrica e implica na sua rotina cotidiana de alimentação saudável. Antecedentes pessoais e familiares de SHG, principalmente de PE, podem ser indicadores de desenvolvimentos de síndromes nas gestações atuais, pois possuem relação direta com o sistema de coagulação sanguínea. Hipertenção arterial sistêmica e Diabetes *mellitus* também são apontados como fatores de risco para SHG, principalmente do desenvolvimento subsequente dessas em relação à indivíduos que não apresentam doenças cronicas pré-existentes. O último fator de risco identificado e apontado pelos estudos apresenta o sobrepeso e o estado nutricional da mulher como agravante das condições de saúde da gestante, pois estes aumentam o risco de complicações maternas e fetais como o PE e DG, caracterizando a gestação como de alto risco e que necessita de cuidados municiosos para o seu desenvolvimento. Neste sentido, os hábitos nutricionais interferem no desenvolvimento saudável da gestação. O alto consumo de alimentos industrializados e ultraprocessados, como por exemplo o pão francês, biscoitos, refrigerantes, bebidas alcoólicas, entre outros, aumentam os riscos de hiperglicemia e o aumento da pressão arterial, favorecendo ainda mais o desenvolvimento de SHG[4]. A Enfermagem possui papel fundamental nas orientações à mulher no ciclo gravídico, para além da assistência pré-natal e das consultas compartilhadas preconizadas para um cuidado integral e humanizado. Todos os condicionantes e determinantes sociais supracitados podem ser trabalhados pelo(a) Enfermeiro(a) por intermédio de dispositivos como o Projeto Terapêutico Singular (PTS), grupos de mulheres, gestantes e/ou puérperas, bem como em atividades de Educação Permanente para toda equipe na Estratégia de Saúde da Família. A atuação interprofissional e intersetorial é imprescindível, sobretudo em gestantes com elevada vulnerabilidade socioeconômicas, visando garantir as orientações nutricionais e de atividade física.

Considerações finais

A partir das observações realizadas, foi possível perceber que há vulnerabilidades relacionadas a nutrição de gestantes e o desenvolvimento de SHG, o que indica que as mulheres necessitam de um acompanhamento de pré-natal fortalecido, no qual ela seja munida de informações e esclarecimentos sobre o seu estado de saúde, bem como um acompanhamento nutricional adequado durante toda a gravidez. Neste sentido, entende-se que a Enfermagem como profissão norteadora do cuidado, possui papel fundamental na educação em saúde destas gestantes para conscientização em relação ao seu estado energético-nutricional, uma vez que cabe a este profissional a realização das orientações e avaliações

relacionadas ao ganho de peso e alimentação durante a gestação. Neste sentido, a carência de estudos em relação a um cardápio dietético específico para o desenvolvimento de uma gestação saudável e prevenção de SHG para mulheres que apresentem vulnerabilidades para os fatores de risco mencionados, torna-se um desafio para os profissionais da saúde, principalmente na relação da oferta de possibilidades alimentares que se adequem as condições econômicas e demográficas da mulher e que permitam que esta consiga progredir com uma gestação saudável.

Descritores

Dieta Saudável; Promoção da Saúde; Saúde da Mulher; Gravidez.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Teixeira, CSS; Cabral, ACV. Avaliação nutricional de gestantes sob acompanhamento em serviços de pré-natal distintos: a região metropolitana e o ambiente rural. Rev Bras Ginec Obst, Minas Gerais, 2016; 38:27–34.

2 Oliveira, ACM; Tavares, MCM; Bezerra, AR. Insegurança alimentar em gestantes da rede pública de saúde de uma capital do nordeste brasileiro. Rev Ciênc. saúde colet., Maceió, 2017 fev, 22 (2).

3 Oliveira, ACM; Graciliano, NG. Síndrome hipertensiva da gravidez e diabetes *mellitus* gestacional em uma maternidade pública de uma capital do Nordeste brasileiro, 2013: prevalência e fatores associados. Rev Epidemiol. Serv. Saúde, Maceió, 2015 Jul-Sep, 24(3).

4 Araújo, IFM; Santos, PA; Santos, PA; Franklin, TA. Síndromes Hipertensivas E Fatores De Risco Associados À Gestação. Rev enferm UFPE *on line*, Recife, 2017 out; 11(Supl. 10):4254-62.

MÚSICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: promovendo integração entre os membros da equipe

Autores

Ana Gabrieli Sauer[1];
Jeane de Barros[2];
Graciela Soares Fonsêca[3];
Ricardo Demeneck Reinaldo[4];
Emanuelly Martins[5];
Tatiana Xirello[6]

E-mail para correspondência

ana.g.sauer@gmail.com

Resumo

Introdução

O trabalho na Estratégia Saúde da Família (ESF) necessita de integração entre os membros da equipe profissional com vistas a obter um ambiente de trabalho sadio e assim ofertar um atendimento resolutivo e humanizado aos usuários, pois uma relação interpessoal qualificada reflete no trabalho e na qualidade da assistência prestada[1]. Ao realizar atividades teórico práticas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no município de Chapecó-SC, com acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), foi possível evidenciar dificuldades de relação interpessoal entre os membros das três equipes da ESF. Nesta perspectiva, a coordenadora da UBS solicitou apoio às docentes da UFFS para a realização de uma atividade que pudesse integrar os profissionais e assim, foi sugerido a organização de uma ação integrativa de final de ano. Com o apoio da Secretaria de Saúde e dos

1 Acadêmica de enfermagem da 7ª fase na Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó. (Relator)
2 Professora Doutora do corpo docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó. (Professora Orientadora)
3 Professora Doutora do corpo docente do Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Chapecó.
4 Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.
5 Acadêmica de enfermagem da 9ª fase na Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.
6 Acadêmica de enfermagem da 9ª fase na Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

membros da equipe da ESF, iniciou-se a organização de um almoço e tarde integrativa.

Objetivos

Compartilhar a experiência de promover uma ação integrativa entre os membros de três equipes da ESF de uma UBS de Chapecó, com o intuito de promover a relação interpessoal no ambiente de trabalho.

Método

A atividade foi realizada em dezembro de 2018, em comemoração as festividades natalinas, em uma sede recreativa, próximo a UBS. O almoço foi preparado pelos próprios profissionais da ESF e após o almoço, às docentes convidaram o Grupo Musicagem, que integra ações de um programa de extensão do Curso de Enfermagem da UFFS, para cantarem músicas com letras que favorecessem a reflexão, utilizando-se de 2 violões, 1 violino e 6 vocalistas. Então, após o almoço, o Grupo Musicagem começou a cantar e os profissionais da saúde foram saindo do refeitório e foi organizado um círculo numa varanda, onde todos cantaram e participaram ativamente deste momento musical. Após, desenvolveu-se a dinâmica de interação dos bombons na caixa, numa roda, onde todos os membros receberam um chocolate e puderam compartilhar sobre as melhores vivências durante o ano. Na sequência, o grupo Musicagem voltou a cantar e entoou músicas natalinas, encerrando o encontro com o despertar de emoções, evidenciados por abraços, mãos dadas e choros.

Resultados e Discussão

Durante a tarde, os profissionais puderam se expressar livremente, sem controle de tempo, e compartilhar daquilo que foi marcante positivamente durante o ano de 2018, de modo a destacar aspectos positivos da vida e do trabalho, e deixar pra trás as questões negativas e de maior dificuldade. Todos os colegas ouviram os depoimentos, gerando momentos de reflexão, empatia, sorrisos, lágrimas, despertando afetos. A equipe estava enfrentando, ainda, um período de troca de coordenação, então, o momento da dinâmica foi otimizado e a coordenadora que estava saindo teve a oportunidade de se despedir, o que gerou emoções variadas, e a nova coordenadora se apresentou e foi recebida pela equipe. No momento em que foram cantadas músicas natalinas ficou evidente o despertar de sentimentos nos profissionais da equipe, que cantaram com o grupo e foram se abraçando entre si e em círculo, de mãos dadas, todos entoaram as músicas. Por fim, um dos profissionais médicos convidou a todos os presentes para comemorar seu aniversário, oferecendo um bolo para o grupo. Nesse momento, todos já estavam descontraídos e muito tranquilos, o que deixou a tarde ainda mais agradável. O contexto do trabalho em saúde, dentre as diversas dificuldades inerentes a ele, exige que os trabalhadores convivam, diariamente, com pessoas diferentes, com valores, comportamentos e culturas variadas. A partir de então, problemas de relacionamento, desentendimentos e intrigas acabam se tornando comuns, apesar de não desejados, exigindo dos envolvidos mudanças de posturas e atitudes que só são possíveis pela reflexão, colaboração entre os membros, troca entre os diferentes saberes, a complementaridade nas atividades e empatia[2], que pode ser alcançada em momentos informais como o que foi proporcionado aos profissionais, para que os membros da equipe se conheçam e percebam o colega para além do sujeito funcionário, numa visão integral. Portanto, por meio da música foi possível promover descontração e emoção, aspectos fundamentais para que cada membro da equipe pudesse compartilhar um pouco de si, de suas ideias, sentir os colegas próximos e assim as barreiras foram diminuindo e foi possível visualizar o grupo, mesmo tão diferente entre si, cantando as mesmas músicas em conjunto e em união, demonstrando de forma prática que todos poderiam unir suas diferenças para que atingissem um bem comum.

Considerações finais

Notou-se, ao final, que o objetivo foi alcançado por meio de momentos de descontração, de "ouvir" o outro e de cantarolar as canções em conjunto, vencendo as barreiras do relacionamento interpessoal existentes na equipe. Atividades dessa natureza são fundamentais e contribuem para desnaturalizar problemas e motivar os trabalhadores a prestar uma assistência de forma universal, integral, com equidade e resolutividade para a população, pois com tecnologia simples e de baixo custo, como a utilização da música, foi possível aproximar e integrar os membros das três equipes da Estratégia Saúde da Família.

Descritores

Equipe de Saúde; Música; Estratégia Saúde da Família; Empatia;

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Fernandes, HN; Thofehrn, MB; Porto, AR et. al. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. J. res.: fundam. care. online 2015. jan./mar. 7(1):1915-1926.

2 Peruzzo, HE; Bega, AG; Lopes, APAT et. al. Os desafios de se trabalhar em equipe na estratégia da saúde da família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, 2018: 22(4):e20170372.

O OLHAR DISCENTE FRENTE AO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Autores

João Marcos Werner[1];
Matheus Felipe Morandi Anger[2];
Tifany Colomé Leal[3]

E-mail para correspondência

joao.werner@edu.udesc.br

Resumo

Introdução

O ser humano está exposto a diversas doenças antes mesmo do seu nascimento, muitas vezes relacionadas com más formações embriológicas e doenças congênitas, mas de maneira sucinta estamos o tempo inteiro expostos tanto a agentes patológicos quanto a fatores extrínsecos, que podem ocasionar com que durante o decorrer de nossas vidas, possamos vir a adoecer. Para garantir nosso direito a saúde estipulado na Constituição Federal Brasileira, criou-se em 1990 o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), afim de assegurar esse e outros direitos a crianças e adolescentes antes de completarem a maioridade, de maneira que todo brasileiro tenha direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência[1]. A infância é um período de transformações e adaptação ao ambiente, durante esse período ocorre o desenvolvimento imunológico e motor, onde muitas crianças se machucam ou adoecem, necessitando muitas vezes de cuidados de saúde mais complexos, fazendo com que necessitem ser internadas para tratamento/reabilitação das en-

1 Acadêmico de Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmico de Enfermagem na Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem, Docente no Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

fermidades. A hospitalização infantil costuma ser traumática, por ser um momento onde a criança é retirada seu ambiente familiar e social, sendo privada de suas atividades cotidianas como brincar e estudar, passando a enfrentar a dura realidade de um hospital, que nem sempre dispõe de um ambiente agradável e acolhedor[2]. A maioria das crianças não possui discernimento para entender o motivo dos procedimentos que nela são realizados, o que pode ocasionar sentimento de insegurança, medo, ansiedade e dor, o que fez com que muitas instituições adotassem o Brinquedo Terapêutico, tanto na prática clínica quanto na assistência de enfermagem, sendo esse recurso utilizado para orientação e preparo da criança frente a situações advindas do processo de hospitalização[3]. Ciente da importância da brincadeira na vida da criança, muitos hospitais, principalmente os especializados no cuidado infantil, adotaram diversos recursos para auxiliar no tratamento dos internos, tais como brinquedoteca, utilização do brinquedo terapêutico nas unidades de internação, sala de vídeo, atividades musicais, cênicas e recreativas.

Objetivos

Relatar a vivência discente na utilização do brinquedo terapêutico e demonstrar a importância da equipe de enfermagem na aplicação e efetivação no uso dessa ferramenta.

Método

Refere-se a um relato da experiência de natureza descritiva vivenciado durante as atividades teórico práticas da Disciplina de Enfermagem no Cuidado da Criança e ao Adolescente, do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC, realizada no mês de maio de 2018, em uma unidade de internação infantil de um Hospital de pequeno porte da região oeste de Santa Catarina.

Resultados e Discussão

A infância é um período em que a brincadeira tem grande importância na vida da criança, tanto para o seu desenvolvimento motor, cognitivo quanto psicossocial, fundamental para a criação de vínculos. Durante a aulas teóricas os acadêmicos foram estimulados a pensar diversas atividades lúdicas, coletivas ou individuais, de acordo com a faixa etária e com temáticas que abordassem diversos temas como alimentação saudável, higiene, cuidados na prevenção das doenças respiratórias e prevenção de acidentes na infância, a partir desses temas os acadêmicos desenvolveram com poucos recursos jogos de memória ilustrados que podiam higienizados, figuras em madeira que podiam ser costuradas com cadarços de uso individual, canções que ensinavam a lavar as mãos, desenhos de colorir e atividades com massinha de modelar. O Hospital referência no cuidado infantil do Oeste possui uma brinquedoteca que foi financiada e mantida por uma Instituição de Ensino Superior do Oeste, onde dispõe de vários brinquedos e uma sala de convivência, onde as crianças não críticas podem brincar e interagir uma com as outras. Na unidade de internação realizamos várias atividades individuais, como jogo da memória, brincadeiras de mão e canções educativas, sendo de grande importância na criação de vinculo tanto com a criança, quando com seu acompanhante. A equipe profissional busca proporcionar um atendimento mais humanizado possível, mas em virtude ao grande número de pacientes e a rotina apurada da instituição nem sempre sobra tempo para brincar ou fazer atividades junto as crianças, sendo orientado aos pais ou responsáveis que se possível tragam brinquedo para entreter as crianças, principalmente aquelas que se encontram restritas ao leito.

Considerações finais

É de extrema importância que durante a graduação o acadêmico consiga fazer o uso do brinquedo terapêutico na prática da assistência de enfermagem, pois somente assim ele consegue entender como o brinquedo é importante na diminuição do estresse, na melhora do humor, na criação de vinculo junto a família e na organização de um ambiente de trabalho mais harmonioso, principalmente nesse período onde as crianças se encontram fragilizadas e vulneráveis, assim o brinquedo terapêutico, atividades lúdicas ou brincadeiras em grupos tornam a hospitalização mais humanizada e menos traumática. Esse olhar discente permite que no futuro ele consiga organizar recursos humanos, estruturais e materiais para operacionalizar o atendimento com o brinquedo terapêutico, bem como no cuidado de higiene entre os brinquedos, afim de não ocasionar infecção cruzada. Considera-se ainda a possibilidade empreendedora que os profissionais da enfermagem podem adentrar, na criação e desenvolvimento de novos brinquedos e dispositivos personalizados que podem ser adotados na assistência hospitalar infantil.

Descritores

Enfermagem Pediátrica, Jogos e Brinquedos e Hospitalização.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Estatuto da criança e do adolescente. Lei 8.069/90. Coordenação de Edições Técnicas. Brasilia; 2017.

2 Oliveira SR, Almeida AN. As expressões lúdicas como terapêutica na hospitalização: revisão integrativa. Revista Eletrônica Gestão & Saúde. 2016; 7(1):356-68.

3 Veiga, MAB; Souza, MC; Pereira, RS. Enfermagem e o brinquedo terapêutico: vantagens do uso e dificuldades. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde, Salvador, 2016 jun; 3(3), 60-6.

A PREVENÇÃO DE ACIDENTE NA INFÂNCIA: uma prática assistencial à luz da teoria de dorothea orem: relato de experiência

Autores

Leticia Loureiro Nunes[1];
SARA Lindner[2],
Karen Cristina Kades Andrigue[3],
Samuel Spiegelberg Zuge[4],
Lisiane Rosa[5]

E-mail para correspondência

karenandrigue@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Acidentes na infância são um grande problema na saúde pública mundial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), mais de 950.000 crianças e adolescentes morrem anualmente devido a acidentes que poderiam ser evitados[1]. Além do óbitos, milhões de vítimas demandam atendimento por ferimentos não fatais, que resultam em lesões permanentes e imensuráveis repercussões sociais, econômicas e emocionais para as crianças, famílias e a sociedade[1]. Em definição, os acidentes na infância são considerados quaisquer tipos de lesões físicas que sejam relatados pelos responsáveis, os quais podem ocorrer também no meio social da criança e do adolescente[2]. Embora o termo acidente tenha uma conotação de imprevisibilidade, levando a crer que ele seja incontrolável ou não prevê nível, os eventos mencionados acima podem ser caracterizados quanto à causa, origem e determinantes epidemiológicos, portanto, eles podem ser evitados e controlados[1] Os

1 Acadêmico de Enfermagem, Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

2 Acadêmico de Enfermagem, Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

3 Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

4 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

5 Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde, docente do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – Unochapecó.

principais fatores determinantes relacionados ao acidente na infância são baixo nível socioeconômico, brigas familiares, condições de moradia, agressividade, hiperatividade, supervisão inadequada, impulsividade levam a ocorrência de acidentes[2]. Estando relacionados também às características individuais de cada criança, a idade, estágio de desenvolvimento, sexo, condições de desigualdade, vulnerabilidade e nível educacional[2]. Algumas medidas para o controle de acidentes podem incluir um conjunto de estratégias, voltada ao contexto habitual, atividades educacionais, para tentar reduzir a gravidade das lesões e diminuir os danos causados pelos acidentes. Em sentido ao exposto, emerge a Enfermagem, à qual se destaca na prevenção desse tipo de acidentes por estarem comumente envolvidos nos cuidados diretos aos indivíduos e às famílias[3]. Desta forma, como estudantes de graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ, nos aproximamos do cuidado à criança e ao adolescente e assim emergiu o interesse pela temática.

Objetivo

Relatar à experiência da promoção à saúde em uma organização não governamental, com vistas à prevenção de acidentes na infância à luz da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

Metodologia

Relato de experiência de Prática Assistencial (PA), realizado na nona fase do curso de graduação em Enfermagem no componente Curricular Núcleo 17: Estágio Curricular Supervisionado II. O local escolhido para a PA foi uma Organização Não Governamental (ONG), a qual atualmente atende 150 crianças e adolescentes e dispões de 13 colaboradores. Os participantes da PA foram as crianças e adolescentes na faixa etária entre 6 e 15 anos cadastrados no programa. Para a realização das atividades, foi assegurado o respeito e a proteção dos participantes envolvidos, bem como esclarecido a natureza da prática, seus objetivos e métodos. Uma das metodologias utilizada para a abordagens da temática, foram as Roda de Conversa as quais foram registradas em diários de campo. Como dispositivos de construção dialógica, as Rodas de Conversa consistem em um método de participação coletiva de debate acerca de determinada temática em que é possível dialogar com os sujeitos, que se expressam e escutam seus pares e a si mesmos por meio do exercício reflexivo[4]. Um dos seus objetivos é de socializar saberes e implementar a troca de experiências, de conversas, de divulgação e de conhecimentos entre os envolvidos, na perspectiva de construir e reconstruir novos conhecimentos sobre a temática proposta[4]. Também foram utilizadas atividades lúdicas como brincadeiras, pinturas e criação de murais. A presente PA foi embasada na Teoria do Autocuidado descrita por Dorothea Orem.

Resultados e Discussão

O autocuidado é o desempenho ou práticas de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar [5]. Quando o autocuidado é efetivamente realizado, ajuda a manter a integridade estrutural e o funcionamento humano[5], neste sentido as ações sempre tiveram o enfoque na capacidade do sujeito de autocuidar-se. Inicialmente a inserção ao cenário de prática fortaleceu o aprendizado pela aproximação a prática profissional e pelo contato com o contexto de saúde da população, fortalecendo a formação critico reflexiva. Contudo, a relevância da atividade enfocou-se na capacidade de estimular nos sujeitos a habilidade de prevenção aos acidentes na infância. Os relatos dos pais e crianças apontaram que os acidentes especialmente domésticos são muito comuns, sendo os mais frequentes as quedas e queimaduras. No entanto os mesmos relataram a exposição aos riscos de afogamento, envenenamento e choque elétrico. Durante a prática, o envolvimento por parte dos participantes foi muito positivo bem como sua proatividade. Neste sentido, a avaliação que realizava-se ao término das atividades demonstrou-se extremamente positiva. A observação do espaço permitiu ainda, que se percebe-se o aumento da utilização o da rampa e a redução das quedas.

Considerações finais

A imersão ao cenário da PA contribuiu para qualificação do processo de formação profissional. Bem como demostrou a importância da relação com os participantes, pois sempre preservou-se o protagonismo destes enquanto sujeitos aptos a engajar-se em suas ações de autocuidado. As ações educativas promovidas pela enfermagem às crianças e adolescentes buscaram desenvolver o pensamento crítico, identificando os fatores de riscos para acidentes, visando desenvolver o autocuidado em saúde e diminuindo o número de acidentes no ambiente das crianças e adolescentes, inclusive acredita-se na capacidade destes enquanto multiplicadores dos saberes construídos.

Descritores

Infância; Acidentes; Enfermagem; Prevenção.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 World Health Organization, United Nation Children's Fund. World report on child injury prevention. Geneva: WHO; 2008.

2 Barcelos, RS.; Santos, IS.; Matijasevich, A.; Barros, AJ.; Barros, F C.; França, GV A.; Silva, V L SD. (2017). Acidentes por quedas, cortes e queimaduras em crianças de 0-4 anos: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. Cadernos de Saúde Pública, 33(2).

3 Gurgel, AKC.; Monteiro, AI. (2016). Prevenção de acidentes domésticos infantis: susceptibilidade percebida pelas cuidadoras Domestic accident prevention for children: perceived susceptibility by the caregivers. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, 8(4), 5126-5135.

4 Moura, AF.; & Lima, MG. (2014). A Reinvenção da Roda: Roda de Conversa, um instrumento metodológico possível. Revista Temas em Educação, 23(1), 95-103.

5 George, J. (2000). Teorias de enfermagem: os fundamentos para à prática profissional. Porto Alegre: Artmed.

PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO E CAPACITAÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autores

Alana Camila Schneider[1]
Grasiele Fatima Busnello[1];
Bruna Teston[2];
Laura Caroline de Freitas Bard[3];
Tainá Vendruscolo[4]

E-mail para correspondência

alanacamilaschneider@gmail.com

Resumo

Introdução

O Estágio Curricular Supervisionado (ECSII) cursado durante a 10ª fase do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) consiste em um instrumento que busca a integração entre a instituição de ensino, o campo de trabalho e o acadêmico que está em fase de preparação para entrar no mercado de trabalho, abrangendo atividades de gestão e gerenciamento, assistenciais, educativas e de pesquisa1. Dentre as atividades avaliativas do ECSII, o projeto de intervenção é uma das práticas de ensino que articulam necessidades encontradas no serviço de saúde a fim de possibilitar a realização de uma intervenção que possibilite melhorias ou adequações aos serviços de saúde. Neste direcionamento observou-se algumas necessidades de cunho assistencial em um Centro de Saúde da Família (CSF), o qual foi campo do referido estágio. Tais necessidades observadas foram

1 Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.
2 Enfermeira. Egressa da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira Trainee do Hospital Unimed Chapecó.
4 Enfermeira na empresa Unitá Cooperativa Central.

apresentadas para a enfermeira coordenadora, e propuseram-se possíveis soluções para contornar os aspectos observados. Com isso, as intervenções foram planejadas com o propósito de auxiliar na melhoria da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde. A proposta surgiu mediante uma necessidade de padronização de procedimentos técnicos os quais dificultam a assistência de enfermagem justificada pela grande rotatividade de profissionais. Assim, foram construídos Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) e realizaram-se capacitações para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem acerca destes procedimentos que são realizados no cotidiano do CSF. Ressalta-se que no decorrer das práticas realizadas na unidade de saúde, observou-se dificuldades na leitura e consequentemente na aplicação prática dos POPS, devido ao grande número de informações contidas nos documentos. Objetivo: Relatar a experiência sobre a construção de Procedimentos Operacionais Padrão e capacitação de equipe de enfermagem na Estratégia Saúde da Família (ESF). Método: Trata-se de um estudo descritivo tipo relato de experiência, elaborado no contexto da disciplina ECS II do curso de Graduação em Enfermagem da UDESC. O estágio foi realizado em um CSF do município de Chapecó - SC, durante os semestres 2018/1 e 2018/2. No primeiro semestre do referido ano foram construídos 15 POPs para padronização das rotinas de enfermagem do CSF e no segundo semestre do mesmo ano foram capacitados todos os profissionais da equipe de enfermagem que atuam no modelo assistencial de ESF. Resultados e Discussão: Os POPs são documentos imprescindíveis e confiáveis para que uma informação de suma importância chegue ao executor com qualidade, eficiência e eficácia, facilitando e contribuindo para fins devidos2. Dessa forma, a construção dos POPs decorreu da atividade de intervenção proposta para a realização do ECSII. Foram elaborados 15 POPs para o CSF: realização de técnica de curativo; administração de medicação por via endovenosa; administração de medicação por via intramuscular; administração de medicação por via intradérmica; administração de medicação por via subcutânea; administração de medicação por via sublingual; realização de técnica de curativo; retirada de pontos; verificação de glicemia capilar; verificação de pressão arterial; verificação de medidas antropométricas; oxigenoterapia por cateter; sondagem nasogástrica; sondagem nasoentérica; sondagem vesical de alívio e sondagem vesical de demora. Padronizar procedimentos é uma técnica de gerenciamento atual e tem sido muito utilizada pela enfermagem. Sua utilização traz resultados que afirmam que é uma ferramenta inovadora e eficiente por apoiar a tomada de decisão do enfermeiro, permitir a correção de não conformidades, fazer com que os profissionais realizem um cuidado padronizado para o paciente e contribuir para reduzir as inconformidades adquiridas. Aderir a protocolos pode possibilitar uma grande satisfação tanto para a equipe de enfermagem quanto para o paciente, pois traz mais segurança ao realizar procedimentos e assim, uma segurança maior para o paciente2. A capacitação da equipe de enfermagem foi fundamental para qualificar a assistência prestada por estes profissionais. A equipe de enfermagem, mais especificamente o enfermeiro, está diretamente relacionada às atividades de educação, seja em relação ao usuário/família/comunidade, com ações de educação em saúde; seja com a equipe de trabalho, com ações de educação permanente em saúde3. Com isso em vista, evidencia-se que para realizar um trabalho de qualidade, os conhecimentos técnico-científicos devem estar em constante atualização e aprimoramento. Os POP's foram desenvolvidos após consultas em diversas bibliografias e além disso, levando em consideração as especificidades e instrumentos/materiais disponíveis na Unidade. Um desafio encontrado foi aliar o que havia na literatura com a realidade vivenciada. A capacitação consistiu em apropriação dos procedimentos descritos e de treinamentos em laboratório para revisão das práticas e técnicas; também se construiu um roteiro para a capacitação. As atividades de capacitação foram elaboradas de maneira produtiva e integrativa, proporcionando a equipe interação durante o processo. Conforme o planejamento realizado, a atividade ocorreu de maneira lúdica e descontraída, com o uso de protótipos, materiais e vídeos, todos puderam participar e realizar os procedimentos. A atividade foi realizada durante duas reuniões de equipe geral do CSF. Considerações finais: Ao final da intervenção realizada, percebeu-se um bom aproveitamento por parte da equipe de enfermagem, a qual passou a realizar a assistência focada nos POPs. No decorrer do processo, houve discussões, debates e alguns desafios acerca dos assuntos expostos, o que engrandeceu a capacitação. Destes, nota-se também a importância de inovar e trazer novas práticas para a demonstração de procedimentos e capacitações, de forma que traga ao momento melhor aproveitamento e participação, tendo produtividade e garantindo uma atualização conforme o planejado. Cabe destacar que a secretaria de saúde deste município demonstrou interesse em utilizar estes POPs para padronização nos demais CSF. Entende-se que essa intervenção beneficiou tanto os profissionais de enfermagem quanto os usuários do

serviço de saúde, proporcionando mais segurança e eficiência durante os atendimentos.

Descritores

Equipe de enfermagem; Assistência de enfermagem; Capacitação em serviço.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Marran, AL; Lima, PG; Bagnato, MHS. As políticas educacionais e o estágio curricular supervisionado no curso de graduação em enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, [s.l], 2015; 13(1):89-108.

2 Sales, CB et al. Protocolos Operacionais Padrão na prática profissional da enfermagem: utilização, fragilidades e potencialidades. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2018 jan./fev; 71(1):138-46.

3 Weykamp, JM et al. Educação Permanente Em Saúde na Atenção Básica: percepção dos profissionais de enfermagem. **Rev Enferm Ufsm**, Santa Maria, 2016 jun.; 2(6):281-289.

OS LEGADOS DO VER-SUS OESTE CATARINENSE: SEMEANDO A CAPILARIDADE DA FORMAÇÃO PARA O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR DE CHAPECÓ-SC

Autores

Jean Melotti[1];
Ana Carolina Bauermann[2];
Eduarda Vaz Oliveira[3];
Willian Lorentz[4];
Cláudio Claudino Silva Filho[5]

E-mail para correspondência

jeeanmelotti@gmail.com

Resumo

Introdução

O processo de formação dos profissionais em saúde, tradicionalmente, tem pautado-se no modelo bancário cartesiano. Nesse sistema formativo, muitas vezes o conhecimento é transpassado de forma fragmentada, na busca de eficiência técnica[1]. Esse cenário, é capaz de estabelecer campos de estudos especializados, mas na contramão, distantes da realidade política e social com a qual essas pesquisas se encontram. Dessa forma, evidencia-se as necessidades de mudança no itinerário formativo em saúde com perspectiva para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), que tomou maior visibilidade após a Reforma Sanitária, com a conquista da saúde como direito perante a Constituição Federal de 1988. Esse movimento marcou-se pela participação dos movimentos sociais, profissionais da saúde, e a sociedade civil

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
2 Farmacêutica, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ)
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
4 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)
5 Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

que organizaram-se em prol da redemocratização do Estado[2]. Nesse contexto, a consolidação do SUS depende de fatores nas dimensões micro e macropolíticas, que perpassam pela formação de profissionais para atuarem no SUS, com competências técnicas e de maneira que condiga com as suas diretrizes e sua orientação social e política. Nesse ínterim, nascem estratégias de reorientação da formação dos profissionais de saúde, em uma tentativa de garantir uma formação dirigida para esse sistema. Como exemplo destas políticas indutoras, inclui-se o Programa de Extensão intitulado "Os legados do VER-SUS Oeste Catarinense: semeando a capilaridade da formação para o Sistema Único de Saúde nas Instituições de Ensino Superior de Chapecó-SC", que busca proporcionar aos estudantes universitários a reflexão sobre o seu papel social enquanto cidadãos e expandir essa responsabilidade para a sua futura profissão, procurando dessa forma, valorizar as ações coletivas e a prática extensionista para o desenvolvimento adequado da sua realidade social.

Objetivos

O objetivo geral do Programa de Extensão em questão, é construir espaços formativos dialógicos de mobilização estudantil e educação interprofissional e transdisciplinar a partir dos cursos de graduação em saúde dos estudantes que participaram do VER-SUS Oeste Catarinense em suas cinco edições, buscando assim, semear no processo formativo em saúde possibilidades de diálogo que inspirem-se na lógica do VER-SUS como dispositivo transformador da formação e instigador de agentes para a revolução do SUS.

Método

Trata-se de uma continuidade do Programa de Extensão intitulado "Formação para o Sistema Único de Saúde - SUS: Construção e Fortalecimento da Integração Ensino-Serviço-Comunidade no Oeste Catarinense" sobretudo do projeto "Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde no Oeste Catarinense (VER-SUS Oeste Catarinense): instigando o compromisso ético-político-humanístico de profissionais de saúde em formação com o SUS", contemplados no Edital Nº 804/UFFS/2014. As principais ações serão rodas de conversa nas três universidades em Chapecó, com objetivo de discutir temas de interesse dos/as estudantes; propor debates com os/as docentes das três universidades para cogitar iniciativas curriculares de extensão que perpetuem os debates que foram iniciados no VER-SUS e integrem os diferentes cursos da área da saúde e de outras áreas, instigando a educação interprofissional e a transdisciplinaridade; e fortalecimento de coletivos estudantis. O público alvo serão estudantes das três maiores instituições de ensino superior do oeste catarinense: UFFS, UDESC/CEO e UNOCHAPECÓ, envolvendo aproximadamente dez a quinze estudantes por encontro em um total de oito encontros durantes os meses de vigência do programa. As atividades desenvolver-se-ão nas dependências das três universidades, em salas a serem reservadas previamente. Assim, serão quatro encontros internos de planejamento e quatro ampliados ao debate, cada um com duração aproximada de duas horas. A avaliação será dialógica, envolvendo todos/as que participaram, mediante perguntas disparadoras sobre a metodologia usada, temas abordados, e sobre a participação dos/as presentes. Dentre os temas dessas rodas, para a segunda ação proposta, serão convidados/as professores/as, coordenadores/as de curso, integrantes da gestão universitária e dos NDE (Núcleos Docentes Estruturantes) para debater sobre a curricularização da extensão nas matrizes curriculares dos cursos envolvidos. Além disso, para a terceira ação, haverá integração com a Liga Acadêmica de Saúde Coletiva, além de tentativas de fortalecimento de outras ligas e iniciativas de mobilização estudantil nas três universidades. Além da proposta das rodas de conversas, propõem-se uma oficina de produção fotográfica para os estudantes, no intuito de estimular o olhar para o cotidiano universitário. Essas oficinas acontecerão em dois momentos: primeiro uma roda de conversa sobre como produzir as fotografias e em segundo momento, a oficina será direcionada para o tema específico do projeto, que são os movimentos sociais. Ao final do projeto, será realizada uma mostra fotográfica no Campus Chapecó, para exposição destes registros, que se efetivará como um evento de culminância do referido projeto de extensão.

Resultados e Discussão

Dos resultados esperados, incluem-se o fortalecimento dos debates acerca da curricularização da extensão, atualmente fomentados pelo Ministério da Educação (MEC), Ministério da Saúde (MS), UFFS e demais instâncias formativas nacionais; incremento na mobilização estudantil em relação ao aperfeiçoamento de sua própria formação; fortalecimento teórico-conceitual-epistêmico nos debates estudantis e nas reivindicações por qualificação na formação em saúde, alinhando os debates com as principais correntes e perspectivas nacionais e internacionais no

que cerne às metodologias ativas de ensino aprendizagem; fortalecer ligas acadêmicas e demais espaços estudantis de participação ativa nas universidades; estimular a ampliação de horizontes de atuação dos movimentos estudantis para além dos muros das universidades, fomentando sua inserção em conselhos locais e municipais de saúde.

Considerações finais

Conclui-se portanto que, o Programa terá uma grande relevância enquanto política indutora no que cerne ao itinerário formativo de profissionais de saúde, para que formem-se comprometidos com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Fortalecerá movimentos estudantis, como ligas acadêmicas, e outros coletivos mobilizados por justiça social.

Descritores

Educação em Saúde; Sistema Único de Saúde; Movimento Estudantil.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Financiamento

Edital Nº 1098/2017/UFFS/GR/PROEC/DPEX de maio de 2018 a Julho de 2019.

Referências

1 Braid, LMC; Machado, MFAS; Aranha, AC. Estado da arte das pesquisas sobre currículo em cursos de formação de profissionais da área da saúde: um levantamento a partir de artigos publicados entre 2005 e 2011. Interface - Comunc., Saude, Educ., 2016; 16(42):679-92.

2 Souto, LRF; Oliveira, MHB. Movimento da reforma sanitária brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Rev Saúde em Debate, 2017, 40(108): 204-218.

TRABALHO INTER SETORIAL E A PROMOÇÃO DO CUIDADO RELACIONADO AS ZOONOSES: relato de experiencia

Autores

Vanesa Nalin Vanassi[1];
Lucimare Ferraz[2];
Lenita de Cassia Moura Stefani[3];
Mônica Ludwig Weber[4];
Adriane Karal[5];
Tavana Liege Nagel Lorenzon[6]

E-mail para correspondência

vanesanalin@hotmail.com

Resumo

Introdução

Atualmente o trabalho no campo cada vez é mais exaustivo e demanda de maiores cuidados. Este desenvolvimento agrícola traz consigo a preocupação com os acidentes de trabalho e as doenças ocupacionais. Independentemente do local, o meio agrícola pode oferecer riscos ao trabalhador e afetar, mesmo que de forma temporária, suas atividades ou causar ainda danos irreparáveis. Os fatores de risco presentes e a forma com que os trabalhos laborais são realizados demonstra a forma de cuidados e as demandas em saúde necessárias para promoção do autocuidado dos trabalhadores rurais[1]. A atividade possui destaque pela exposição direta aos riscos ocupacionais pelo contato diário com animais e especialmente por se tratar em sua maioria de propriedades pequenas e por esse fato as famílias produzirem os derivados para seu consumo próprio[2]. As zoonoses de maior prevalência no campo são a Brucelose e a Tuberculose (TB), ambas são transmitidas através do manejo e por meio do consumo de derivados animais, ne-

1 Enfermeira, Mestranda do MEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Enfermeira, mestranda do MEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Enfermeira, mestranda do MEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Enfermeira, mestranda do MEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

cessitam de cuidados relacionados ao manejo correto com os animais e com alimentos[2]. Deste modo, a atuação conjunta dos diversos órgãos promotores de saúde pressupõe maiores orientações e troca de conhecimentos acerca da exposição as zoonoses presentes no meio rural. Para que isso seja possível, torna-se fundamental orientar os trabalhadores rurais acerca dos riscos aos quais estão expostos diariamente em seu trabalho.

Objetivo

descrever a experiência de trabalho inter setorial e multiprofissional para promoção do cuidado as zoonoses Brucelose e TB e a saúde humana.

Método

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da realização de uma capacitação promovida pela Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à saúde Chapecó-SC, em parceria com Secretaria de Saúde, CEREST e EPAGRI, no mês de fevereiro de 2019. Participaram aproximadamente 40 trabalhadores rurais que atuam na atividade leiteira, convidados aleatoriamente com duração de três horas. Inicialmente foi realizado contato via e-mail e telefone entre as instituições para discussão e planejamento da capacitação. Num segundo momento foi realizada a capacitação por meio da exposição de materiais através de recursos audiovisuais e matérias informativos impressos. Para embasamento teórico foram utilizados referenciais nacionais e internacionais, além dos Protocolos Estaduais de Saúde e Sanitários.

Resultados e discussões

A partir das discussões foi possível identificar a importância do trabalho conjunto entre a saúde e os órgãos sanitários principalmente. Para tornar isso possível é necessário definir um perfil básico dos trabalhadores rurais, permitindo assim maior conhecimento da população atingida e identificando o grau de informação necessário. Isso é possível perceber-se que atualmente o trabalho nas propriedades e efetuado na maioria das vezes pelos pais, pois, os filhos em sua maioria deixam o campo para buscar novos anseios e conhecimentos fora das propriedades. Há grande procura por orientações é intensa no setor rural, os trabalhadores geralmente possuem escolaridade baixa, o que dificulta o acesso aos meios de informação. Ao mesmo tempo o aumento dos casos de zoonoses, em especial a Brucelose e TB nos municípios pertencentes a região oeste de Santa Catarina, faz com que os diversos órgãos de saúde, agrícolas e sanitários unam-se para formular estratégias e planos de ação para redução dos fatores de risco. As zoonoses estão relacionadas principalmente com o manejo e atividade laboral a qual o trabalhador está exposto em seu dia-a-dia de trabalho, a forma com que o processo de trabalho é realizado, a utilização de meios de proteção, a observação da sanidade animal, são alguns dos fatores principais para identificação e prevenção de riscos de contrair a Brucelose e/ou a TB[3]. Na maioria das vezes os próprios trabalhadores desconhecem os fatores de riscos aos quais se expõe, e mais importante, não relacionam as doenças animais e a saúde humana, negligenciando sua saúde. Isso tornou-se evidente na capacitação, quando os profissionais observam o as reações de dúvida dos participantes quando exposta a relação zoonoses e a saúde animal. Deste modo, a realização de capacitações direcionadas aos trabalhadores rurais permite maior aproximação entre o conhecimento popular e científico para melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e a redução de danos. A utilização de tecnologias educativas como as capacitações para a promoção do autocuidado, geram maior absorção de conhecimento e facilitam sua implementação no dia-a-dia de trabalho[4]. A maneira com que se trabalha as ações em saúde é ideal para a criação de vínculos que surgem durante as próprias atividades. A saúde ocupacional é uma importante estratégia utilizada para garantir a saúde dos trabalhadores e contribuir para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho[5]. Essa aproximação se torna um caminho para promover o autocuidado no trabalho, disseminando conhecimento.

Considerações finais

A partir do exposto é possível identificar a necessidade de capacitações e do trabalho inter setorial e multiprofissional para promover melhorias nas ações de promoção e prevenção de saúde do trabalhador rural. Trabalhador este que muitas vezes enfrenta dificuldade de acesso e/ou conhecimento mínimo sobre os riscos aos quais está exposto, levando em consideração somente os fatores econômicos associados.

Descritores

Trabalho; Zoonoses; Autocuidado.

Eixo temático

Formação, práticas de ensino, educação em saúde.

Referências

1 Cangussu, L O e Michaloski, A O. **Levantamento dos riscos ambientais na pecuária leiteira no Brasil**. Revista Espacios. 2015; 36(09). Disponível em: http://www.revistaespacios.com/a15v36n09/15360915.html Acesso em: 20 de jan. De 2018.1

2 Neves B M C. Caracterização produtiva e aspectos sanitários relacionados à bovinocultura em Santa Catarina. Dissertação de Mestrado em Saúde Animal, Faculdade de Agronomia e Medicina Veterinária, Universidade de Brasília, Brasília, DF. 28p. 2014. Disponível em: http://www.repositorio.unb.br/bitstream/10482/16584/1/2014_bidiahmarianodacostaneves.pdf. Acesso em: 23 de mar de 2018

3 Grissotti, M. Governança em saúde global no contexto das doenças infecciosas emergentes. *Civitas*, Porto Alegre, 2016; 16(3):377-398.

4 Almeida, A. M. S. Vivendo uma nova era: a tecnologia e o homem, ambos integrantes de uma sociedade que progride rumo ao desenvolvimento, 2014. Disponível em: http://www.seduc.mt.gov.br/Paginas/Vivendo-uma-nova-era-a-tecnologia-e-o-homem,-ambos-integrantes-de-uma-sociedade-que-progride-rumo-ao-desenvolvimento. Aspx. Acesso em: 27 fev. 2019.

5 Rodrigues D. A; Sampaio T. B; Machado Leça A. C. M. M; Almeida M. A; Macêdo I. S. V; Mota C. A. X. Práticas educativas em saúde**:** o lúdico ensinando saúde para a vida. Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança – Jun. 2015;13(1):84-89.

RESUMOS EXPANDIDOS

Eixo 3: Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa

PRECEPTORIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: um estudo bibliométrico

Autores

Juliana Andréia Duarte Araújo[1];
Jacqueline Hermes[2];
Carine Vendruscolo Vendruscolo[3];
Edlamar Kátia Adamy[44]

E-mail para correspondência

ju_duartte@hotmail.com

Resumo

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), além de ser uma das politicas prioritárias do Ministério da Saúde (MS) na concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e principal porta de entrada do usuário nesse Sistema, é também um rico cenário de aprendizagem a todos os estudantes da área da saúde, imprescindível à formação profissional voltada para a realidade e necessidades da população[1]. O profissional que recebe e acompanha os estudantes da área da saúde, seja em nível de graduação ou pós graduação, é denominado preceptor. O preceptor atua dentro do ambiente de trabalho e de formação, estritamente na área e no momento da prática clínica, podendo estar vinculado a Instituição de Ensino Superior (IES) ou não, sendo que sua ação ocorre por um curto período de tempo, o qual tem a função primordial de contribuir para o desenvolvimento de habilidades clínicas e avaliação do profissional em formação[2]. A Política Nacional de Educação Permanente (PNEPS), criada no ano de 2004 e revisada

1 Enfermeira, Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa catarina, Udesc Oeste;

2 Enfermeira, Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa catarina, Udesc Oeste;

3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa catarina, Udesc Oeste;

4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa catarina, Udesc Oeste.

no ano de 2007, também é grande influenciadora da atividade de preceptoria, através do incentivo a integração ensino-serviço[3].

Objetivos

Analisar, quantitativamente, os estudos publicados sobre a atividade de preceptoria na APS entre os anos de 2007 a 2018.

Método

Realizado estudo bibliométrico, no mês de dezembro de 2018, junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir dos descritores: "Preceptoria" e "Atenção Primária à Saúde". Os critérios de inclusão para a busca foram: artigos científicos disponíveis na integra, nos idiomas inglês, português e espanhol, que atendessem ao período e abordassem ao propósito do estudo. Constituíram critérios de exclusão: estudos que não estavam de acordo com o objetivo da pesquisa; cartas; resenhas; editoriais; estudos secundários; publicações do tipo: livros, capítulos de livros, publicações de autoria governamental, boletins informativos, monografias, trabalhos de conclusão de curso, teses, dissertações, resumos, trabalhos oriundos de eventos, estudos que não estão disponibilizados online no formato completo para análise e estudos duplicados. O período de recorte temporal da pesquisa foi do ano de 2007, data da publicação da Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que orienta a Política Nacional de Educação Permanente, grande influenciadora da atividade de preceptoria no Brasil, até 2018. Uma primeira busca nas bases de dados da BVS resultou em 208 estudos. Em seguida foi aplicado o primeiro refinamento, utilizando os critérios de inclusão e exclusão, bem como, foi realizada a leitura flutuante dos estudos encontrados, ou seja, leitura do título e resumo, resultando em 19 artigos. Estes foram lidos na íntegra, com o objetivo de realizar o segundo refinamento. Nesta etapa, dois estudos estavam fora do tema, os quais foram excluídos, e 17 foram selecionados para a análise.

Resultados e Discussão

Os estudos encontrados, na sua maioria, são do ano 2017, quatro no total, seguido do ano de 2016 com três e os anos de 2009, 2010, 2011, 2015 e 2018 apresentaram dois estudos em cada ano. As principais revistas científicas que publicaram sobre essa temática foram a Revista Brasileira de Educação Médica, com cinco publicações, e a Revista Abeno, com duas. Os estudos são, na maioria, nacionais, sendo quatro internacionais, três da Europa e um da América do Norte. Entre os nacionais, chama a atenção que seis estudos foram realizados no estado do Rio de Janeiro, seguidos de dois do Rio Grande do Sul, e os demais distribuídos em diversos estados brasileiros. Em relação às profissões às quais a preceptoria estava implicada nos estudos: nove são da medicina, dois da odontologia, um estudo multiprofissional e cinco estudos oriundos da enfermagem, evidenciando a prevalência de estudos sobre preceptoria na área médica, seguida pela enfermagem. De modo geral, os estudos abordam a atividade de preceptoria no contexto da APS, sob a perspectiva de alunos, professores, gestores e preceptores sobre a temática. Como desafios da preceptoria estão a qualificação do preceptor para a função de ensino, a sobrecarga de trabalho do profissional preceptor que atua na assistência e oferece esse suporte ao ensino, a delimitação das ações do preceptor e o distanciamento entre a universidade e o serviço. Acredita-se que a formação, quando acontece nos cenários das práticas, ou seja, nos serviços de saúde ou na própria comunidade, é mais efetiva, refletindo em uma formação de profissionais da saúde voltada as necessidades da população e, inclusive, no processo de educação permanente dos profissionais que atuam nesses serviços4. Considerações finais: a pesquisa aponta para a necessidade de maior investigação científica, sobretudo em relação a influência da preceptoria na integração ensino-serviço, importante estratégia para a reorientação da formação para o SUS. Especificamente, em relação à enfermagem, além das poucas publicações relacionadas à área, são vários os desafios na preceptoria, principalmente no que diz respeito as competências que o enfermeiro precisa desenvolver para exercer essa atividade. Dentre elas, destaca-se a capacitação para desempenhar essa função e o reconhecimento da importância, por parte da universidade, sobre essa atividade. Já no campo da pesquisa, recomenda-se uma maior investigação sobre a temática, visto que em outras áreas da saúde como na medicina, existe uma atenção maior frente a atividade de preceptor.

Descritores

Atenção Primária em Saúde; Preceptoria; Ensino.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 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). Brasília: Diário Oficial da União, Brasília, DF, 21 set 2017.

2 Botti, SHO; Rego, S. Preceptor, Supervisor, Tutor e Mentor: Quais são Seus Papéis? Rev. Bras. Edu. Médica, Rio de Janeiro, 2007, 32(3):363-73.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.996, 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, DF, 22 ago 2007.

4 Vendruscolo, C; Prado, ML; Kleba, ME. Integração Ensino-Serviço no âmbito do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2016, set; 21(9): 2949-60.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DIARREIA AGUDA NOS MUNICÍPIOS DA REGIONAL DE SAÚDE DO OESTE E CONTRIBUIÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Autores

Renata Gobetti Borges[1];
Mateus Dallagnol[1];
Milena Lorenzini[1];
Victoria Hertz[1];
Arnildo Korb[2]

E-mail para correspondência

renataborges37@gmail.com

Resumo

Introdução

Segundo a Diretoria de Vigilância Epidemiológica "diarreia aguda é uma doença caracterizada pela eliminação de fezes líquidas, com ou sem muco ou sangue, que duram por no máximo duas semanas, provocadas na maioria das vezes por agentes infecciosos, bactéria ou vírus, que levam a exagerada perda de líquido e eletrólitos"[1]. As principais causas de transmissão de diarreia aguda infecciosa (DAI) ocorrem devido a falta de saneamento básico e de bons hábitos de higiene, fatores estes diretamente relacionados com as condições socioeconômicas. Segundo o Bem Estar "no Brasil, 80% dos casos de diarreia ocorrem por água contaminada" [2], além disso habitações sem água corrente, consumo de alimentos contaminados, falta de higiene das mãos, são situações que predispõem ao contato com o patógeno. A população mais atingida por DAI é o público infantil que possui menor imunidade, como também está mais exposta aos organismos infecciosos durante suas brincadeiras e atividades. Normalmente, a diarreia é uma afecção benigna e autolimitada, e as crianças costumam apresentar de três a cinco episódios por ano sem que isso gere

1 Acadêmica(o) de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Biólogo, Doutor, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

sequelas ou complicações. Os piores quadros ocorrem quando há demora na procura de ajuda médica, em que a criança pode ter desidratação e desnutrição grave, podendo ir a óbito. A principal conduta terapêutica consiste na reposição de líquidos e eletrólitos, por meio de reidratação oral por soro caseiro. Apenas casos graves precisam de internação para reidratação endovenosa ou por sonda nasogástrica. Apesar de ser uma doença de fácil resolubilidade ainda são altos os índices de mortalidade por DAI em crianças menores de um ano e assim recursos para educação em saúde como melhores condições sanitárias são passos alavancadores para a melhora deste cenário.

Objetivos

Identificar a situação epidemiológica de diarreia e gastroenterites na regional de saúde do Oeste.

Método

Pesquisa quantitativa de corte transversal, realizada em fevereiro de 2019 a partir de dados do DATASUS[3]. Foram coletados os dados de incidência por DAI nos últimos cinco anos, de 2014 a 2018, nos 25 municípios que compõem a Regional de Saúde do Oeste. Obtemos a lista dos nomes desses municípios por meio do acesso a Secretaria de Estado da Saúde do Governo de Santa Catarina[4]. Utilizado o coeficiente de incidência (CI) como indicador de saúde, verificando quais eram os locais com maior risco para desenvolvimento desta patologia. Para obtenção do CI foi identificada a população residente em cada ano de estudo. Os cálculos realizados utilizaram como frequência 10^3. Para fins de análise foram selecionados os três municípios com maior CI em cada ano durante os cinco anos analisados.

Resultados e Discussão

Sete municípios apresentaram elevado CI, sendo eles em ordem decrescente de incidência: Cunhataí (C), Palmitos (PA), São Carlos (S), Nova Erechim (N), Planalto Alegre (PL), Riqueza (R) e Águas de Chapecó. Ocorreram modificações ao longo do período na ordem de posicionamento e na frequência de aparecimento de cada um desses municípios, observe os resultados obtidos na pesquisa. Em 2014: 1º São Carlos 91 casos e CI de 8,38; 2º Águas de Chapecó 42 casos e CI de 6,61; 3º Palmitos 93 casos e CI de 5,71. Em 2015: 1º Nova Erechim 44 casos e CI de 9,30; 2º Cunhataí 16 casos e CI de 8,23; 3º Palmitos 124 casos e CI de 7,62. Em 2016: 1º Nova Erechim 66 casos e CI de 13,73; 2º Palmitos 178 casos e CI de 10,94; 3º Cunhataí 20 casos e CI de 10,26. Em 2017: 1º Cunhataí 31 casos e CI de 15,85; 2º Riqueza 43 casos e CI de 9,20; 3º São Carlos 89 casos e CI de 7,99. Em 2018: 1º Cunhataí 28 casos e CI de 14,30; 2º São Carlos 138 casos e CI de 12,33; 3º Planalto Alegre 26 casos e CI de 9,12. Analisando esses dados observamos que o município de Águas de Chapecó ficou no páreo apenas em 2014, Cunhataí esteve presente de 2015 a 2018 alterando sua colocação ao longo do tempo, sendo que em 2018 obteve o maior CI. Nova Erechim apareceu em 2015 e 2016 ocupando o 1º lugar, não aparecendo posteriormente em 2017 e 2018. Palmitos em 3º lugar em 2014 e 2015, em 2016 ascendeu uma categoria ficando em 2º lugar, e em 2017 e 2018, não constou na relação. Planalto Alegre só apresentou alto CI em 2018 quando ocupou a terceira posição. Riqueza ficou na segunda posição em 2017. São Carlos apareceu em 1º lugar em 2014, depois em 2017 em 3º lugar depois ascendeu para 2º lugar em 2018. Em relação à frequência do aparecimento desses municípios no período analisado observou-se o seguinte: os municípios que apareceram uma única vez foram A, PL e R; que apareceram duas vezes município N; três vezes município PA e S; e, o município C que mais apareceu, esteve presente em 4 dos 5 anos analisados. De acordo com os dados percebeu-se que os municípios A, N, PA e R acabaram reduzindo sua posição até o ano de 2018, já os municípios C, PL e S aumentaram sua posição no ranking até 2018. Os CI foram se modificando em cada ano, hora aumentando, hora diminuindo. Estes requisitos podem auxiliar na análise da eficácia das medidas de prevenção e promoção tomadas por cada município.

Considerações finais

Percebeu-se que a diarreia ainda acomete muitas pessoas gerando sintomas desagradáveis que comprometem a rotina diária, onerando em gastos públicos, perdas ao trabalho e morbidade, bem como complicações de saúde mais severas, dependendo das condições de vulnerabilidade de cada paciente. Entre as principais medidas para redução da incidência por esta doença temos a utilização de boas práticas de higiene assim como água potável à população. Deste modo, os cuidados com saneamento básico, em especial com a água tratada ou de qualidade, são medidas básicas para assegurar condições de saúde. É de total valia para o profissional de enfermagem conhecer a realidade epidemiológica do município em que está inserido, assim pode investigar possíveis causas e intervir nesse cenário traçando maneiras para prevenção e promoção da saúde.

Descritores

Saúde pública; Diarréia aguda; Enfermagem; Saneamento básico.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Santa Catarina, Secretaria de Estado de Saúde. Manual de diagnóstico e tratamento de

Doenças diarréicas agudas. DIVE, SC, 2007.

2 G1. No Brasil, 80% dos casos de diarréia ocorrem por água contaminada. [online]; 2011. Acesso em: 14 fev 2018. Disponível em: http://g1.globo.com/bemestar/noticia/2011/11/no-brasil-80-dos-casos-de-diarreia-ocorrem-por-agua-contaminada.html

3 Brasil, Ministério da Saúde. DATASUS: Informações de saúde, epidemiológicas e morbidade. Brasília, DF, 2019. Acesso em: fev 2019. Disponível em:_____http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203

4 Santa Catarina, Secretaria de Estado de Saúde. Regionais de Saúde. 2016. Acesso em: 18 fev 2019. Disponível em: http://www.saude.sc.gov.br/index.php/a-secretaria/regionais-de-saude

ÉTICA E BIOÉTICA: fragmentação do ensino de enfermagem em relação à morte

Autores

Mateus Dall Agnol[1];
Maria Eduarda da Silva[1];
Victoria Vieira Hertz[1];
Rosana Amora Ascari[2]

E-mail para Contato

mateus.dallagnol2017@gmail.com

Resumo

Introdução

Na disciplina de "Anatomia Humana", do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, dentre os conteúdos trabalhados, estão a ética e bioética na manipulação do corpo para estudo, dos quais emergiram as primeiras aproximações com a morte. Essa temática tem sido discutida ao longo da disciplina, uma vez que não há uma disciplina eletiva exclusiva para o assunto. Revisando a literatura, percebe-se que ao longo da história, o morrer é visto de diferentes formas, dependendo também das diversas culturas presentes no mundo. Falar sobre morte hoje em dia, ainda é considerado um tabu em nossa sociedade, a morte é percebida como desagradável e misteriosa. Dessa maneira, existe um medo em relação ao morrer, e isso faz com que o ser humano a negue, ou seja, tudo é feito para evitá-la. Culturalmente, há grande dificuldade dos profissionais da saúde em ver alguém morrer, pois durante a sua formação, são capacitados para adiar a morte ou o adoecimento dos pacientes.[1] A morte, além de ser um fator biológico, é um processo socialmente construído, portanto, independente das suas causas, está presente no cotidiano de muitos profissionais, principalmente dos que atuam nos hospitais. Na formação dos profissionais

1 Acadêmico(a) do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

de enfermagem, ocorre uma abordagem superficial da temática Morte durante as disciplinas específicas de enfermagem. No entanto, com foco voltado para as questões curativistas, o que dificulta a prática de aceitação frente ao processo de terminalidade e morte. Na teoria, os currículos de enfermagem não contemplam uma disciplina exclusiva para capacitar os estudantes no enfrentamento do processo de morte e morrer, de forma não defensiva e biologicista. Na enfermagem, muitos profissionais são negados a mostrar seus sentimentos frente ao paciente/família, e a problemática em questão é que todo profissional também é um ser humano, portanto, propenso a sentimentos, podendo se sensibilizar com o processo de morte, desde que, não enfrente o luto com tanta intensidade quanto a família.[2-3]

Objetivos

Explicitar o que a literatura aborda sobre ética e bioética frente ao processo de morte e morrer, com ênfase na dificuldade de aceitação por acadêmicos e profissionais frente a morte.

Metodologia

Inicialmente, foi realizada uma revisão narrativa sobre ética e bioética frente a morte, desenvolvida no mês de agosto de 2018 em plataformas online de pesquisa: Scielo, Google Acadêmico e Medline, para apresentação sobre o assunto durante a disciplina de "Anatomia Humana II" do curso de graduação em enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina com discussão no grande grupo em sala de aula.

Resultados e Discussão

Pode-se perceber que a morte e o morrer são acontecimentos presentes no processo de profissionalização dos que atuam na saúde, dando ênfase para a enfermagem, a qual permanece em tempo integral assistindo o paciente durante todo o processo de hospitalização[3]. Mas, percebe-se que há uma fragmentação na grade curricular de graduação em enfermagem em diferentes instituições de ensino superior, por conta da inexistência de uma disciplina específica para o entendimento da morte durante a formação técnica, no contexto da humanização. Dessa forma, evidencia-se que há a fragmentação da discussão do profissional em relação à temática Morte e Morrer, tornando a argumentação pontual e superficial, assim, dificultando a ampliação de compreensões, indicando uma formação acadêmica ineficiente no que se refere ao desenvolvimento da competência de cuidados paliativos[3]. Logo, o processo de morte e de morrer torna-se um desafio para os profissionais e estudantes de enfermagem em estágio, levando em consideração o pouco preparo para lidar com a morte. Assim, surgem os sentimentos de insegurança e autopercepção de despreparo para exercer os cuidados necessários após um diagnóstico de morte ou terminalidade. Além disso, o estudante de enfermagem em atividades teórico práticas e estágios ou mesmo quando recém-formado, se sente despreparado para lidar com seus sentimentos, já que, muitas vezes, são orientados a não demonstrar suas emoções em momentos de morte. Percebe-se que a morte tem a capacidade de gerar muitos sentimentos, até mesmo quando há apenas a reflexão sobre o assunto, dentre eles, o abalo, medo, frustração, choque e a angústia[3]. Ao analisar a discussão acima, percebe-se que os profissionais da saúde, principalmente os enfermeiros, necessitam desenvolver a capacidade de lidar com a morte, não apenas com a biologia da morte, mas também, expandir o olhar de forma humanizada para o morrer. Para que isso ocorra, é necessário que haja uma mudança na formação acadêmica do profissional, trazendo esta temática para a discussão em profundidade durante a formação. Ainda, precisamos lembrar que muitas vezes é a enfermagem que serve de referência para os encaminhamentos necessários no momento da morte, fato que exige equilíbrio emocional e discernimento no fazer da enfermagem. Essa discussão, que poderia ocorrer já na formação inicial do Enfermeiro, permite lidar com a morte do paciente, ou com o diagnóstico de impossibilidade de cura de uma forma menos desesperadora, deixando o profissional mais seguro quanto aos procedimentos feitos, além de já estar preparado para lidar com a família do paciente e com seus próprios sentimentos. Frente ao exposto, o ensino pode e deve abordar a ética e bioética na morte, estimulando a reflexão e a reelaboração de sentimentos que perpassam o momento da morte. Outra maneira importante de ensino sobre a bioética e morte é a troca de experiências entre docentes, profissionais que já vivenciaram a morte durante a atuação profissional e os discentes, ampliando os olhares sobre a temática e aproximando os estudantes de situações reais.

Considerações finais

Por fim, é importante oferecer maior ênfase à bioética na morte nos cursos de enfermagem, estimulando debates entre os acadêmicos, professores e demais profissionais, abrangendo diferentes cenários de práticas na enfermagem, que por meio de

socialização de casos, possibilita a reelaboração de sentimentos pelos estudantes. Abrir um canal de comunicação efetivo para se trabalhar as questões que envolvem a morte pode desmistifica-la, quebrando o tabu que a sociedade atual construiu.

Descritores

Enfermagem; Bioética; Morte.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Cynthia MF, Graciele AMB, Kelly GL. Percepção de Brasileiros sobre morte digna. Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, Fortaleza, v. 4, p.14-21, 2018. [Acesso: 20 fev. 2019] Disponível em: https://rpics.ismt.pt/index.php/ISMT/article/view/71/PDF

2 José RSB, José RO, Lie Y. Reflexões de estudantes de enfermagem sobre morte e o morrer. Rev Esc Enferm Usp, São Paulo, v. 4, n. 40, p.477-483, 2006. [Acesso: 02 mar 2019] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a04.pdf

3 Emanuelle CDAN; Andressa AS. Challenges of nursing teaching-learning to care for human dying: professors' perceptions. Esc Anna Nery, [s.l.], v. 21, n. 4, p.1-8, 30 out. 2017. [Acesso: 04 mar 2019] Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n4/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0091.pdf

PERFIL DAS GESTANTES DIAGNOSTICADAS COM SÍFILIS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Autores

Letícia Stake Santos[1];
Ana Beatriz Mattozo Amorim[2];
Eduarda Bernadete Tochetto[3];
Sarah Ellen Rodrigues[4];
Vanessa Aparecida Gasparin[5]

E-mail para correspondência

leticiastakes@gmail.com

Resumo

Introdução

A sífilis é considerada uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) causada pela bactéria *Treponema pallidum*, a qual apresenta diversas manifestações clínicas, tendo como principal e mais grave sintoma as úlceras genitais.[1] A infecção é mais facilmente diagnosticada nas gestantes, uma vez que sendo realizado o acompanhamento pré-natal de acordo com as prerrogativas do Ministério da Saúde (MS), a solicitação de exames que abarquem a presença da IST é realizado no primeiro contato da mulher com o serviço de saúde.[1] O diagnóstico e tratamento da sífilis na gestação são imprescindíveis, caso não tratada pode afetar a saúde materna, bem como o desenvolvimento fetal.Os índices de sífilis têm aumentado muito nos últimos anos, parte disso se deve ao aprimoramento do sistema de vigilância epidemiológica, visto que a sífilis seja durante a gestação ou não, trata-se de um agravo de notificação compulsória, e à expansão da realização de testes rápidos. Ademais, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, a carência de informações que tratem da IST e suas complicações e a

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.
5 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Campus Chapecó.

displicência no tratamento são fatores que contribuem para o número expressivo de casos.[1]

Objetivo

Identificar os índices de sífilis na gestação e caracterizar a população acometida no estado de Santa Catarina nos últimos cinco anos.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado a partir da consulta de dados secundários disponibilizados através da Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. As variáveis utilizadas para caracterização da população englobaram a faixa etária, escolaridade e cor, bem como a classificação clínica e tratamento realizado para a patologia. A busca de dados foi realizada em março de 2019 e os dados foram analisados por meio de frequências absolutas e relativas. Uma vez que trata-se de dados de domínio público, não fez-se necessária a submissão do estudo ao Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados e Discussão

Nos últimos cinco anos 6.119 gestantes foram diagnosticadas com sífilis no estado de Santa Catarina, podendo-se observar o crescimento gradual com o passar dos anos, atingindo o pico em 2017. Em 2014, 763(12,4%) casos foram diagnosticados, em 2015 foram 1.233(20,1%), no ano seguinte 1.389 (22,9%) gestantes, em 2017 foram registrados 1.770 (28,9%) e no primeiro semestre de 2018 houveram 964 (15,7%) casos. No que tange ao diagnóstico de acordo com o trimestre gestacional, 2.826 (46,1%) mulheres foram primeiro trimestre, 1.571(25,7%) no segundo, 1.618 (26,6%) no terceiro e 104 (1,6%) casos com idade gestacional ignorada. A faixa etária de maior acometimento foram gestantes de 20 a 29 anos, abarcando cerca de 3.203 (52,3%) casos nos últimos cinco anos, seguido das de 15 a 19 anos com 1.576 (25,7%) casos, enquanto o menor número foi observado nas gestantes de 10 a 14 anos com 68 (1,1%) casos.Quanto à escolaridade, a prevalência de sífilis foi observada nas mulheres com ensino fundamental incompleto com 1.732 (28,3%) casos, enquanto que nas gestantes com nível superior incompleto ou completo, esse número sofre redução significativa sendo respectivamente 120 (1,9%) casos e 100 (1,6%), evidenciando que quanto mais anos de estudo, menores as chances de ser exposta a sífilis durante a gestação. Em relação à cor das gestantes, as brancas foram as mais acometidas, com 4.669 (76.3%) casos, seguidas das pardas com 811 (13,2%) casos. Dentre as gestantes diagnosticadas, 2.072 (33,8%) das mulheres apresentavam sífilis primária, o segundo maior índice abarcou gestantes com sífilis latente (1.833 (30,0%)), já os casos de sífilis secundária, terciária e casos ignorados foram respectivamente,480 (7,8%), 358 (5,8%) e 1.376 (22,6%) dos casos. Segundo o Ministério da Saúde, o surgimento do cancro duro e linfadenomegalia regional são as principais manifestações clínicas relacionadas a sífilis primária. Já a secundária conta com a presença de lesões típicas na pele e mucosas, quando tais lesões acometem órgãos internos já trata-se de sífilis terciária. A sífilis latente não apresenta manifestações clínicas, no entanto, os testes permanecem reagentes.[2] No que diz respeito ao esquema de tratamento realizado, o sistema apresenta dados somente até 2016, abarcando o tratamento de 3.327 casos. Destes, 2.997 foram tratados com penicilina (90,0%), considerado o primeiro esquema de escolha, 73 (2,2%) foram submetidos a outro esquema e 257 (7,8%) não realizaram nenhuma forma de tratamento. Em muitos casos o tratamento não é realizado de maneira adequada por inúmeros motivos, como por exemplo, o receio da gestante em contar para o parceiro sobre a doença, a não adesão do parceiro ao tratamento, alergia a medicação, entre outros.[3]Em relação a um tratamento alternativo devido a alergia à penicilina, as drogas de escolha incluem Doxiciclina e Ceftriaxona.[4]

Considerações finais

A partir dos dados obtidos através do presente estudo, percebe-se que os casos de sífilis vem aumentando gradativamente com o passar dos anos, tornando se assim um problema de saúde pública. Essa incidência nos casos de sífilis indica um cenário preocupante, tendo em vista que mesmo a doença apresentando diagnóstico e tratamento simples e de baixo custo, continua sendo dificultoso seu controle. A relevância da assistência de enfermagem se insere nesse contexto uma vez que adequado acompanhamento pré-natal fornece subsídios para detecção precoce e tratamento efetivo, minimizando os riscos para a gestante e o recém-nascido. O presente estudo conta com limitações devido à disponibilidade de dados no sistema consultado, referente às informações condizentes ao ano de 2018, visto que os mesmos se referiam apenas ao primeiro semestre e o tratamento realizado nas gestantes diagnosticadas, onde os dados mais recentes datam de 2016. Vale salientar que os resultados apresentados por essa pesquisa são oriundos de um sistema passível de subnotificações,

apesar de altos índices serem esperados, podem não refletir a realidade concreta do estado.

Descritores

Enfermagem; Sífilis; Gestantes; Cuidado Pré-Natal; Perfil de saúde.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Machado, I; Silva, VAN; Pereira, RMS; Guidoreni, CG; Gomes, MP. Diagnóstico e tratamento de sífilis durante a gestação: desafio para enfermeiras?. Rev Saúde e Pesquisa, Maringá, 2018; 11(2): 249-55.

2 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para diagnóstico da sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52p.

3 Mascarenhas, LEF; Araújo, MSS; Gramacho, RCCV. Desafios no tratamento da sífilis gestacional [monografia]. Bahia: Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; 2016.

4 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento DST, Aids e Hepatites Virais.Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 120p.

PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM RELAÇÃO À INTEGRALIDADE DO SUS

Autores

Rafaela Fátima de Godoi[1];
Natalia Geny Degasperin[1];
Reinaldo Zavitzki de Moura[2];
Vitelio Luis de Lima[2];
Joel Morchbacher[3]

E-mail para correspondência

degodoirafaela@gmail.com

Resumo

Introdução

Integralidade é definida como um princípio do Sistema Único de Saúde (SUS), que considerando as dimensões biológica, cultural e social do usuário, orienta políticas e ações de saúde capazes de atender as demandas e necessidades no acesso à rede de serviços. Constrói-se nas práxis das equipes de saúde com e nos serviços de saúde[1]. Neste sentido a saúde no Brasil configura-se na lógica da promoção da saúde, objetivando a integralidade da assistência prestada ao usuário, família e comunidade, sendo o alicerce para o alcance de uma melhor qualidade das ações e serviços voltados para a promoção da saúde, prevenção, recuperação e reabilitação[2]. **Objetivos:** Verificar a Integralidade do SUS na percepção dos profissionais da Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital e Atenção Básica (AB) de um município do Extremo Oeste de Santa Catarina. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, fundamentado na abordagem qualitativa. Recorte de um trabalho de conclusão de curso de graduação desenvolvido em um município do Extremo Oeste de Santa Catarina. Os participantes do estudo foram profissionais de saúde do sistema público de saúde que trabalham na UPA, Pronto Socorro (PS) de um hospital e nas

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.
2 Enfermeiro graduado pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.
3 Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

ESFs de dois bairros localizadas no município supracitado. Justifica-se a escolha dos ESFs dos bairros estudados por sediar respectivamente a UPA e o PS do Hospital. Os critérios de inclusão foram: atuar no setor do serviço público de saúde por um período mínimo de três meses, pertencentes aos dois bairros, UPA e PS. Sendo excluídos aqueles que se encontram em períodos de férias, licença maternidade ou afastamentos durante o período da pesquisa. O instrumento da pesquisa foi um questionário contendo 08 perguntas direcionadas aos profissionais da AB e 04 aos profissionais da UPA e Pronto-socorro. A coleta de dados foi realizada no mês de julho a setembro de 2018, por meio de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas, de caráter individual, conforme a disponibilidade de local, data e horário dos participantes da pesquisa. Para análise das informações obtidas no estudo, foi realizada a Análise de Conteúdo subsidiada por Bardin (2011), pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados e interpretação[3]. Para o desenvolvimento da pesquisa foram observados os aspectos éticos conforme a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina - Campus São Miguel do Oeste-SC, conforme parecer nº 2.851.838 e do CAEE nº 95677518.1.0000.5367 e autorização da Secretaria de Saúde do município envolvido.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 23 profissionais da AB, UPA, e PS, onde estes mostraram se entendedores dos princípios da Integralidade do SUS e seus problemas relatando que integralidade é entender o paciente como um todo, conhecer a realidade deste, não se atentando apenas a queixa principal, e que a equipe da ESF através do vínculo tem o potencial de atender este paciente, referenciando quando necessário para outros níveis de assistência. A reorganização da atenção primária, com vistas à universalidade e do acesso a ações e serviços e à integralidade nas ações, implica que demandas sejam respondidas na atenção secundária, quando se fizer necessário. Para isso, é imperativa a atuação dos profissionais da ESF no intuito de responder à maior parte dessas demandas e referenciara os níveis de maior complexidade. A referência deve ser correspondida pela contra referência para que o usuário não se perca pelo caminho e faça um trajeto na rede de cuidados com respostas integrais e equânimes. A adequação do preenchimento da guia de referência e contra referência é um ato simples, porém responsável por uma atenção de qualidade e digna à necessidade do usuário[4]. Em relação à procura de atendimento, a integralidade dos níveis assistenciais é falha, onde profissionais referem que uma pequena minoria vem encaminhada das unidades, onde pacientes acabam pulando etapas, pois na ESF é necessário agendamento, sendo que problemas agudizados não suportam tanto tempo de espera, ocorrendo desta forma afogamento dos sistemas de saúde. No processo de construção do SUS como política universal e que busca assegurar a integralidade das ações, o equacionamento da atenção à demanda não agendada na rede básica é essencial e constitui um desafio ainda não superado. A não-resposta a essa demanda, a rigidez dos programas e a não-incorporação de forma ágil de novas necessidades em saúde resultam em desnecessária procura da população por unidades de urgência-emergência ou de ambulatórios de especialidades e, em consequência, as unidades básicas perdem sua condição de local onde se privilegiam o vínculo, a coordenação e continuidade dos cuidados e a credibilidade para realizar ações de promoção e prevenção[5]. Ainda os profissionais da AB citaram melhorias necessárias para uma melhor adesão da população aos ESF, os quais devem orientar e conscientizar a população a procurar a ESF sempre que necessário, educando sobre o que é urgência e emergência, e o que pode ser agendado ou programado, ensinando a se colocar no lugar do outro, trabalhando dessa forma o principio de equidade. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que a unidade de saúde deva receber e ouvir todas as pessoas que procuram os seus serviços, de modo universal e sem diferenciações excludentes. O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar.

Conclusão

A integralidade é um princípio que consta no Sistema Único de Saúde e que norteia toda a assistência à população. Nesse sentido, para que haja maior efetividade na implantação da integralidade, os profissionais devem realizar referência e contra referência, maior orientação e conscientização da população, para que assim, a demanda seja atendida, propiciando qualidade de assistência a todos.

Descritores

Educação em saúde; Enfermagem; Assistência à saúde; Participação Social.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Silva, KL; Sena, RR. Integralidade do cuidado na saúde: Indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP, 2008; 42(1):48-56.

2 Fontoura, RT; Mayer, CM. Uma breve reflexão sobre integralidade. Rev. BrAs Enferm, 2006; 59(4): 532-6.

3 Bardin, L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições70, 2010.

4 Viegas, SMF; Penna, CMM. O SUS é universal, mas vivemos de cotas. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2013; 18(1): 181-190.

5 Souza, ECF; Vilar, RLA; Rocha, NSP; Uchoa, AC; Rocha, PM. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cad Saude Pública, 2008; 24(1):100-110.

PERCEPÇÕES DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE QUANTO A PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO EXTREMO OESTE CATARINENSE

Autores

Natalia Geny Degasperin[1];
Rafaela Fátima de Godoi[1];
Alana Fabiola da Silva[1];
Reinaldo Zavitzki de Moura[2];
Vitelio Luiz de Lima[2];
Joel Morschbacher[3]

E-mail para correspondência

naty.gd_02@hotmail.com

Resumo

Introdução

A integralidade como eixo prioritário de uma política de saúde, significa compreender sua operacionalização a partir de dois movimentos recíprocos a serem desenvolvidos pelos sujeitos, implicados nos processos organizativos em saúde: a superação de obstáculos e a implantação de inovações no cotidiano dos serviços de saúde, nas relações entre os níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e nas relações destes com a sociedade1. Nesse sentido a participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado2. Portanto os usuários poderiam influir mais na decisão sobre o destino de recursos públicos no

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.
2 Enfermeiro graduado pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.
3 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

setor saúde, obter informações visando a transparência do serviço, fiscalizar a qualidade da assistência prestada, influenciar na formulação de políticas que favoreçam os setores sociais que eles representam, além de participar de maneira mais efetiva na construção das ações em saúde3.

Objetivos

Verificar a percepção de profissionais da saúde quanto a participação da população a respeito da integralidade entre os níveis assistenciais no sistema de saúde pública de um município do Extremo Oeste de Santa Catarina.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de cunho qualitativo. Recorte de um trabalho de conclusão de curso desenvolvido em um município do Extremo Oeste de Santa Catarina. Os participantes do estudo foram 25 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem) que compõem o quadro de funcionários da Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e Pronto-Socorro (PS) de um hospital e das Estratégia de Saúde da Família (ESF) de dois bairros de um município do Extremo Oeste de Santa Catarina. Justifica-se a escolha dos ESFs dos bairros estudados por sediar respectivamente a UPA e o PS de um Hospital. A coleta de dados foi realizada entre julho e setembro de 2018 por meio de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas, de caráter individual, sendo realizadas nos ESFs, na UPA, no Hospital, conforme a disponibilidade de local, data e horário dos participantes da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: estar atuando no setor do serviço público de saúde por um período mínimo de 3 meses, pertencentes aos ESFs, UPA e PS. E o de exclusão foram: profissionais que se encontram em períodos de férias, licença maternidade ou afastamentos durante o período da pesquisa. Para análise das informações obtidas no estudo, foi realizada a Análise de Conteúdo subsidiada por Bardin[4]. A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UNOESC – Campus São Miguel do Oeste-SC, conforme parecer nº 2.851.838 e do CAEE nº 95677518.1.0000.5367.

Resultados/Discussão

A partir das percepções dos profissionais de saúde percebe-se existir uma certa limitação da população no que diz respeito à adesão e a colaboração com as atividades desenvolvidas pela saúde pública, e/ou a forma que se desenvolverá, devido a população não seguir as regras estipuladas pela saúde pública. A grande maioria dos usuários conhece o escalonamento do serviço de saúde, em níveis, bem como o fluxo a ser seguido para receber o atendimento necessário, porém, ao analisarmos as respostas dos profissionais de saúde, evidencia-se a prevalência de um pensamento que visa o individual em detrimento do coletivo. Um pensamento de fazer uso dos seus direitos sem pensar nos seus deveres. Muito se tem escrito sobre a participação em saúde, ratificando sua necessidade e importância. Sendo tais práticas exercidas de duas formas: a participação institucionalizada, regulamentada pela Lei nº 8.142/1990, que na área da saúde se expressa nos Conselhos locais, municipais e estaduais e nas Conferências de Saúde nos níveis municipal, estadual e nacional, onde atores participam como representantes de instituições ou entidades; e a forma não institucionalizada, que são as possibilidades de participação em toda e qualquer atividade de saúde, desde as mais individuais/assistenciais até as mais coletivas/educativas[5]. A participação dos usuários parece limitar-se ao atendimento médico ou de enfermagem, ao procedimento que procuram ou à apanha das medicações, mesmo com ações com o objetivo de instigar a população a participar dos programas ofertados e a frequentar as ESF quando necessário. A participação na elaboração das ideias, nos projetos e melhorias ainda é pouco efetiva, isso faz com que os problemas existentes levem mais tempo para serem solucionados. A participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do SUS, destacam-se como de grande relevância social e política, pois se constituem na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. No Brasil, o controle social se refere à participação da comunidade no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado[2]. Por fim, os profissionais da AB destacam as ações que realizam ações com o objetivo de instigar a população a participar dos programas ofertados e a frequentar as ESF quando necessário como a divulgação das ações através dos agentes comunitários de saúde, programações de saúde dentro da unidade de saúde, e através dos grupos que são relevantes para a comunidade.

Considerações Finais

Considerando que a participação popular está vinculada na matriz do Sistema de Saúde atual, a integralidade torna-se de fato importante, para que a população se inteire sobre os serviços de saúde pres-

tados, tanto a assistência, quanto as políticas implementadas. Dessa forma os profissionais devem realizar ações para que a população tenha conhecimento a respeito da rotina e do funcionamento da UBS, os instigando a frequentar mais os programas oferecidos, para que assim, os profissionais e a população estarem mais interligados, proporcionando maior efetividade da assistência no cuidado, melhorias na comunicação entre ambos e por fim, maior adesão aos programas ofertados.

Descritores

Educação em saúde, Enfermagem, Cuidado, Integralidade em Saúde, SUS.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Pinheiro, R. Integralidade. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2009.

2 Arantes, CIS. Mesquita, CC; Machado, MLT; Ogata, MN. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2007 set; 16(3):470-478.

3 Cortes, SMV. Construindo a possibilidade da participação dos usuários: conselhos e conferencias do sistema único de saúde. Sociologias, Porto Alegre, 2002 jun; 7(4):18-49.

4 Bardin, L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições70, 2010.

5 Wendhausen A, Saupe R. Concepções de educação em saúde e a estratégia de saúde da família. Texto Contexto Enferm. 2003 mar; 12(1):17-26.

PERCEPÇÃO E CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Autores

Maiara Dais Schoeninger[1];
Érika Eberlline Pacheco Santos[2];
Jairo Luiz Anschau[3];
Natan Reck[4];
Joel Morschbacher[5];
Aline Schlosser[6]

E-mail para correspondência

maia_schoeninger@hotmail.com

Resumo

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são consideradas técnicas que visam à assistência à saúde do indivíduo, seja na prevenção, tratamento ou cura, considerando-o como mente/corpo/espírito e não somente como um conjunto de partes isoladas[1]. As PICs buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Além disso, buscam uma visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção integral do cuidado humano, especialmente do autocuidado[2].

1 Enfermeira, Especialista em Saúde Coletiva, Enfermeira da prefeitura municipal de São Miguel do Oeste – SC.

2 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

3 Enfermeiro Graduado pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

4 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

5 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste

6 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

Objetivos

Descrever a percepção e o conhecimento dos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família (ESF) em relação às práticas integrativas e complementares.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, fundamentado na abordagem qualitativa, desenvolvido na rede de Estratégia de Saúde da Família de três municípios do Extremo Oeste e Santa Cataria. A população foi composta por enfermeiros que atuam nas ESF de tais municípios. Os critérios de inclusão foram: ser no mínimo graduado em enfermagem e estar atuando em alguma ESF. Critérios de exclusão: enfermeiros ausentes do trabalho por licença de qualquer natureza no período estabelecido à coleta de dados, e enfermeiros com experiência profissional inferior a três meses na ESF. A coleta foi realizada por meio de entrevista semiestruturada no mês de outubro de 2016. Para se ter acesso aos participantes da pesquisa o entrevistador locomoveu-se até as unidades de saúde e conversou com os enfermeiros responsáveis, convidando-os para a participação da pesquisa. Após o aceite, as entrevistas foram realizadas individualmente nas dependências da unidade de saúde. O conteúdo foi gravado em áudio, com a finalidade de registrar integralmente a fala, e assim assegurar autenticidade do material para análise posterior. A coleta dos dados obedeceu ao critério de saturação temática. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo[3]. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa sob o número de CAAE: 58242516.3.0000.5367 e número do parecer 1.151.650[3].

Resultados e Discussão

Fizeram parte da pesquisa 10 enfermeiros, todos eles consideraram que possuíam limitado ou pouco conhecimento a respeito das PICs e sua utilização no SUS. Relatam que nunca se aprofundaram em relação a estas práticas, pois não tem tempo para isso durante seu cotidiano assistencial. Apontam também que por não haver nenhuma exigência relacionada às PICs nas ESF, não consideram necessária a complementação de conhecimentos para a utilização destas práticas na rotina de trabalho. A implantação da Política Nacional das PICs (PNPIC) no SUS exige a capacitação de profissionais de diversas áreas e a ampliação dos serviços existentes. Com isso, é necessário que as universidade e faculdades de enfermagem, já comprometidas com os cuidados humanizados, iniciem a introdução de disciplinas relacionadas a esta área no currículo básico de enfermagem[4]. Sobre a aplicabilidade das PICs no SUS, alguns enfermeiros apontam que tiveram conhecimento da aplicação das mesmas na assistência das ESF somente por meio da avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB), o qual em uma das suas questões refere-se à utilização ou não dessas práticas. Outros, haviam tido contato e conhecimento das PICs por meio da própria vivência ou experiências de outros colegas e amigos. O fato de ocorrer a hegemonia do modelo biomédico, ainda presente no cotidiano dos atendimentos da rede do Sistema Único de Saúde (SUS), percebe-se uma resistência e falta de conhecimento dos profissionais ao exercerem as PICS no serviço. Devido a formação básica ser apoiada na visão biológica, tecnicista e fragmentada, se faz necessário uma mudança cultural, tanto dos profissionais atuantes, bem como dos gestores e usuários de saúde e deste modo, podendo ampliar a forma de pensar as possíveis intervenções[4]. Todos os participantes relataram saber da existência da PNPIC, mas admitiram não ter domínio aprofundado sobre a política, suas diretrizes e seu conteúdo em específico. Os que já leram a respeito compreendem que as PICs vêm ao encontro dos princípios e ideais do SUS, porém demonstram fragilidade no conhecimento em relação ao tema, pois percebem pouco interesse por parte da gestão em relação a aplicação dessas práticas no cotidiano do serviço. Para se incluir as PICs na ESF, é necessário entender um pouco a respeito da inclusão destas práticas no SUS, pois possuem uma postura mais abrangente de saúde, doença e terapêutica, que vão além do aspecto físico e mecanicista do corpo humano, cuidando do cliente de forma integral, vindo ao encontro dos ideais do SUS. Logo, as PICs podem estar contribuindo para que a ESF fortaleça seu papel de arte, de cura e de cuidado, prevenção de doenças e promoção da saúde[2]. A publicação da portaria número 971 de 03 de maio de 2006, referente às PICS, é uma conquista para a saúde pública, porém, não garante o acesso efetivo a essas práticas de saúde. Para efetivar as estratégias de promoção do acesso e uso racional das PICs é importante um diagnóstico inicial de cada população além do interesse, conhecimento e cobrança dos gestores para a implantação das PICs, proporcionando incentivos e subsídios para tal, através de capacitações e materiais para que a prática seja realizada[2].

Conclusão

Através das PICs, e da corresponsabilização social, os profissionais podem capacitar a comunidade para atuar em melhorias da própria qualidade de vida, contribuindo para o estreitamento das relações interpessoais, correspondendo às reais necessidades da população, respeitando e valorizando a autonomia dos sujeitos, observando às vulnerabilidades, construindo referências no cuidado à saúde, realizando equidade nas ações através do acompanhamento longitudinal e produzindo cuidado através das práticas integrativas. Para que esse processo seja eficiente, é extremamente necessário que haja sintonia na relação entre os profissionais com um conceito ampliado de saúde, além do apoio e incentivo da gestão para capacitação profissional, bem como fornecimento de materiais e insumos necessários para aplicação das práticas.

Descritores

Práticas Integrativas e Complementares; Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

Eixo temático

Produção, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Telesi Junior E. Práticas integrativas e complementares em saúde, uma nova eficácia para o SUS. Estud. av. 2016; 30(86):99-112.

2 BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Atitude de ampliação de acesso, 2ª edição. Brasília; 2015.

3 Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

4 Vieira ABD, Rezende ASV, Marques PFP, Vargas V, Oliveira L, Nascimento Nascimento BG, Moura LBAM. As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde como um caminho para a sensibilização e formação de acadêmicos da saúde: relato de experiência. Rev. Ciências da Saúde. 2018; 30(1):137-143.

5 Carvalho JLS, Nóbrega MPSS. Práticas integrativas e complementares como recurso de saúde mental na Atenção Básica. Rev Gaúcha Enferm. 2017; 38(4).

DIFICUDADES DOS ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM TRANSTORNOS MENTAIS: possibilidades para a melhoria da assistência

Autores

Natalia Geny Degasperin[1];
Rafaela Fátima de Godoi[1];
Daniele Ribeiro Arantes[2];
Jennyfer Andreia Bruxel[2];
Camila Amthauer[3];
Érika Eberlline Pacheco dos Santos[3]

E-mail para correspondência

naty.gd_02@hotmail.com

Resumo

Introdução

A enfermagem no campo da atenção básica encontra dificuldades em incorporar o novo enfoque da saúde mental, por ser um área específica que exige maior complexidade do cuidado, muitas vezes, tornam-se desafios aos enfermeiro a realização do cuidado integral[1]. Porém, o enfermeiro está cada vez mais consciente da importância do seu papel na saúde mental e tem condição de explorar diversas modalidades terapêuticas no desempenho de sua atividade profissional, as quais colaboram para a reabilitação das pessoas que vivem com transtornos mentais, possibilitando que mantenham o exercício de sua autonomia e cidadania[2].

Objetivos

Descrever as dificuldades dos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde no cuidado ás pessoas que vivem com transtornos mentais e apontar as possi-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

2 Enfermeiro graduado pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do curso de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

bilidades para a melhoria da assistência por eles citadas.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem qualitativa. Recorte de um trabalho de conclusão de curso desenvolvido da AB, tendo como campo de estudo, as Estratégias Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina. A população do estudo foi composta por enfermeiros da Atenção Primária à Saúde, que prestam assistência nas UBS e ESF destes dois municípios. Foram convidados a participarem da pesquisa quatorze enfermeiros, destes apenas nove aceitaram participar da pesquisa, e um estava em férias. Foram incluídos: profissionais com no mínimo graduação em enfermagem, que atuam nas ESF e UBS. Foram excluídos da pesquisa profissionais que estavam de licença de qualquer natureza (gestantes, doença e/ou férias) ou férias no período estabelecido à geração dos dados. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2017, para a coleta foi empregada uma entrevista semiestruturada, sendo realizada nas dependências das ESF e UBS, e locais combinados com os enfermeiros antecipadamente. Tais entrevistas foram gravadas para evitar a perda dos detalhes da fala. Os dados foram analisados em conformidade com a Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNOESC, por meio do parecer: 1.647.552 e CAAE: 57536216.0.0000.5367.

Resultados e Discussão

Os enfermeiros apontaram como dificuldades no cuidado as pessoas que vivem com transtornos mentais: a dificuldade na hora da assistência, devido à instabilidade do cliente, que pode apresentar-se agressivo, ansioso, deprimido e que por muitas vezes não adere ao tratamento. Apontam também que a família por vezes não apoia a equipe para melhora do quadro apresentado pelo cliente. Além disso, relatam que a sobrecarga de trabalho dificulta que atuem com promoção e prevenção em saúde, não tendo tempo muitas vezes para estas atividades nem para uma consulta de enfermagem qualificada. O desempenho de atividades administrativo-burocráticas pelo enfermeiro, na maior parte do tempo, restringe a assistência junto à equipe de enfermagem e ao cliente. A sobreposição de tarefas (gerenciamento e assistência) tem sido apontada como uma das dificuldades pelos enfermeiros, que assumem as duas funções nas ESF[3]. A falta de grupos e atividades para as pessoas portadoras transtornos mentais, na atenção primária também é uma dificuldade que os enfermeiros enfrentam na hora de prestar o cuidado, além de que muitas vezes, há também falta de atenção integral com escuta qualificada, desencadeando na perda de informações sobre as pessoas com transtornos mentais. A persistência em uma assistência desqualificada no campo da saúde mental faz com que os profissionais da área tenham um grande desinteresse por este campo de atuação. A falta de definição em torno do papel do enfermeiro psiquiátrico gera dificuldades no seu processo de trabalho em equipe. Vale ressaltar que a enfermagem aponta dificuldades em praticamente todos os aspectos relacionados ao campo de cuidado em saúde mental, demonstrando a fragilidade em sua formação. Isto aponta que existe uma nova forma de organização do processo de trabalho de enfermagem, exigindo além da conscientização acerca dos princípios que orientam as práticas, uma revisão do papel do enfermeiro[4]. Como forma de melhoria da assistência os enfermeiros entrevistados citaram que as pessoas que vivem com transtornos mentais devem ser sensibilizadas a procurar a ESF, para que a equipe possa conhecer melhor essas pessoas. Dessa forma, apontam os agentes comunitários de saúde como uma ferramenta para realização dessa sensibilização, pois referem que estes conhecem as famílias e podem estar fazendo este trabalho, além de trocar informações entre a pessoa e a equipe. Já na ESF apontam que o cuidado deveria iniciar por um acolhimento de qualidade, identificando às necessidades das pessoas que vivem com transtornos mentais, o que possibilitaria conhecer mais sobre a doença, criar um projeto terapêutico individual, planejamento de ações, avaliação do tratamento e conforme a necessidade o encaminhamento adequado em casos mais graves. Outra forma de melhoria apontada pelos enfermeiros foi relacionada à atuação da equipe multidisciplinar visando atendimento integral, proporcionando a realização de grupo e ações de promoção à saúde, desvinculando essas pessoas da medicação, e pôr fim a implementação de capacitações e aperfeiçoamento sobre a temática da saúde mental, além de aumento do número de profissionais, para a realização de um atendimento adequado. É preciso qualificar os enfermeiros para recepcionar, atender, escutar, dialogar, tomar decisão, amparar, orientar e negociar, já que o acolhimento caracteriza-se pelo processo no qual o profissional da saúde e a instituição tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade em sua área de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação aco-

lhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individuais e coletivos[5].

Conclusões

A atuação do enfermeiro em saúde mental deve ser baseada no cuidado integral e humanizado, entendendo o cliente e suprindo suas necessidades. No entanto, os enfermeiros apontam diversas dificuldades na assistência, as quais devem ser sanadas, de modo que a equipe mantenha-se capacitada e qualificada, construindo iniciativas de inclusão dos familiares das pessoas que vivem com transtornos mentais, por meio de grupos, além de manter uma escuta ativa e qualificada, para que assim o cuidado seja singular, proporcionando maiores possibilidades de melhoria da saúde das pessoas que vivem com transtornos mentais.

Descritores

Cuidado; Integralidade; Enfermagem; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

REferências

1 Fioramonte, A; Bressan, BF; Silva EM; Nascimento GL; Buriola AA. Cuidado à pessoa com transtorno mental e sua família: atuação do enfermeiro na ESF. Ciência, Cuidado e Saúde, [S.I.], 2013 jun; 12(2):315-322.

2 Andrade, RLP; Pedrão, LJ. Algumas considerações sobre a utilização de modalidades terapêuticas não tradicionais pelo enfermeiro na assistência de enfermagem psiquiátrica. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2005 out; 13(5):737-742.

3 Assis, WD et al. Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. Revista Brasileira Enfermagem, Brasília, 2011 fev; 64(1):38-46.

4 Tavares, CMM. A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental. Texto & Contexto – Enfermagem, Florianópolis, 2006 jun; 15(2):287-295.

5 Souza, ECF et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008 jan; 24(1):100-110.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO PARA O CUIDADO DOMICILIAR DE PACIENTES EM USO DE SONDAS TRANSABDOMINAIS

Autores

Mateus Guilherme Boeno[1];
Tainara de Oliveira Fornari[1];
Maria Eduarda De Carli Rodrigues[2]

E-mail para correspondência

mateusguilhermeb@gmail.com

Resumo

Introdução

A educação em saúde é um instrumento fundamental do cuidado do enfermeiro, seja no serviço de saúde ou no ambiente domiciliar, pois atua diretamente na promoção de saúde, manutenção, recuperação e prevenção de complicações. Pacientes submetidos a instalação de sondas transabdominais requerem, junto de suas famílias, orientações e acompanhamento de profissionais de saúde que possibilitem segurança no manuseio dos dispositivos de modo a garantir o cuidado integral, amenizando possíveis complicações mesmo a nível domiciliar. Entre as sondas transabdominais estão a Gastrostomia, que consiste na colocação de uma sonda no estômago, estabelecendo uma comunicação com o meio interior do órgão e o meio externo e Jejunostomia, a qual garante acesso a segunda porção do intestino delgado, o jejuno. Tais procedimentos são indicados na necessidade de suporte nutricional prolongado, por proporcionarem conforto e mobilidade, inclusive no cuidado domiciliar, significativamente importantes para a manutenção da saúde, especialmente se con-

1 Acadêmico de Enfermagem na Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Chapecó.
2 Enfermeira, Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul.

siderar que a opção de inserção de uma sonda transabdominal, refere-se a um período mais longo de tratamento, e por vezes definitivo. Algumas complicações são de grande relevância e devem ser salientadas como a obstrução da sonda, o extravasamento de dieta na pele periestomal causando lesão tecidual, a compressão do estoma provocando cianose no mesmo, a infecção no sítio de aplicação da sonda a saída da mesma e administração da dieta em dose superior a indicada[1-2]. Considerando esses aspectos, nota-se então, a importância da orientação e educação de familiares e pacientes gastrostomizados e jejunostomizados sobre os cuidados a serem realizados para com este método de reabilitação utilizado.

Objetivos

Identificar, na literatura, orientações para o cuidado domiciliar de pacientes que fazem uso de sondas transabdominiais visando a promoção de saúde, manutenção, recuperação e prevenção de complicações.

Método

Trata-se de uma revisão não sistemática da literatura de estudos disponíveis na base de dados do Google Acadêmico, os quais foram selecionados por meio dos descritores "Enfermagem" AND "Cuidados Domiciliares" AND "Sondas Transabdominais". Foram incluídos artigos científicos e trabalhos de conclusão de curso disponíveis na íntegra, em português e que foram elaborados a partir de 2005 e que, de algum modo, dialogavam com os objetivos deste estudo.

Resultados e Discussão

A partir da leitura dos estudos, buscou-se identificar ações que podem ser facilmente aderidas e indicadas a pacientes, familiares e cuidadores, no intuito de minimizar os danos e eventos adversos da gastrostomia e da jejunostomia, visando a efetividade da terapêutica [3]. A organização das informações foi feita por meio da elaboração das seguintes categorias: cuidados gerais no manuseio, cuidados na administração de dieta e medicamentos e cuidados relacionados a prevenção de complicações. Quanto a primeira categoria, cuidados gerais no manuseio, destacaram-se a lavagem de mãos bem como a limpeza dos sítios de instalação das sondas transabdominais, ambas aparecem como um importante cuidado a ser indicado aos pacientes e seus familiares, uma vez que a não realização da limpeza aumenta o risco de infecções. A limpeza deve ser realizada cotidianamente, com sabão neutro e água filtrada ou com soro fisiológico. Concomitante a limpeza, é fundamental que o cuidador realize a avaliação das características da ostomia e da região periestomal (coloração, integridade), atentando para a possibilidade complicações como: cianose, prolapso ou retração estomal [4]. A manutenção dos dispositivos também depende dos conhecimentos relacionados a fixação, àqueles que possuem um balão em sua extremidade necessitam serem preenchidos com água destilada, para impedir o afrouxamento do dispositivo e contato dos resíduos com a pele íntegra [3]. A segunda categoria refere-se aos Cuidados relacionados a administração de dieta e medicamentos: Algumas considerações devem ser feitas antes de administrar a dieta ao paciente, como a consistência do alimento. Caso não haja prescrições específicas, orienta-se que a dieta se baseie em alimentos líquidos ou pastosos, entre eles ovos, mel, leite, óleo vegetal e demais alimentos industrializados encontrados em pó, os quais devem ser liquidificados com água para a sua administração. Evidencia-se a importância do cuidado multiprofissional, para que sejam consideradas as propriedades nutritivas dos mesmos, considerando as necessidades do paciente. Além disso, é importante educar o paciente e o familiar quanto a temperatura dos alimentos, que devem assemelhar-se a do ambiente ou corporal [3]. Antes da inserção na sonda, os medicamentos devem ser triturados e diluídos em água filtrada. A limpeza interna da sonda com água em temperatura ambiente antes e depois da administração de dieta e medicamento previne a ocorrência de obstruções. A terceira categoria, Cuidados relacionados a prevenção de complicações leva em consideração as práticas com o intuito de reduzir os danos relacionados a aspiração, por exemplo. Esse aspecto envolve a utilização de doses adequadas de administração de dieta em um tempo adequado para volumes diferentes.[3-4] Deve-se analisar também os cuidados posicionais durante administração da dieta, devendo o paciente estar sentado ou semi-sentado, evitando a broncoaspiração da dieta. Essas práticas de manuseio, administração evitam a piora do quadro clínico do paciente e administração de dieta superior ao indicado.[4] Uma maneira eficaz de verificar a absorção da dieta é através do teste do resíduo gástrico, onde é aspirado o mesmo através da sonda.[1] Os resultados obtidos a partir da leitura dos estudos apontaram para as inúmeras recomendações que enfermeiro deve fornecer a cuidadores e pacientes submetidos a sondagem transabdominal ao mesmo, os quais são fundamentais para a manutenção adequada da terapêutica no intuito de recuperação [5].

Considerações finais

A partir das leituras conclui-se que o processo de reestabilização da saúde do paciente com sondas transabdominal depende dos cuidados empregados pelo próprio usuário do dispositivo e de seus familiares. Enfatiza-se a responsabilidade do enfermeiro em orientar os meios adequados para manutenção, recuperação e promoção de saúde de todos os indivíduos envolvidos nesse processo. Ainda apontamos para a necessidade da realização de novos estudos relacionados a temática, de modo a subsidiar boas práticas de enfermagem na atenção a indivíduos em cuidados nutricionais, especialmente ao que se refere a promoção de saúde. Concluímos que esses cuidados são importantes para que não ocorra uma evolução negativa do quadro clínico do paciente e sim a recuperação integral e permanente de sua saúde.

Descritores

Enfermagem; Cuidados Domiciliares; Sondas Transabdominais.

Eixo Temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Santos JS, Kemp R, Sankarankutty AK, Junior WS, Tirapelli LF, Silva Júnior OC. Gastrostomia e jejunostomia: aspectos da evolução técnica e da ampliação das indicações. In: Simpósio: fundamentos em clínica cirúrgica, 2011, Ribeirão Preto. Revista FMRP-USP, 24 fev 2011 [p.39-50].

2 Anselmo CB, Junior VT, Lopes LR, Neto JSC, Andreollo NA. Gastrostomia cirúrgica: indicações atuais e complicações em pacientes de um hospital universitário. Rev. Col. Bras. Cir. 2013; 40(6):458-462.

3 Dreyer E, Brito S, Santos MR, Giordano LCRS. Nutrição enteral domiciliar: manual do usuário. 2 ed. Campinas: Hospital de Clínicas da UNICAMP; 2011.

4 Perissé VLC. O enfermeiro no cuidar e ensinar à família do cliente com gastrostomia no cenário domiciliar [dissertação]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense / UFF; 2007.

5 Brondani CM, Beuter M, Alvim NAT, Szareski C, Rocha LS. Cuidadores e estratégias indiferente ao doente na Internação domiciliar. Texto & Contexto Enfermagem. 2010; 19(3):504-510.

HÁBITOS DE VIDA E RISCOS DE QUEDAS EM IDOSOS DE ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA ZONA RURAL E URBANA

Autores

Raquel de Lima Machado[1];
Andressa Peripolli Rodrigues[2];
Margot Agathe Seiffert[3];
Mariéli Terezinha Krampe Machado[4];
Lucimara Sonaglio Rocha[5];
Sandra de Mello Cardoso[6]

E-mail para correspondência

enfermagem@hospitalsaoroque.com

Resumo

Introdução

As internações no Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, foram 373.105 por quedas. Em relação à faixa etária de 60 anos e mais, as mulheres ultrapassam os homens, com taxas de 43,6 por 10 mil mulheres e de 35,7 por 10 mil homens. São mais prevalentes as quedas acidentais com 49,8% do total, seguido de 34,4% de quedas da própria altura. Em relação à mortalidade, dados revelam que 24.760 pessoas com idade acima de 60 anos morreram por esta causa no país. A queda da própria altura pode ser definida como um evento não intencional que tem como efeito a alteração de posição de uma pessoa para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial. As quedas têm implicações diretas com a qualidade de vida e bem-estar do idoso, além de representar um crítico problema de saúde. À medida que a idade avança, o risco de cair aumenta de tal forma, colocando esta síndrome geriátrica como um dos maiores transtornos de saúde pública e de grande impacto social, devido a alta incidência, mortalidade, morbidade, custos sociais e econômicos decorrentes

1 Enfermeira, Especialista, Hospital São Roque
2 Enfermeira, Doutora, Docente do Instituto Federal Farroupilha
3 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha
4 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha
5 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha
6 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha

das lesões provocadas. Estima-se que 30% dos idosos sofrem queda a cada ano e, destes, metade as sofre recorrentemente, sendo que em idosos acima de 70 anos essa proporção sobe de 32% a 42%.

Objetivos

Verificar os hábitos de vida e os riscos de quedas em idosos de uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) na zona rural e na zona urbana.

Método

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa e descritiva, realizada em duas ESFs, sendo uma urbana e outra rural, localizadas em um município no interior do Rio Grande do Sul. O município possui uma ESF no interior e seis na zona urbana, onde foram escolhidas duas na zona urbana através de sorteio. Os participantes do estudo também foram selecionados através de sorteio, em que foram selecionados cinco idosos de cada ESF na zona urbana e dez na zona rural. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e realizadas nas residências, em locais reservados. A análise dos dados foi mediante análise do conteúdo das falas dos sujeitos pelo método de análise temática. Para o desenvolvimento desta pesquisa foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos, da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição de ensino sob o parecer número 2.354.458.

Resultados e Discussão

Na zona urbana, a idade dos entrevistados variou de 63 a 99 anos, sendo nove do sexo feminino e um masculino. Destes, quatro do sexo feminino eram hipertensas e uma hipertensa e diabética; e somente uma estava acima do peso. Dos dez idosos, seis já sofreram quedas, sendo cinco do sexo feminino e três ficaram dependentes de cuidador. Dos dez idosos, somente um faz caminhadas três vezes na semana como exercício físico. Na zona rural a idade variou entre 60 e 84 anos, sendo cinco de cada sexo. Destes, uma do sexo feminino era portadora de hipertensão arterial, outra portadora de diabetes e três homens eram portadores de hipertensão arterial. Quatro idosos estavam acima do peso e somente dois, do sexo masculino, praticam caminhadas de duas a três vezes por semana. Dos dez idosos, dois já sofreram quedas, um de cada sexo, sendo que o sexo feminino fraturou o fêmur e depende de cuidador. Nesse estudo, foi possível perceber que na zona urbana somente um idoso faz caminhadas três vezes na semana como exercício físico, enquanto que na zona rural dois praticam caminhadas de duas a três vezes por semana. Esse fato representa que, dos vinte idosos entrevistados, somente 15% pratica alguma atividade física. No entanto, cinco idosos na zona rural possuem alguma doença crônica e cinco na zona urbana possuem doença crônica, ou seja, 50% do total dos idosos. Nesse estudo, apenas três idosos informaram o uso de álcool, perfazendo 30% do total de entrevistados. Com relação a quedas, sete já sofreram quedas, sendo seis da zona urbana, totalizando 35% dos idosos. Além disso, seis ficaram dependentes de cuidador, pois sofreram fraturas de fêmur, quadril, tornozelo e úmero. Quedas e as consequentes lesões resultantes constituem um problema de saúde pública e de grande impacto social. Como as entrevistas foram realizadas nas residências dos idosos, foi possível observar a presença de tapetes, desníveis e escadas. Esses fatores podem facilitar ou propiciar a ocorrência de quedas. Assim, a vulnerabilidade dos idosos aliada as quedas podem provocar consequências significativas como: redução da mobilidade e funcionalidade, fraturas, institucionalização, medo de cair novamente e repercussão na vida dos familiares.

Conclusão

Com isso, ressalta-se a importância da equipe da ESF no sentido de conhecer essa realidade e atuar para minimizar o risco de quedas, assim como incluir o familiar e/ou cuidador nesse processo. Além disso, é imprescindível que os profissionais entendam o processo de envelhecimento e estejam capacitados para prestar os cuidados aos idosos.

Descritores

Saúde do Idoso; Acidentes por Quedas; Enfermagem; Estratégia Saúde da Família; Cuidados de Enfermagem.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde (MS). Morbidade por acidentes e violências no Brasil: tendência das hospitalizações no período de 2002 a 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

2 Moura DRO, Souza ARC, Azevedo A, Silva MC, Reiners AO, Abreu HCAA. Fatores associados à recorrência de quedas em uma coorte de idosos. Ciênc. saúde colet., 2016; 21(11).

3 Campos ACV, Cordeiro EC, Rezende GP, Vargas AMD, Ferreira EF. Qualidade de vida de idosos praticantes de atividade física no contexto da Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm, 2014; 23(4):889-97.

4 Jesus IT, Orlandi AA, Grazziano ES, Zazzetta MS. Fragilidade de idosos em vulnerabilidade social. Acta Paul. Enferm, 2017; 30(6):614-20.

5 Moraes AS, Soares WJS, Lustosa LP, Bilton TL, Ferrioli E, Perracini MR. Características das quedas em idosos que vivem na comunidade: estudo de base populacional. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol, 2017; 20(5):693-704.

INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA EM GESTANTES DA REGIÃO SUL

Autores

Talila Casagrande[1];
Tainara Zamboni[2];
Jaqueline Rossari[3];
Tatiane de Mattos Drehmer[4];
Vanessa Aparecida Gasparin[5].

E-mail para correspondência

tainarazamboni@hotmail.com

Resumo

Introdução

Na década de 1990, pesquisadores de países desenvolvidos passaram a realizar estudos utilizando um novo indicador de saúde, intitulado internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP). Esse indicador deu origem a um grupo de doenças para as quais um cuidado eficaz na atenção primária diminuiria o risco de internações, no que diz respeito à prevenção do surgimento dos agravos, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e acompanhamento de patologias crônicas[1]. Em 2008, o Ministério da Saúde do Brasil por meio da portaria 221 de 17 de abril de 2008, deu origem a uma lista própria de ICSAP, como tentativa de avaliar a qualidade do nível de atenção básica, bem como de todo sistema de saúde além de prever gastos, necessidades de investimento e definir prioridades em saúde[2]. Elevados índices de ICSAP em uma população representam um sinal de alerta, que podem indicar sérios problemas no acesso ao sistema de saúde ou de seu desempenho. No Brasil, as ICSAP foram as responsáveis por 34% das internações pagas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), gerando um gasto de

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, Udesc Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, coordenadora do Centro de Saúde da Família Santa Maria do município de Chapecó;
4 Enfermeira assistencial do Centro de Saúde da Família Norte do município de Chapecó;
5 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

R$ 1,03 bilhões em internações hospitalares, sendo que 51,9% dessas internações ocorreram em mulheres. De forma que o ciclo vital feminino, em especial o gestacional gera um aumento no risco de internar por CSAP em relação aos demais grupos[3-4]. Mesmo com o aumento na cobertura da assistência pré-natal pela Estratégia da Saúde da Família (ESF), as avaliações referentes à qualidade do processo da assistência à gestante ainda são preocupantes, uma vez que um pequeno percentual de mulheres recebe assistência qualificada durante a gestação, contribuindo com a ocorrência de agravos evitáveis e internações desnecessárias. Nessa perspectiva, evidencia-se a necessidade de se fazer uma análise dos serviços através dos determinantes do perfil das ICSAP de gestantes, o que pode incrementar a capacidade de resolução da Atenção Primária a Saúde (APS) a identificar fatores passíveis de melhorias nessa área e contribuir para que profissionais, principalmente da enfermagem, insiram novas condutas e rotinas no atendimento à mulher no período gravídico.

Objetivos

Analisar as ICSAP no público feminino no que tange a doenças do pré-natal e parto na região Sul em um período de 10 anos.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, realizado a partir da consulta de dados secundários disponibilizados através do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e Sistema de Informações Hospitalares do SUS. A busca de dados deu-se pela seguinte ordem: acesso ao DATASUS, no campo da Linha foi selecionado o item "Região e Unidade da Federação", no campo da Coluna selecionado "Ano", no campo Conteúdo selecionado "Intern CSAB – grupo19" e no campo períodos disponíveis foram selecionados ao anos de 2003 a 2013. O acesso foi realizado em março de 2019. Os dados foram analisados descritivamente, por meio da descrição de frequências absolutas e relativas. Esse estudo não foi submetido a Comitê de Ética em Pesquisa por se tratar de dados de domínio público.

Resultados e Discussão

Durante os anos de 2003 a 2013 a taxa de ICASP no grupo de doenças relacionadas ao pré-natal e parto da região Sul foi de 40.630, sendo o estado de Santa Catarina detentor do menor índice totalizando 9.693 (23,8%) internações, quando comparado ao Rio Grande do Sul com 17.111 (42,2%), seguidamente do estado de Paraná com 13.826 (34,0%). Apesar de Santa Catarina ser o melhor estado ao representar a região Sul no que diz respeito às ICSAP relacionadas às doenças do pré-natal e parto, o indicador apresentou aumento significativo nos referidos anos visto que em 2003 foi de 504 e praticamente triplicou em 2013 passando para 1488 casos. Quando analisados cronologicamente, pode-se perceber quase que na totalidade, o aumento progressivo de ICSAP com o decorrer dos anos em todos os estados da região Sul. Resultado um tanto quanto intrigante, principalmente se considerarmos os anos a partir de 2011, visto a instituição da Rede Cegonha no SUS, a qual objetiva ampliação do acesso e propiciar saúde e qualidade por meio de uma rede de cuidados organizada em quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico[5]. Cabe salientar ainda que o grupo de doenças relacionadas ao pré-natal e parto abarcam a infecção do trato urinário da gravidez, sífilis congênita e síndrome da rubéola congênita, não englobando uma gama de patologias que pode afetar a mulher no período gravídico[2]. No entanto, sendo um dos intuitos da Rede Cegonha, uma qualificada assistência pré-natal visa combater tais adversidades ainda na atenção primária, não contribuindo para a elevação dos índices do indicador de ICSAP.

Considerações finais

Pode-se perceber que apesar do avanço cronológico aliado a progressão de estratégias que visam qualificar o atendimento prestado as gestantes, as internações desta população permanece em constante ascensão. O monitoramento e avaliação da situação do serviço de saúde e seus impactos nas doenças e agravos são considerados um mecanismo essencial, que permite a qualificação da assistência, além de servir como uma estratégia fundamental para auxiliar o gestor na tomada de decisão. Os dados mais recentes apresentados datarem de 2013 destaca-se como uma limitação do estudo, proveniente da indisponibilidade de informações no sistema consultado. Cabe ressaltar ainda, que apesar da tentativa de retratar o indicador a nível regional, sistemas como o consultado necessitam de atualização de dados constante, bem como um número de notificações condizentes com a realidade, ou seja, que não ocorram subnotificações que favorecem um cenário equivocada e limitação da real situação estudada.

Descritores

Atenção Primária a Saúde; Avaliação em Saúde; Gestantes; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Arruda, JS; Costa, JSD. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. **Rev Brasileira de Medicina de Família e Comunidade,** 2017, maio.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Publica na forma do Anexo desta Portaria, a Lista Brasileira de Internações por condições Sensíveis à Atenção Primária, 2008.

3 Pitilin, EB; Pelloso, SM. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, 2015, fev.

4 Pitilin, EB; Pelloso, SM. Internações Sensíveis à Atenção Primária em gestantes: fatores associados a partir do processo da atenção pré-natal. Florianópolis, 2017.

5 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do SUS, a Rede Cegonha, 2011.

PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM FRENTE AO PROTOCOLO DE MORTE ENCEFÁLICA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Autores

Jessica Mayara Wolfart1;
Mirian Vanusa Welter2;
Vanusa Daiane Eidt2;
Joel Morshbacer3;
Cristiano Alba4;
Ana Cristina Mucke4

E-mail para correspondência

jessica_mayarawolfart@hotmail.com

Resumo

Introdução

A morte encefálica (ME) caracteriza-se pela morte clínica do indivíduo, diagnosticada a partir de uma avaliação criteriosa do mesmo[1]. Graças ao avanço da medicina e tecnologia, é possível manter os órgãos e sistemas íntegros mesmo na presença de perda total das funções encefálicas, viabilizando as chances de transplantes de órgãos, sem que ocorra deterioração ou dano. Para isso, as equipes de enfermagem devem ter formação e conhecimento técnico-científico, legal, ético e humanístico adequado para executar as condutas cabíveis ao paciente com morte encefálica, oferecendo um cuidado digno e informações necessárias aos familiares[2].

Objetivos

Identificar a percepção da equipe de enfermagem frente ao protocolo de morte encefálica na UTI.

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina. Campus São Miguel do Oeste.
2 Enfermeira graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. Campus São Miguel do Oeste.
3 Enfermeiro, Mestre em Ciências da Saúde. Docente e Universidade do Oeste de Santa Catarina. Campus São Miguel do Oeste.
4 Enfermeiro. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Campus São Miguel do Oeste

Método

Caracteriza-se como uma pesquisa descritivo-exploratória com abordagem qualitativa. O campo de estudo ocorreu no setor de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), de um hospital do oeste de Santa Catarina. Foi aplicada uma entrevista semiestruturada, previamente elaboradas com dose perguntas abertas referentes ao protocolo de morte encefálica na UTI. As entrevistas foram individuais e respondidas em formulários entregues pelas pesquisadoras aos participantes, composta por enfermeiros e técnicos de enfermagem do setor de UTI. Foram analisadas as respostas de onze profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva. A coleta de dados aconteceu no período de julho a agosto de 2018, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina – Campus São Miguel do Oeste, iniciada após submissão à avaliação do CEP sob registro 2.793.823, e CAAE 93205418.0.0000.5367 e da autorização do hospital, onde a pesquisa foi desenvolvida por meio da Declaração de Ciência e Concordância das Instituições Envolvidas. A análise dos dados ocorreu por meio de Análise de Conteúdo de Bardin, a qual propõem três fases: pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação.

Resultados e Discussão

o presente estudo foi subdividido em três categorias que abarcam as respostas de onze profissionais atuantes na unidade de terapia intensiva. A primeira categoria aborda as respostas quanto a visão/percepção da ME pelos colaboradores, ressaltando a concepção pessoal, a segunda categoria mostra a visão/percepção frente ao protocolo ME, frisando a compreensão da parte teórica e a terceira expõe a visão/percepção da ME na prática profissional, objetivando-se a compreensão da prática em si. Assim ao analisar a questão referente ao profissional qualificado para atestar a ME, encontrou-se concordância nas afirmações dos entrevistados, onde seria o médico o profissional capacitado para tal ato, além algumas especialidades como neurologia, cirurgia vascular e cardiovascular, juntamente com a utilização de exames de imagem cerebral para confirmação. Ainda um dos participantes coloca que o "Médico neurologista pode fazer o diagnóstico, necessitando sempre de laudo de dois médicos diferentes". Compreende-se que na visão de dos participantes, a comprovação do diagnóstico engloba um processo amplo, incluindo na avaliação "Escala de coma de Glasgow 3, pupilas fixas ou midríase bilateral, apneia, ausência de reflexo de tosse[...] ausência de atividade motora". Em geral, os profissionais entrevistados têm conhecimento sobre os protocolos e as ações tomadas para diagnóstico de ME e os procedimentos após a confirmação, percebível nos depoimentos "Primeiramente é aberto o protocolo com os testes de apneia exames laboratoriais [...] arteriografia para a confirmação da morte encefálica". Também discorreram sobre a composição do protocolo de morte encefálica, afirmando que "O protocolo é composto de várias etapas, sendo exames clínicos, de imagem (tomografia/arteriografia), laboratórios e dedicação de diversos profissionais para sua execução". Apontaram ainda que "após confirmação da morte encefálica os profissionais (médicos) tem respaldo legal para desligar aparelhos que mantem a vida, como ventilador mecânico, drogas vasoativas", ainda "se for morte traumática, deve-se encaminhar corpo ao IML". Quando questionados se já haviam feito algum treinamento sobre morte encefálica, três dos participantes declararam que "Sim", já receberam treinamento, em controvérsia seis descreveram que "Não" receberam nenhum treinamento relacionado ao assunto. A decisão sobre doação de órgão poderá ser solicitada a família somente após comprovação do diagnóstico de ME e após o consentimento para doação ter sido assinado, solicitam-se os exames laboratoriais para avaliação da função dos órgãos que serão doados, bem como exames sorológicos para a validação do potencial doador, e é de responsabilidade da equipe de enfermagem atentar as possíveis intercorrências, dando suporte emocional e orientações aos familiares3. A maioria dos profissionais de saúde apresenta conhecimento insuficiente sobre esse tema, ressaltando a importância da educação permanente para aperfeiçoar o processo de doação de órgãos, fator decisivo para conclusão do protocolo com doação efetiva de órgãos4. Sabendo-se que a notificação para central de captação é obrigatória e que a não notificação é um fator limitante para a doação de órgãos, percebe-se a necessidade de sensibilizar profissionais que não fazem essa notificação, já que o enfermeiro é responsável por planejar, executar, coordenar, supervisionar e avaliar os procedimentos de enfermagem prestados ao doador de órgãos e tecidos, sendo responsável por notificar às centrais de notificação, captação e distribuição de órgão a existência de potencial doador5. Dentro desta perspectiva considera-se a atuação do profissional enfermeiro como peça fundamental deste quebra cabeça, cabe a este o planejamento e coordenação de todo funcionamento do setor, notificação compulsória e entrevista com a família. Por isso a relevância de uma enfermagem organizada neste setor, pois a ocorrência de falhas

em alguma dessas competências pode resultar em disfunção de órgãos no potencial doador, recusa de doação pela condução inadequada do processo, menor rotatividade nos leitos de UTI e maiores custos para o sistema de saúde.

Conclusão

Assim, compreende-se que os profissionais integrantes da equipe de enfermagem possuem amplo conhecimento sobre o protocolo de morte encefálica, no entanto é necessário elaborar estratégias de educação em saúde permanente, a fim de padronizar e esclarecer ideias sobre este protocolo, abordando a importância da notificação às centrais de notificação, por meio de palestras, sensibilização, dinâmicas que estimulem as perguntas e as respostas, proporcionando uma troca de conhecimentos e saberes, vivências e experiências.

Descritores

Enfermagem; Morte encefálica; Protocolos; Equipe de enfermagem.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Soares, JSB; Grudka, LG; Mola, R. Notificação da morte encefálica em ambiente hospitalar. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2015; 16(2).

2 De La Longuiniere, AC; Lobo, MP; Leite, PL; Barros, RD; Souza, NA; Vieira SN. Conhecimento de enfermeiros intensivistas acerca do processo de diagnóstico da morte encefálica. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. 2016;17(5):691-8.

3 Gomes, CN; Araújo, DM; Oliveira, HM; Sampaio, NM. Perspectiva da enfermagem no processo de doação de órgãos e tecidos: relato de experiência. Rev. enferm. UFPI. 2018 Jan 3; 7(1):71-4.

4 Da Silva, TR; Nogueira, MA; Sá, AM. Conhecimentos da equipe de enfermagem sobre o cuidado com o potencial doador em morte encefálica. Revista de Enfermagem da UFPI, 2016 dez; 5(4): 24-30.

5 De Enfermagem, CF. Resolução COFEN-292/2004. Normatiza a atuação do Enfermeiro na Captação e Transplante de Órgãos e Tecidos [Internet]. Brasília: COFEN. 2004.

RELAÇÃO DA DEPRESSÃO E BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA ENFERMAGEM

Autores

Rosicléia da Silva Machado[1];
Éliton Vitor[2];
Aline Rejane Barbian[3];
Pâmela Vitória Frantz[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Os profissionais de enfermagem estão expostos a fatores que podem levar a um desgaste geral do corpo, ocasionando desta forma um problema de saúde mental. Esse desgaste pode ocorrer por meio do trabalho intenso que se tem com os pacientes ou pela insatisfação do profissional com o trabalho, assim como, pela falta de bem estar (físico e mental) dos profissionais[1]. A enfermagem na sua atuação potencializa situações que podem levar a uma problema de saúde mental, uma vez que atua de forma direta com o paciente, vivenciando diretamente situações de intimidade, dor e inquietações humanas. As dificuldades de relacionamento no trabalho, problemas com o remanejamento, a exaustiva jornada de trabalho, a organização de plantões e a exposição a fatores químicos, físicos e biológicos também são fatores predisponentes que desencadeiam a depressão, sendo este um dos transtornos mentais mais comuns entre os profissionais da enfermagem. Assim, a depressão é caracterizada por falta de confiança, tristeza, diminuição da energia, adinamia (falta de força física e/

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ

ou moral), perda da autoestima, sentimento de culpa, redução na concentração, pensamentos suicidas e qualidade desequilibrada de sono e de apetite. Ainda pode ser entendida como um crescimento de sentimentos negativos, o qual pode levar ao mau funcionamento do indivíduo[2]. Outro transtorno presente no trabalho dos profissionais da enfermagem é a síndrome de burnout, a qual possui um quadro bem estabelecido de esgotamento emocional, caracterizado pela exaustão dos recursos emocionais do indivíduo, desumanização ou despersonalização, representado por ações negativas, de cinismo ou indiferença com as outras pessoas do trabalho, diminuição na realização pessoal, sentimentos de insatisfação, tendência de analisar o próprio trabalho de modo negativo, esgotamento, impotência, fracasso e baixa autoestima. Também apresentam frequentemente irritabilidade, dificuldade para concentração, inquietude, comportamentos paranoides ou agressivos com os usuários, familiares e companheiros[3]. Desta forma, destaca-se que conforme ocorre a evolução do quadro de síndrome de burnout podem surgir transtornos mentais, sendo um dos principais a depressão.

Objetivo

Analisar a relação entre depressão e síndrome de Burnout entre profissionais da área da enfermagem.

Método

Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo descritivo-exploratória, realizada em um Hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada com 81 profissionais da área da enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem) entre os meses de Agosto á Outubro de 2017. Para a coleta foi utilizado um instrumento de pesquisa contendo: 1) Questionário sócio demográfico, econômico e social; 2) Inventário de Depressão de Beck; e 3) Maslach Burnout Inventory. Após digitação duplo independente em banco de dados, foi realizado análise descritiva e de correlação de pearson no software SPSS. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE: 71071817.3.0000.5367 e do parecer número 2.193.272.

Resultados e Discussão

Após avaliação das características sociodemográficas e social foi possível identificar que 91,4% dos profissionais eram do sexo feminino, 59,2% dos profissionais apresentavam escolaridade até o segundo grau completo, 64,2% conviviam com esposo(a) ou companheiro (a), e 54,3% apresentavam renda mensal de dois a três salários mínimos. Após avaliação da classificação do nível de depressão foi possível identificar que 83,9% dos profissionais não apresentaram nenhuma depressão, 7,4% dos profissionais apresentaram depressão leve, 6,2% dos profissionais apresentaram depressão moderada e 2,5% dos profissionais apresentaram depressão grave. Já a classificação do inventário de burnout é dividida em três subescalas (Exaustão profissional, Despersonalização e Baixa Realização Profissional). Assim, a partir das análise descritiva das subescalas do inventário de burnout foi possível identificar que a exaustão emocional apresentou média de 21,30 (± 6,290), a despersonalização média de 9,46 (± 3,369) e a baixa realização profissional apresentou média de 18,38 (± 4,554). Desta forma, a depressão apresentou correlação moderada e direta com as subescalas da avaliação do burnout, Exaustão emocional (r=0,464; ≤0,01) e Baixa realização profissional (0,315; ≤0,01). Assim, quanto maior for o nível de depressão, maior será a exaustão profissional e a mais baixa será a realização para o trabalho. A depressão ainda apresentou correlação baixa e direta com da despersonalização (r= 0,283; ≤0,05). Assim, quanto maior for o nível de depressão, maior será o nível de despersonalização. Neste estudo foi possível identificar que a depressão está relacionada à subescalas da Síndrome de Burnout entre profissionais da área de enfermagem, uma vez que este ambiente de trabalho apresenta inúmeros fatores estressores, como conflitos entre equipe, sobrecarga de tarefas, falta de clareza nos procedimentos, acabam fortalecendo a influência na deterioração da saúde mental do profissional de enfermagem, sendo manifestada pela depressão, e consequentemente a Síndrome de Burnout[4]. A Síndrome de Burnout e a depressão apesar de apresentarem manifestação de sintomas semelhantes na vida profissional, possuem causas distintas, sendo assim, traz confundimento entre o diagnóstico de ambas, porém o Burnout tem sido pautada por alguns especialistas como uma manifestação da depressão. A Síndrome de Burnout pode ser um fator precursor para o desencadeamento de transtornos da depressão no profissional, quando se tratar de contexto laboral[5].

Conclusão

Conclui-se que torna-se necessário debater sobre as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, independente da sua área de atuação, uma

vez que a enfermagem é considerada como uma profissão estressante e reconhecida como uma das principais peças na assistência e do cuidado com a saúde. Assim, torna-se necessário realizar ações de promoção e prevenção da saúde para os trabalhadores de enfermagem, a fim de identificar a necessidade de apoio psicológico e social para desta forma, proporcionar uma melhor qualidade de vida e no trabalho, possibilitando um melhor desempenho profissional e uma melhora na assistência.

Descritores

Saúde Mental; Depressão; Síndrome de Burnout;

Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Braga, DS; De Paula, MAB. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. Rev Magistro. 2018;1(17):29-43.

2 Gherardi-Donato, ECS et al. Associação entre depressão e estresse laboral em profissionais de enfermagem de nível médio. Rev Latino-Am Enferm. 2015;23(4):733-740.

3 Sakae, TM et al. Prevalência da Síndrome de Burnout em Funcionários da Estratégia da Saúde da Família em um Município no Sul do BRASIL. Arquivos Catarinenses de Medicina. 2017;46(1):43-54.

4 Manetti, ML; Marziale, MHP. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. Estudos de psicologia. 2007;12(1):79-85.

5 Murcho, NAC; Jesus, SN; Pacheco, JEP. A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. Psic., Saúde & Doenças. 2009;11(1):57-68.

PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM RELAÇÃO AO CONHECIMENTO DA DRC

Autores

Bruna Chiossi Presoto[1];
Gabriele Cristine Metzger[2];
Morgana Cristina Nardi[3],
Emanueli Sara Kowalski[4];
Francielli Girardi[5];
Olvani Martins da Silva[6]

E-mail para correspondência

brunapresoto98@gmail.com

Resumo

Introdução

Os rins compõe um sistema chamado de sistema renal, são eles que exercem a função essencial de filtragem do sangue, que corresponde a eliminação de impurezas. Quando há uma diminuição desse papel exercido pelo órgão, se percebe a Doença Renal Crônica (DRC), que nada mais é que a perda por completa ou parcial do seu ofício de regulador, e secretor[1], ocasionando uma lesão no rim, o que leva a perda por completa da atividade renal. A evolução da DRC é lenta e gradativa, aos poucos se instala no organismo do indivíduo e vai causando pequenos danos imperceptíveis em um primeiro momento, onde o próprio corpo vai se adaptando. Posteriormente, a doença começa a se manifestar de forma mais intensa; em seu estágio mais avançado, apresenta sintomas graves como uremia, anemia, acidose, hipertensão, retenção de líquidos, entre outros[1]. Nessa fase da doença, uma intervenção de alta complexidade torna-se necessária, como a diálise peritoneal ou hemodiálise, tanto uma quanto a outra consiste

1 Acadêmica de Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmica de Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmica de Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Enfermeira, Mestre, Docente - Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

na substituição da função renal de forma artificial, ainda, outra alternativa mais invasiva seria o transplante renal, lembrando que para a DCR não existe cura. Nesse sentido, a melhor estratégia é a prevenção, o controle de patologias que levam a perda da função renal, como o diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. No Brasil, a DRC ainda é subnotificada, com isso, é primordial que os cuidados primários da atenção a saúde sejam mais cautelosos diante das comorbidades do paciente hipertenso e diabético, incluindo a perda da função renal, intensificando o rastreamento precoce da doença desses pacientes com a intenção de diminuir os agravos da DRC[2]. Nesse contexto é de fundamental importância a atuação da Estratégia da Saúde de Família (ESF) no monitoramento e na prevenção da doença renal, com uma abordagem geral ao paciente atentando para os fatores de risco (hipertensão, obesidade, dislipidemia, tabagismo, diabetes) e outros relacionados a doença, o diagnóstico e tratamento da doença em estágios iniciais até o encaminhamento para o especialista, propondo uma avaliação integral e multidisciplinar da equipe para com o paciente[3].

Objetivo

Descrever a percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem da atenção primária em relação ao conhecimento da DRC.

Metodologia

Estudo exploratório, realizado na rede de atenção Primária de Chapecó, no mês de setembro de 2018 durante as oficinas realizadas pelo grupo de extensão Doenças Crônicas não Transmissíveis: pensando na integralidade do cuidado ao paciente com doença renal crônica no município de Chapecó- SC, o qual tenciona atualizar os profissionais em relação a esse agravo de saúde. A população em estudo, foram todos os técnicos e auxiliares de enfermagem que participaram da oficina, mediante aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, totalizando uma amostra de 103 profissionais. O instrumento de coleta de dados foi um questionário contendo questões de caracterização do profissional, sobre a doença renal crônica e as condutas realizadas pelo profissional durante a atendimento ao usuário. Para o presente estudo, será apresentado as questões referente a representação da doença renal crônica para o profissional. Os dados receberam tratamento descritivo. O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com seres humanos da UDESC sob parecer nº 2.812.386 de 10 de agosto de 2018.

Resultados e Discussão

Os resultados deste estudo demostram que 97 (94,2%) dos profissionais eram do sexo feminino, 5 (4,9%) eram do sexo masculino e 1 (0,9%) não respondeu a este questionamento. Quando interrogados em relação a terem realizado alguma capacitação relacionado a DRC, 83 (80,6%) respondeu que nunca receberam qualquer capacitação a respeito do tema, 16 (15,5%) obtiveram pelo menos uma hora de capacitação e 4 (3,9%) não responderam. Ao interrogar: "o que é doença renal crônica para você?", de um total de 103 técnicos e auxiliares de enfermagem, 16 (15,5%) não responderam ao questionamento, 29 (28,2 %) responderam ser a diminuição da função renal; 28 (27,2 %) acredita ser a paralização da função renal; 23 (22,3%) consideram que é uma doença que leva ao tratamento de hemodiálise, comprometendo o funcionamento do rim e a qualidade de vida e 7 (6,8%) relatam que é o momento em que o paciente necessita de ajuda. **Conclusão:** A percepção dos técnicos e auxiliares de enfermagem da atenção primária em relação ao conhecimento da DRC é diversificada, embora suas respostas apontem para a redução ou perda das funções do rim. Percebe-se que compreendem os sinais e sintomas e a evolução da doença, juntamente com isso, consideram a necessidade de um acompanhamento ao direcionarem suas resposta a necessidade de ajuda por parte do paciente. Entretanto, é notória a importância de ofertar capacitação sobre a temática a estes profissionais. Acredita-se que o enfermeiro tem como atribuição assistir o usuário de forma integral, articular com a equipe de saúde estratégias de enfrentamento, para promover a saúde integral destes usuários, predispostos a acometimentos, como o caso à insuficiência renal crônica. Realizar ações educativas em unidades básicas de saúde (UBS), com intuito de prevenir as comorbidades futuras e impactos a ela associada, para uma melhorar qualidade de vida. Para isso, é importante o treinamento e capacitação de sua equipe, para que possam atuar de forma consciente e segura em suas orientações.

Descritores

Enfermagem; Doença Renal Crônica; Técnicos de Enfermagem.

Eixo temático

Produção de conhecimentos, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Santos BP; Oliveira VA; Soeares MC; Schwartz E. Doença renal crônica: relação dos pacientes com a hemodiálise. ABCS Health Sci. 2017; 42(1):8-14.

2 Andrade I, Almeida MRSA, Santos RV. Atuação da enfermagem em atenção básica na prevenção e progressão da insuficiência renal crônica. Rev. Eletrôn. Atualiza Saúde | Salvador. 2016; 4(4):23-31.

3 Santos JRFM; Luz MFS; Silva RRL; Aguiar VF; Moura LH; Silva PS. Estratégias da atenção básica na doença renal crônica: a importância do diagnóstico precoce. Rev. Saúde.Com 2017; 13(2): 863-870.

RELAÇÃO ENTRE A DEPRESSÃO E ANSIEDADE EM PROFISSIONAIS DA ÁREA DA ENFERMAGEM

Autores

Micheli Menin[1];
Rosicléia da Silva Machado[2];
Aline Rejane Barbian[3];
Pâmela Vitória Frantz[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A enfermagem visa educar, cuidar e prestar assistência adequada aos pacientes, mas para gerenciar o trabalho, o profissional enfermeiro precisa ter conhecimento e estabilidade emocional. Entretanto, a ausência de aplicações nos Sistema de Saúde transforma as situações de trabalho insatisfatórias, ocasionando adoecimento dos trabalhadores, implicando no andamento e na eficácia dos serviços de saúde. As responsabilidades, a sobrecarga de trabalho e exigências, repercutem em insatisfação ocupacional, fragilidade emocional e diminuição nos serviços prestados. Diante do exposto, o prazer profissional se torna desprazer, trazendo ineficácia e insignificância entre outros estressantes para a saúde[1]. Assim, cabe ressaltar que o predomínio dos sintomas depressivos, que coincide com os motivos de morte gerados pela própria vítima, é considerado alto entre os profissionais de saúde. Com isso, os mesmos estão propensos a problemas de saúde mental, primeira-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

mente por trabalharem com o sofrimento humano, segundo pela dificuldade relacionada ao ambiente de trabalho e pela ausência de reconhecimento profissional. O adoecimento mental resulta em uma das três patologias mais manifestada pelos enfermeiros (ansiedade, depressão e estresse), tornando necessário que os serviços de saúde identifiquem este problema previamente, a fim de promover a Saúde do trabalhador, evitando resultados infelizes e inevitáveis, assim como a redução da qualidade da assistência prestada[2]. Nesta perspectiva, torna-se necessário que profissionais da área da saúde mental, auxiliem esses enfermeiros a enfrentar as pressões diárias, por meio de alternativas a fim de diminuir os fatores que ocasionam o estresse, depressão e ansiedade nos enfermeiros, possibilitando a implantação de programas de atenção à Saúde do trabalhador e o gerenciamento das razões que causam o estresse e ansiedade no serviço de saúde, assim como a promoção de um ambiente favorável de trabalho, gerando uma manutenção da qualidade de vida do profissional da saúde[3].

Objetivo

Analisar a relação de depressão e ansiedade em profissionais da área da enfermagem.

Método

Trata-se de uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória, de abordagem quantitativa, realizada em um Hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina. A coleta de dados foi realizada entre os meses de Agosto á Outubro de 2017, com 81 profissionais da área da enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Para a coleta foi utilizado um instrumento de pesquisa contendo: 1) Questionário sócio demográfico, econômico e social; 2) Inventário de Depressão de Beck; e 3) Escala de Ansiedade de Beck. Após digitação duplo independente em banco de dados, foi realizado análise estatística (descritiva e de Correlação de Pearson) no software SPSS. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE: 71071817.3.0000.5367 e do parecer número 2.193.272.

Resultados e Discussão

Segundo as características sociodemográficas e social foi possível identificar que 74 profissionais eram do sexo feminino, 48 profissionais apresentavam escolaridade até o segundo grau completo, 52 conviviam com esposo(a) ou companheiro (a), e 44 apresentavam renda mensal de dois a três salários mínimos. Após avaliação da classificação do nível de depressão foi possível identificar que 68 profissionais não apresentaram nenhuma depressão, seis profissionais apresentaram depressão leve, cinco profissionais apresentaram depressão moderada e dois profissionais apresentaram depressão grave. Já a classificação pelo nível de ansiedade apontou que 57 profissionais apresentaram grau mínimo de ansiedade, 14 profissionais apresentaram grau leve de ansiedade, oito profissionais apresentaram grau moderado de ansiedade e dois profissionais apresentaram grau severo de ansiedade. Ao avaliar a relação entre o nível de depressão e o nível de ansiedade, foi possível identificar que a depressão apresentou correlação significativa moderada e direta com a ansiedade ($r=0,564$; $p\leq0,01$). Assim, quanto maior for o nível de depressão, maior será o nível de ansiedade nos profissionais de enfermagem. Desta forma, percebe-se na literatura que existe uma relação entre ansiedade e depressão, o qual compromete a qualidade de vida mental dos enfermeiros, seja por uma crise de ansiedade, e que pode evoluir para uma depressão de leve, e consequentemente a uma depressão severa[1]. Em relação a ansiedade pode-se observar que ela está diretamente ligada à depressão. A literatura aponta que esta associação pode ocorrer em pessoas que em sua profissão mantém o contato direto com pacientes, pela diversidade de doenças e prognósticos. No entanto, aponta-se outras características que envolve o trabalho, das quais destaca-se a carga horária excessiva de trabalho, cobrança da sociedade e da instituição. Sabe-se que a depressão causa diminuição no rendimento, na aprendizagem, nas tarefas do cotidiano, acarretando a baixa estima e insegurança[4] Assim, os transtornos de ansiedade estão acompanhados de diversas queixas somáticas, estas, são percebidas antes que os sintomas psicóticos, observa-se nos pacientes: taquicardia, sudorese, taquipnéia, aumento do peristaltismo, tremores, parestesia, dormências, nervosismo, insegurança entre outros. A depressão também se apresenta de várias formas, com queixas psíquicas, sendo elas: humor depressivo, desvalorização e culpa, planos de morte e suicídio, fadiga, sensação de perda de energia, diminuição da concentração, além de queixas somáticas, como: aumento ou diminuição de sono, apetite e peso, diminuição da libido, dores sem substrato orgânico. Podem ocorrer também alterações no comportamento, abandono de atividades habituais e do cuidado próprio, comportamento suicida, retardo ou agitação. Assim a depressão e ansiedade não são a

mesma doença, porém, associam-se e frequentemente aparecem ao mesmo tempo. É comum indivíduos com depressão apresentar ansiedade e vice e versa[5].

Conclusão

Diante deste cenário torna- se notório a importância de acompanhar os índices de depressão e ansiedade entre os profissionais da saúde, uma vez que se torna evidente o aumento dos índices de suicídio entre os trabalhadores de enfermagem. Assim, segundo os inúmeros casos de instabilidade emocional apresentadas nesta categoria, mostra-se a necessidade da inserção de outro profissional que cuide da saúde mental desses trabalhadores, para que sua função seja desenvolvida de forma satisfatória e que tenha um melhor desempenho no seu trabalho. Assim sendo, conclui-se que é necessário o acompanhamento periódico por um psicólogo, psiquiatra ou terapeuta para que os trabalhadores da saúde se sintam confiantes e exponham seus medos e frustrações, minimizando situações de ansiedade e consequentemente de depressão.

Descritores

Saúde Mental; Depressão; Ansiedade; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Lourenção, LG. Qualidade de vida, engagement, ansiedade e depressão entre gestores de unidades da atenção primária à Saúde. Rev Portuguesa de Enferm de Saúde Mental. 2018;18:58-64.

2 Silva, DSD et al. Depressão e risco de suicídio entre profissionais de Enfermagem: revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(6):1027-1036.

3 Cardoso, MR et al. Fatores estressores: Interferência na qualidade da assistência dos profissionais Enfermeiros. Prática Hospitalar. 2015; 97:22-27.

4 Vasconcelos, TC et al. Prevalência de sintomas de ansiedade e depressão em estudantes de medicina. Revista Brasileira de Educação Médica. 2015; 39(1):135-142.

5 Figueiredo, LSM. Transtornos ansiosos e transtornos depressivos: aspectos diagnósticos. Revista da SPAGESP. 2000; 1(1):89-97.

A CONTRIBUIÇÃO DA DISCIPLINA DE PATOLOGIA GERAL NO CUIDADO DE LESÕES CUTÂNEAS: revisão narrativa

Autores

Karine Regina Reinehr[1];
Danielle Bezerra Cabral[2];
Renata Mendonça Rodrigues[3]

E-mail para correspondência

karine.reinehr@hotmail.com

Resumo

Introdução

O perfil de profissional almejado pelas novas reformas curriculares dos cursos das Ciências da Saúde busca um caráter humanista, crítico e reflexivo, para atuar com qualidade nos serviços de atenção à saúde. Apesar da evolução técnico-científica, a educação na área da saúde ainda se baseia em um modelo de ensino fragmentado, dificultando a correlação da teoria com a atuação prática[1]. O currículo do curso de graduação em Enfermagem é composto por diversas disciplinas que necessitam de conexão entre a teoria e prática para a efetivar o conhecimento. Dentre elas, está a Patologia Geral que representa uma disciplina de grande importância do núcleo básico de disciplinas do curso graduação em Enfermagem e auxilia o acadêmico no processo de aprendizagem teórico de várias doenças e serve como base para o desenvolvimento de procedimentos práticos na disciplina de Semiologia e Semiotécnica, assim como nas práticas assistenciais. As lesões cutâneas e seu processo de cicatrização fazem parte do conteúdo programático da disciplina de Patologia Geral e, esses conhecimentos são salutares para o enfermeiro que atua na Rede de Atenção à Saúde.

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Objetivos

Descrever e discutir a importância do conhecimento teórico e prático da disciplina de Patologia sobre o cuidado com lesões cutâneas.

Método

Adotou-se, nesse estudo, a revisão narrativa da literatura, no contexto da disciplina de Patologia no cuidado de enfermagem às lesões cutâneas. A partir da busca e análise de artigos, livros e outros materiais científicos[2], sem critérios explícitos, descreveu-se o "estado da arte" da temática do estudo. Utilizaram-se as bases eletrônicas pesquisadas foram *Scientific Electronic Library Online* (*SciELO*), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *National Library of Medicine* (*PubMed*), nos últimos dez anos (2010-2019). Selecionaram-se publicações nacionais e internacionais, nos idiomas português e inglês, e no formato completo e integral. Os descritores padronizados pelos Descritores em Ciências da Saúde foram: feridas, conhecimento e enfermagem. Após leitura e avaliação, os artigos selecionados foram destacados, descritos e analisados.

Resultados e Discussão

Totalizaram-se seis artigos que abordaram do conhecimento teórico e prático da disciplina de Patologia sobre cuidados com lesões. A partir dos artigos analisados o conceito de "lesões" foi destacado. Baratieri e colaboradores[4] a conceituaram como uma interrupção da continuidade da pele provocada por traumas, interferindo nas funções vitais do organismo. Ainda, descreveram a necessidade de observar as diversas formas e características específicas que se apresenta a ferida, desde a epitelização a sua completa remodelagem tecidual. Constatou-se que há um consenso entre os autores que as lesões necessitam de cuidados e tratamento especial, para evitar complicações e infecções subsequentes e impedir o prolongamento do sofrimento do paciente. Nesse sentido, Costa e colaboradores[5] citaram que o enfermeiro atua na avaliação, tratamento, prevenção e desenvolvimento de ações de cuidado aos pacientes portadores de alguma lesão[5]. Sendo assim, Baratieri e colaboradores[4], relataram que o enfermeiro, na avaliação das lesões, deve tomar uma decisão clínica para iniciar, seguramente, a terapêutica. Para tanto, há a necessidade de suporte técnico e científico adequado, o que preocupa alguns autores, pois em seus estudos descrevem que os enfermeiros possuem fragilidades científicas na avaliação e no reconhecimento dos aspectos anatômicos e fisiológicos das lesões, retardando, assim o processo de cicatrização[4]. Esses autores vão além do cuidado com as lesões, pois enfatizam sobre a exigência de uma capacitação do enfermeiro nessa área específica da assistência a partir da integralidade do cuidado individual, familiar e societário, nos aspectos biológicos, emocionais e sociais[4]. Houveram análises sobre o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem no cuidado e tratamento de lesões, em que evidenciou que seu conhecimento, ainda, possui lacunas. Assim, Costa e colaboradores[5], em seu estudo com graduandos do quinto período (42,9%), sétimo (32,1%) e do nono (25,0%) descreveram que a maioria dos acadêmicos de enfermagem conhecem quais os fatores de risco, tipos de tratamento, tipos de ferida e o processo de cicatrização das lesões estudadas na disciplina de Patologia. Já os conteúdos desconhecidos pela maioria eram a avaliação clínica completa do paciente e custos financeiros de um tratamento. As maiores dificuldades apontadas pelos graduandos foram a falta de conhecimento sobre as coberturas utilizadas para cada tipo de lesão e a complexidade de associar teoria e prática. Dos seis estudos analisados, quatro buscavam identificar o nível de conhecimento dos graduandos de enfermagem, e dois dos profissionais de enfermagem, em relação a assistência aos portadores de lesões. Portanto, os resultados desta pesquisa identificaram, que tanto os acadêmicos quanto os profissionais de enfermagem, apresentam limitações no conhecimento e fragilidades práticas para atuar no cuidado as lesões cutâneas.

Considerações Finais

As fragilidades sobre o conhecimento das "lesões", associação do conteúdo teórico para a prática, a inexperiência prática durante o processo formativo do enfermeiro e a falta de capacitação específica sobre o assunto foram os pontos chaves dessa revisão narrativa. Essas fragilidades promovem um fator limitante, pois espera-se que acadêmicos e profissionais sejam capacitados, clínicos e utilizem as melhores evidências para uma tomada de decisão segura e resolutiva. Sendo assim, os conteúdos da disciplina de Patologia Geral perpassam o extramuro da deontologia de enfermagem e demais especialidades, dentre elas a estomaterapia.

Descritores

Feridas; Conhecimento; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC.

Referências

1 Roman, C; Ellwanger, J; Becker, GC; Silveira, AD; Machado, CLB; Manfroi, WC. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. Clin Biomed Res. 2017; 37(4). Disponível em: https://seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/73911/pdf

2 Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª Edição. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2002. Disponível em: https://professores.faccat.br/moodle/pluginfile.php/13410/mod_resource/content/1/como_elaborar_projeto_de_pesquisa_-_antonio_carlos_gil.pdf

3 Rother, ET. Revisão sistemática X revisão narrativa. Acta paul. Enferm 2007; 20 (2): v-vi. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n2/a01v20n2.pdf

4 Baratieri, T; Sangaleti, CT; Trincaus, MR. Conhecimento de acadêmicos de enfermagem sobre avaliação e tratamento de feridas. Rev Enferm Atenção Saúde [Online]. jan/jun 2015; 4(1): 2-15. Disponível em: http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1259/1130

5 Costa, RKS; Azevedo, IC; Torres, GV; Costa, MAT; Salvetti, MG. Graduandos de enfermagem: conhecimento sobre o cuidado à pessoa com lesão cutânea. Rev Enferm UFPI [Online] 2016 jan-mar; 5 (1): 10-16. Disponível em: http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5016/pdf

PERFIL DE RNS EM FOTOTERAPIA DE UM HOSPITAL DO EXTREMO-OESTE DE SANTA CATARINA

Autores

Pamela Chiela Batista da Cruz[1];
João Vitor Valente[2];
Karen Cristina Kades Andrigue[3];
Suzi Sinara Zambenedetti Oliveira[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

O nascimento de um recém-nascido (RN) é considerado um momento esperado por toda a família. No entanto, alguns RNs neste momento, logo após o parto podem ser acometidos por uma doença chamada hiperbilirrubinemia ou icterícia, a qual é considerada uma síndrome que apresenta elevação da bilirrubina no sangue, tendo como principal característica clínica o amarelamento da pele, musca e líquidos orgânicos[1]. No estágio agudo, o RN apresenta várias características preocupantes, como letargia, irritabilidade e hipotonia, sucção inadequada, choro agudo, arqueamento do corpo e até mesmo convulsões. Assim, destaca-se que se não tratada da forma correta faz-se necessário a adesão de um tratamento mais agressivo, como a fototerapia[2]. Como modalidade terapêutica mais utilizada em RNS, à fototerapia é um procedimento não invasivo que tem por função a diminuição dos níveis de hiperbilirrubinemia, ou seja, transformar a bilirrubina não-conjugada na forma hidrossolúvel, a qual se torna menos tóxica sendo

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

assim eliminada pelos rins ou fígado sem sofrer modificações metabólicas[3].

Objetivos

Identificar o perfil dos recém-nascidos que realizaram fototerapia em um município do extremo-oeste de Santa Catarina.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de abordagem quantitativa, do tipo retrospectivo em um hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina, realizado a partir de 20 prontuários de Recém Nascidos (RNs) que realizaram tratamento para fototerapia no ano de 2016. A coleta de dados aconteceu no período de agosto à outubro de 2017. O instrumento de avaliação permitiu coletar informações sobre a causa da icterícia, sexo, etnia, idade gestacional, peso ao nascer, apgar, data de internação, níveis de bilirrubina, início e final da internação e tempo de fototerapia. Os dados coletados foram digitados no programa Epi-info, versão 7, e após verificação de erros e inconsistências foi analisado estatisticamente, por meio de análise descritiva e de frequência, no programa SPSS. A pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número: 2.193.178 e CAAE: 71072317.3.0000.5367, o qual respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.

Resultados e Discussão

Segundo a avaliação do perfil dos RNs em fototerapia foi possível identificar que 50% eram do sexo feminino e 50% do sexo masculino, 60% apresentavam idade gestacional de 39 semanas, 85% foram parto cesárea. Dos 20 RNs 20% não receberam alta após o nascimento, já que um período mais prolongado de observação é necessário, para que se tenha segurança do aparecimento ou não de icterícia, e assim estabelecer conduta terapêutica ou profilática de modo a evitar o aparecimento de complicações neurológicas[1]. Assim, 15% dos RNs se encontravam com dois a três dias de vida, 35% com quatro a sete dias e 25% com oito a quinze dias. Também, 75% dos RNs não realizaram tratamento invasivo durante a internação. No entanto, a punção venosa foi desenvolvida em 25% dos casos. Todos que utilizaram o tratamento de fototerapia fizeram uso da fototerapia reflexiva de alta intensidade. O tempo de utilização do protetor ocular está relacionado com o período de internação para realização do tratamento, totalizando 55% de RNs que fizeram por um período de um dia, 25% com 2 (dois) dias, 15% com 3 (três) dias e 5% com 5 (cinco) dias de tratamento. O período de internação teve variação, sendo que 60% permaneceram durante um dia internado, 15% por dois dias, 20 % por três dias e 5% durante cinco dias. Nenhum dos RNs que nasceram ou desenvolveram alguma doença física ou mental e todos possuíam reflexo de sucção adequado. A amamentação recebida por eles variava entre leite materno e suplemento. Os valores de bilirrubina total apresentam-se alterado em 50% dos RNs, variando de valores entre 12,07 até 22,07 mg/dl de bilirrubina. Já a bilirrubina direta teve aumento em 16 RNs, com valores de 0,44 a 3,06 mg/dl. No caso da bilirrubina indireta, houve alteração em 16 RNs, também foram consideradas em sua maioria um aumento significativo, que teve variação de 8,8 a 21,49 mg/dl. Percebe-se que os RNs, em sua maioria desenvolvem alterações fisiológicas constantes após o nascimento, quando as alterações aumentam e o organismo não consegue reverter o processo sozinho, resulta no surgimento de patologias que devem ser evitadas. Um exemplo é a hiperbilirrubinemia, que tem início nos primeiros dias de vida e que muitas vezes exige um tratamento mais agressivo, como a fototerapia. No entanto aponta-se algumas características que aumentam a chance de o RN desenvolver a hiperbilirrubinemia, e entre eles destaca-se a idade gestacional e o peso ao nascer, que estão diretamente correlacionados com a gravidade da icterícia[4]. Assim, quanto menor é a idade gestacional e menor o peso, maiores são as chances de o RN desenvolver a hiperbilirrubinemia. Além disso, a má técnica de lactação, privação calórica, diminuição da frequência e volume de alimentos, jejum prolongado, que resultam em constipação e desidratação, aumentando a atividade beta-glucuronidase que aumenta a circulação enterohepática[5]. No entanto, destaca-se que o tipo de parto dos RNs não apresenta influência significativa sobre os valores de bilirrubinas totais no momento da internação[4].

Conclusão

Conclui-se que a partir da avaliação do perfil dos RNs que desenvolveram hiperbilirrubinemia e necessitaram realizar o tratamento de fototerapia em uma unidade hospitalar os recém nascidos entre 38 e 39 semanas de idade gestacional tem uma chance maior de desenvolver a patologia, tendo como um das principais causas o aleitamento materno, pois quando ocorre uma ingesta calórica diminuída o lei-

te materno pode inibir ou reduzir a eliminação de bilirrubina, ou então pode resultar em desidratação e aumento dos níveis de bilirrubina no sangue. Portanto, sugere-se um atendimento de orientação por parte de uma equipe multiprofissional que acompanha esse RNs e familiares, a fim de trabalhar com estratégias de educação em saúde sobre a promoção e prevenção da hiperbilirrubinemia, possibilitando uma melhora na qualidade de vida destes RNs.

Descritores

Recém-nascido; Icterícia neonatal; Fototerapia; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Souza, ABM; Sena, DSL. Hiperbilirrubinemia neonatal: considerações sobre fisiopatoegnia, modalidades terapêuticas e complicações. Rev. Facid: Ciência & Vida. 2012;8(2):17-22

2 Ricci, SS. Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher. Tradução de Rosane dos Santos Jacobson. 1ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

3 Hockenberry, MJ; Wilson D. Wong: fundamentos da enfermagem pediátrica. 8ª ed. Editora elsevier. 2011.

4 Lima, GM et al. Fatores de risco preditivos de hiperbilirrubinemia neonatal moderada a grave. Rev Einstein. 2007; 5(4):352-357.

5 Paganni, CBL; Ferreira, AB; Galacci, CB. Icterícia neonatal: fatores de risco para reinternação em uma população de recém-nascidos na cidade de São Paulo. Arq Med Hosp Fac Cienc Med Santa Casa São Paulo. 2009; 54(2):51-55.

A INTERLOCUÇÃO NA REDE: caminhos para as melhores práticas de enfermeiros no oeste de santa catarina

Autores

Mônica Ludwig Weber[1];
Carine Vendruscolo[2];
Edlamar Kátia Adamy[3];
Vanesa Nalin Vanassi[4];
Adriane Karal[5];
Tavana Liege Nagel Lorenzon[6]

E-mail para correspondência

monyludwig@hotmail.com

Resumo

Introdução

O cuidado em saúde compreendido como essência na prática clínica do enfermeiro deve ser desenvolvido com competências e habilidades técnicas e cognitivas, pautado no conhecimento científico e capaz de satisfazer as necessidades de assistência no processo saúde-doença do indivíduo e comunidade[1]. Entretanto, a atuação do enfermeiro perpassa a prática clínica e se desenvolve nas dimensões da gestão, pesquisa e ensino, nos diversos campos na Rede de Atenção à Saúde (RAS), com destaque a Atenção Primária à Saúde (APS) como ordenadora da RAS, com objetivo de superar a fragmentação da assistência através de uma visão ampliada e integral do contexto saúde-doença. Nessa perspectiva, se faz necessário um canal de comunicação entre os enfermeiros que atuam nos diferentes pontos da RAS, a fim de efetivar a assistência integral. A interlocução pode auxiliar nessa aproximação e consta, nos re-

1 Enfermeira, Mestranda do MEAPS, Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Enfermeira, mestranda do MEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Enfermeira, mestranda do MEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Enfermeira, mestranda do MEAPS da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

ferenciais, que orientam os processos de Educação Permanente em Saúde (EPS). Esse caminho favorece um encontro potencial entre sujeitos, com vistas à resolução dos seus problemas, permeado por uma aproximação entre a teoria e a prática, pois ambas se complementam e transformam a práxis[2].

Objetivo

Descrever aspectos relacionados à interlocução entre enfermeiros atuantes em uma RAS no Oeste do estado de Santa Catarina.

Método

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, do tipo Pesquisa Participante, elaborado a partir de dados obtidos para a dissertação de Mestrado Profissional em Enfermagem na APS, oriunda do macroprojeto: "Cuidado e Gestão em Enfermagem como saberes na Rede de Atenção à Saúde: proposições para as melhores práticas". Utilizou-se o Círculo de Cultura (CC)[3], metodologia pedagógica proposta por Paulo Freire, que propõe uma aprendizagem integral mediante o compartilhamento de saberes e vivências pelos participantes, a partir da qual se busca a identificação de problemas advindos da prática profissional que requerem uma tomada de decisão, com vistas a transformação da realidade, problematizando situações que emergem da prática, no decorrer da etapa de produção das informações. Realizaram-se três CC, entre os meses de junho à agosto de 2018. Os participantes foram 17 enfermeiros atuantes em uma RAS do Oeste de SC. Após o primeiro CC, os enfermeiros se articularam para realizar um trabalho coletivo junto às gestantes cadastradas, sendo realizada ação de educação em saúde em dois grupos de gestantes da RAS. A pesquisa conta com aprovação do CEP/UDESC nº 2.380.748/2017.

Resultados e Discussão

Ao término do primeiro encontro, durante o qual ocorreu a fase de investigação temática, os enfermeiros destacaram a importância de espaços de diálogo, de troca de experiências. A partir desse momento, o grupo propôs-se a fomentar outros encontros de interlocução entre os serviços, visto que o usuário circula por todos esses espaços de produção de saúde e prevenção de agravos, tornando todos os pontos da RAS co-responsáveis pela sua assistência integral e longitudinal. Após o primeiro CC, surgiu à oportunidade de realizar um trabalho coletivo, uma integração entre enfermeiros da atenção hospitalar e APS, por meio da organização e realização de grupos de gestantes. Esta era uma demanda antiga, identificada pela falta de integralidade no atendimento das mulheres que transitam na RAS, tanto durante o pré-natal (nas unidades de saúde) quanto durante e após o trabalho de parto (no ambiente hospitalar). As informações desencontradas e, por vezes insuficientes, acabam interferindo na qualidade do cuidado de enfermagem. O tema abordado nos dois grupos de gestantes foi amamentação, sendo o mês de agosto alusivo a essa campanha. Participaram, além das gestantes, duas enfermeiras da APS, uma enfermeira atenção secundária (Centro de Atenção Psicossocial), e quatro enfermeiras do hospital, oito agentes comunitárias de saúde e a médica obstetra que atende aos dois municípios. As enfermeiras atuantes no hospital conduziram as falas, com auxílio de slides e multimídia, principalmente para exemplificar situações com fotos, além de levar bonecas para desenvolver a atividade prática sobre posição mais adequada para amamentação e pega correta. As gestantes verbalizaram sua satisfação com as atividades desenvolvidas, conferindo aprendizado, conduzindo a uma maior autoconfiança, enquanto futuras mães. Além disso, revelaram ser fundamental ter conhecimento dos profissionais que atuam nos serviços da RAS, constituindo vínculo, um elo favorável para a integralidade do cuidado. Essa vivência nos faz refletir sobre a atuação dos enfermeiros da RAS à luz de prerrogativas da EPS. Há, no entanto, diversas barreiras que precisam ser ultrapassadas para que a integração entre enfermeiros se incorpore na prática profissional, a saber: a falta de tempo, de apoio do gestor, de recursos humanos; que acaba refletindo negativamente no desempenho pessoal, conduzindo o profissional ao desinteresse e comodismo. Ante o exposto, o espaço de diálogo construído no âmbito dessa pesquisa favorece a integração e o apoio entre os enfermeiros, cada qual em sua especialidade, agrega e compartilha saberes, aspirando à reconstrução das práticas[2]. Embora tenham sentido dificuldades em preparar o material, buscar embasamento científico para orientação das práticas, aliar expertise profissional ao saber popular, não há como dissociar ensino-pesquisa, como nos traz Freire[4; p.29] "pesquiso para constatar, constatando, intervenho, intervindo educo e me educo".

Considerações finais

No contexto em estudo, as mobilizações geradas pela pesquisa demonstram que há possibilidades reais de transformação, que se efetivam na parceria, na ajuda mútua entre profissionais. O enfermeiro

detém grande habilidade na articulação de ações entre os pontos da RAS, porém, muitas vezes, esbarra em dificuldades logísticas, falta de tempo e recursos humanos, que facilitem e suavizem essa atuação. Destaca-se também a utilização do método Freireano para favorecer o diálogo e provocar a reflexão e a transformação das práticas em saúde, por meio da pesquisa participante.

Descritores

Enfermagem; Sistema Único de Saúde; Comunicação em saúde.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Kahl, C; Meirelles, BHS; Lanzoni, GMM; Koerich, C; Cunha, KS. Ações e interações na prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. Rev. esc. enferm. USP, 2018; 52: e03327.

2 Vendruscolo, C; Prado, ML; Kleba, ME. Reorientação do ensino no SUS: para além do quadrilátero, o prisma da educação. Reflexão e Ação, Santa Cruz do Sul, 2016 dez; v. 24, n. 3, p. 246-260.

3 Freire, P. Pedagogia do Oprimido. 64ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2017.

4 Freire, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

A PRÁTICA DA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UM SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

Autores

Iasmin Carolina Marchi[1];
Maria Luiza Bevilaqua Brum[2];
Gabriel Gonçalves dos Santos[3];
Jakeline Trevisol Borsoi[4]

E-mail para correspondência

iasminmarchi@hotmail.com

Resumo

Introdução

A higienização de mãos (HM) é uma técnica essencial aos profissionais de saúde, não sendo necessários grandes orçamentos para sua realização. Trata-se de uma medida simples na prevenção de Infecções Relacionadas a Assistência a Saúde (IRAS), sendo responsável pela quebra da rede de microrganismos. Porém, ainda há conhecimento incipiente dos profissionais de saúde e tomada de consciência para a prática efetiva da HM nos ambientes de saúde.

Objetivo

Promover educação sobre a prática da HM em um serviço de saúde. Esse relato experiência se justifica porque busca promover reflexões nos profissionais de enfermagem a respeito das melhores práticas de HM conforme as evidências apresentadas pelo *Joanna Briggs Institute (JBI), organização internacional especializada em gerar evidências para a prática clínica, garantindo segurança dos pacientes sobre infecções cruzadas.*

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

Método

Relato de experiência referente a participação de um projeto de pesquisa intitulado Higienização das Mãos entre profissionais de Enfermagem em um pronto atendimento: um projeto de implementação das melhores práticas, desenvolvido pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade de São Paulo (USP) e *JBI*. As atividades iniciaram em abril de 2018 a dezembro de 2019, em um pronto atendimento situado em um município do grande Oeste de Santa Catarina. Em um primeiro momento foi realizado uma Auditoria de Base (AB), momento em que os profissionais de enfermagem foram observados durante 10 horas, divididas em 2 horas para cada turno. Um dos turnos da noite houve mais horas observadas (6 horas) para poder fechar o total de 10 h. A escolha desse turno da noite foi aleatória. Após essa etapa foram elaboradas estratégias educativas sobre a prática de HM de acordo com os 8 critérios do *JBI:* fricção das mãos com preaparação alcóolica é rotineiramente usada para higienização das mãos, exceto quando as mãos estejam visivelmente sujas; as mãos são descontaminadas imediatamente após o contato do paciente e/ou todos os objetos inanimados, incluindo o equipamento; as mãos são descontaminadas imediatamente antes de cada contato direto ou cuidado do paciente, e / ou todos os objetos inanimados, incluindo equipamentos; as mãos são descontaminadas com fricção das mãos com preparação alcoólica (a menos que as mãos estejam visivelmente sujas) entre diferentes atividades de cuidados para o mesmo paciente; as mãos são lavadas usando uma técnica efetiva de lavagem das mãos envolvendo três etapas; as mãos que estão visivelmente sujas, ou potencialmente contaminadas com sujeira ou matéria orgânica, são lavadas com sabão líquido e água; os pacientes receberam educação sobrea HM; a equipe recebeu educação sobre HM[1]. Nesta etapa foram realizadas com cada profissional de enfermagem o um treinamento teórico prático de HM, incluindo a técnica de lavagem com água e sabão, fricção das mão com solução alcoólica e disponibilizado materiais informativos e ilustrativos em cada lavado de serviço visando estimular a equipe para a melhor prática de HM, melhorando também a assistência em saúde. Na sequência foi realizado uma Auditoria de Seguimento do mesmo modo que a Auditoria de Base.

Resultados/Discussão

Os profissionais apresentaram discreta mudança de comportamento em relação a prática de HM. A maioria dos profissionais de enfermagem higienizam as mãos de modo fragmentado e não seguem as técnicas com rigor. De acordo com as evidências apontadas pelos estudos nacionais , existem uma adesão de cerca 50% de profissionais de saúde que higienizam as mãos de modo eficaz.[2] Observou-se que essa realidade se assemelha a investigação realizada .Os profissionais de enfermagem não seguem as recomendações de HM nos cinco momentos descritos pelas Organização Mundial da Saúde (OMS), que são: antes de contato com o paciente; antes de realizar procedimentos limpos e assépticos; após risco de exposição a fluidos corporais; após contato com o paciente e após contato com superfícies próximas ao paciente [3]. A sequência da técnica não é realizada na integra, a aplicação com solução alcoólica não segue uma conduta uniforme. Os principais motivos são a sobrecarga de trabalho, área física pequena e déficit de insumos para a HM no ambiente de trabalho. Os profissionais demonstraram maior preocupação de HM antes e após o atendimento ao paciente revelando pouco comprometimento e tomada de consciência para essa prática.

Considerações Finais

Considera-se que essa experiência oportunizou conhecer uma realidade sobre a prática da HM em um serviço de saúde, no qual constatou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem não realizam a técnica da lavagem das mãos de acordo com os passos recomendados, A sequência da técnica não é realizada na integra, a aplicação com solução alcoólica não segue uma uniformidade de acordo com os 8 critérios do JBI. Os profissionais demonstraram maior preocupação de HM antes e após o atendimento ao paciente revelando pouco comprometimento e tomada de consciência para essa pratica. É preciso também que os serviços de saúde disponibilizem materiais necessários como: acesso facilitado aos lavabos, sabão e toalha de papel que atendam as demandas mensais, dispositivos com preparação alcoólica próxima ao atendimento do paciente para que efetivamente ocorram as melhores práticas de HM nos ambiente de saúde.

Descritores

Enfermagem; Higiene das Mãos; Segurança do Paciente; Infecção Hospitalar.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 MANN, Emily; MPH, BSc. Evidence Summary. Hand Hygiene. The Joanna Briggs Institute. Database, 2016.

2 Zottele, Caroline; et al . Adesão dos profissionais de saúde à higienização das mãos em pronto-socorro. Rev. Da Escola de Enfermagem. USP. 2017; 03-06.

3 OMS (Organização Mundial da Saúde). Unidade Global de Prevenção e Controle de Infecções da OMS Evidências da higiene das mãos como alicerce para a prevenção e controle de infecções. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2017.

ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO CONTINUADA COM PROFESSORES DA REDE DE ENSINO PRIMÁRIA: abordando a temática sífilis

Autores

Saionara Vitória Barimacker1,
Denise Azambuja Zocche2,
Danielle Bezerra Cabral2,
Ana Luisa Streck3,
Tatiani Todero3,
Arnildo Korb4

E-mail para correspondência

saionarabarimacker@yahoo.com.br

Resumo

Introdução

Os casos de sífilis têm aumentado em nível exponencial nos últimos anos, especialmente na região Sul do Brasil e entre a população jovem[1]. Esse fato requer políticas e ações educacionais entre a população em geral, não somente entre os profissionais da saúde, para que efetivamente possa contribuir na prevenção de novos casos através da informação e troca de experiência, desmistificando crenças e tirando dúvidas[2]. Sabe-se que trazer os adolescentes para a Unidade Saúde é uma tarefa difícil, por ser um grupo etário que necessita de várias estratégias de captação para atividades de educação em saúde[2]. No entanto, a escola se configura como um espaço propício para promoção da saúde por exercer papel importante na formação do cidadão[2]. Pensar em qualificar os professores que trabalham com esse público, para que eles atuem como agentes de multiplicação da informação é uma forma interessante para alcançar resultados mais concisos. Assim como pensar em metodologias que sejam adequadas a cada

1 Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde Pública, Coordenadora de Enfermagem do Município de Chapecó. Mestranda do Departamento de Enfermagem, Udesc Oeste;

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Udesc Oeste;

3 Acadêmica do curso de Enfermagem do Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

4 Biólogo, Doutor, Docente do Departamento de Enfermagem do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Udesc Oeste.

faixa etária no entendimento do que a doença significa para cada ser biológico e social pode ser uma estratégia efetiva na otimização e internalização da informação[3]. Em pesquisa realizada com essa mesma temática, observou-se que os professores sentiam-se inseguros em abordara temática das Infecções Sexualmente Transmissíveis, além da sexualidade com os alunos, sendo que, ao final das dinâmicas de grupo os professores procuravam a equipe de pesquisadores para maiores esclarecimentos sobre a temática. Nesse contexto, percebe-se a necessidade de melhor capacitar os professores da educação fundamental para que se sintam seguros em abordar esses assuntos. E para, além disso, criando espaços de diálogo, esclarecendo dúvidas e repassando informações com maior segurança[2]. Sendo a escola um lugar adequado para trabalhar educação sexual, pois a grande maioria dos adolescentes busca informações sobre esta temática neste ambiente. Assim, um trabalho organizado de maneira sistemática e com embasamento teórico-científico é possível que o educador possa contribuir para aquisição de conhecimentos corretos que possam sanar as dúvidas desses adolescentes, e para isso os livros didáticos devem ser fontes confiáveis para corresponder a essas expectativas[4].

Objetivos

Verificar como os professores percebem, nos livros didáticos por eles utilizados, as abordagens sobre Sífilis e capacitá-los para intervenção docente no ambiente escolar.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa-ação realizada com professores da disciplina de Ciências do ensino fundamental lotados nas escolas da rede do Município de Chapecó-SC, a qual foi realizada em julho de 2018. Inicialmente foi aplicado um questionário *on-line* com perguntas semiestruturadas a 21 professores durante curso de formação da rede municipal de educação. As questões buscavam descrever a forma com que os autores dos livros didáticos do 6º ao 8º anos do ensino fundamental abordam a problemática da Sífilis. Na sequencia, foram realizadas oficinas com os entrevistados adotando-se como forma de coleta de dados a roda de conversa com a metodologia ativa da problematização. *O objetivo foi de* instrumentalizá-los para que possam melhor abordar o tema entre os alunos.

Resultados e Discussão

A partir da coleta de dados em questionário, identificou-se que a temática Sífilis é pouco citada pelos livros didáticos. E ainda, trazem o assunto de forma muito superficial, como também, não orientando como realizar abordagem sobre o assunto com os adolescentes. Porém, o pouco que é descrito, se tem a preocupação de descrever em linguagem clara e apropriada ao público alvo. Os professores afirmaram que apenas a metade das obras descreve como é realizado o diagnóstico da doença. Além disso, 57,1% argumentaram já ter trabalhado em parceria com o setor da saúde, contudo, as atividades não tem atingido efetividade na prevenção de novos casos. Na coleta de dados com a roda de conversa, participaram os mesmos 21 professores e todos foram esclarecidos de como a doença manifesta-se, quais as formas de diagnóstico, como e quando procurar atendimento. Como disparador da problematização foram utilizadas algumas questões do questionário para a revisão e ressignificação de conceitos. A partir das conversas, pode-se confirmar que os professores tem dúvidas sobre origens, diagnósticos e aconselhamento para encaminhamentos aos sistemas de saúde e como abordar de forma mais aprofundada com os alunos. Ao questionar sobre a forma de prevenção foram unânimes ao afirmar que os livros deveriam abordar melhor a prevenção da doença, não somente a forma de transmissão e as características da bactéria causadora. Como ainda, entendem que os sintomas descritos não estão bem esclarecidos nos materiais didáticos oficiais.

Conclusões

Falta ainda nos livros didáticos, o incentivo ao uso de preservativos, diagnóstico e descrição da progressão da doença. Como também, é necessário estimular ações de educação permanente para os professores. Como ainda, as equipes de saúde devem identificar a necessidade de trabalho em conjunto com os professores e contribuírem na instrumentalização dos mesmos como estratégia de fortalecimento do Programa Saúde na Escola por meio da formação continuada dos professores. Para os professores participantes, entendem que são o contato mais próximo dos adolescentes e podem alcançar resultados positivos na prevenção da doença quando comparados aos profissionais de saúde que realizam ações pontuais e quando o problema já está instalado.

Descritores

Sífilis; Educação Continuada; Educadores.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Brasil. Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde. 48 (36). Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/13/BE--2017-038-Boletim-Sifilis-11-2017-publicacao-.pdf

2 Andrade LDF, et al. Promovendo Ações Educativas sobre Sífilis Entre Estudantes de uma Escola. Rev. Bras. Ciên Saú. 2014; 18 (2);157-160.

3 Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 18ª ed. São Paulo: Cortez; 2011.

4 Governo do Estado do Paraná. Os desafios da Escola Pública Paranaense na perspectiva do professor PDE: Produções Didático-Pedagógicas. Londrina: Versão *On-line;* 2013. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernos-pde/pdebusca/producoes_pde/2013/2013_unioeste_qui_artigo_giovana

EXPERENCIANDO A PESQUISA-AÇÃO NA CONSTRUÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM AO USUÁRIO COM SÍFILIS

Autores

Saionara Vitória Barimacker[1],
Denise Azambuja Zocche[2],
Danielle Bezerra Cabral[2],
Ana Paula Lopes da Rosa[3],
Suelen Fincatto[3],
Arnildo Korb[4]

E-mail para correspondência

saionarabarimacker@yahoo.com.br

Resumo

Introdução

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) se tornaram um problema para a Saúde Pública no Brasil. A Sífilis é uma delas, que atinge sem distinção as mais diversas áreas geográficas, étnicas, sociais e etárias[1]. Porém, mais expressivo tem sido o número de novos casos entre adultos[2]. E, apesar de existirem diretrizes para o enfrentamento da doença no Brasil, na prática, os profissionais da Enfermagem ainda enfrentam dificuldades em controlá-la. Com base em vivências cotidianas das equipes de saúde, alguns fatores contribuem no entendimento dessas dificuldades, seja na promoção à saúde, seja no controle dessa doença. Como exemplo, pode ser citada a inconsistência de informações em literaturas para o adequado manejo dessa infecção pelos profissionais da enfermagem, bem como, as ações incipientes de vigilância desalinhadas com os objetivos da Atenção

1 Enfermeira, Especialista em Gestão em Saúde Pública, Coordenadora de Enfermagem do Município de Chapecó. Mestranda do Departamento de Enfermagem, Udesc Oeste;

2 Enfermeira, Doutora, Docente do Departamento de Enfermagem e do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Udesc Oeste;

3 Enfermeira. Mestranda do Departamento de Enfermagem, Udesc Oeste;

4 Biólogo, Doutor, Docente do Departamento de Enfermagem do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, Udesc Oeste.

Primária à Saúde (APS), e a desestruturação do processo de trabalho em Rede[3].

Objetivos

Descrever a experiência da utilização da roda de conversa como um método de coleta de dados durante o desenvolvimento de uma Pesquisa-Ação, que envolveu equipes de enfermagem no atendimento ao usuário com sífilis.

Método

Foi realizada coleta de dados em formato de roda de conversa com Enfermeiros da rede de APS do município de Chapecó, com vistas a elaboração de documentos institucionais para o manejo da doença. A atividade consiste na etapa qualitativa de uma pesquisa mista.

Resultados e Discussão

Realizados dois encontros, durante os quais fora aplicada metodologia ativa da problematização. Dos 10 Enfermeiros convidados a participar dos encontros, oito se fizeram presentes, os quais foram questionados acerca do seu processo de trabalho. Dentre as falas, ficaram explícitas inúmeras dificuldades, as quais permeiam entre o diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos usuários portadores de Sífilis, como também várias situações que envolvem a articulação de fluxos entre os atores da Rede de Saúde. Na literatura foi encontrada apenas uma pesquisa com metodologia semelhante, a qual ocorreu com 18 Enfermeiros atuantes na estratégia Saúde da Família (eSF) no município de Sobral no Ceará[4]. Cujo cenário da pesquisa também se assemelha ao do município de Chapecó. As dificuldades relatadas na literatura citada, ainda no ano de 2016, foram muito parecidas com as aqui apresentadas durante o processo de pesquisa, as quais circundavam em torno da dificuldade de manejo aos usuários com sífilis. Já na pesquisa realizada em Chapecó, os enfermeiros trouxeram muito à luz das discussões as diferenças do perfil entre os usuários que frequentam os serviços que eles atuam. Como também, citam a necessidade em investir em capacitações e instrumentalização dos profissionais atuantes na Atenção Básica (AB). A partir das melhores práticas dos enfermeiros participantes, foram idealizadas maneiras de sanar essas dificuldades, bem como, validado o instrumento base para a construção de um protocolo. Este último foi validado pelo mesmo grupo posteriormente a sua elaboração, alcançando índice de concordância, através de escala de validação de conteúdo (Escala Likert). Durante a pesquisa, os enfermeiros ainda responderam, por escrito, a seguinte questão: "Como você se sentiu fazendo parte da construção de um instrumento que irá nortear e qualificar o seu processo de trabalho e dos demais colegas?". Uma das participantes respondeu: "**Me senti valorizada** enquanto profissional enfermeira pelo fato de ter um espaço para discussão do manejo de uma doença enfrentada diariamente na rotina do nosso ambiente de trabalho. Além disso, este processo de construção do protocolo permitiu a reflexão sobre a influência e necessidade de que nossas ações sempre devem estar embasadas em uma documentação que nos respalde no processo de trabalho. Me senti grata pela oportunidade de aprender, discutir e trocar ideias e **experiências**". Outra fala que chamou a atenção: "Inicialmente **me senti valorizada** e parte da equipe de enfermeiros e demais profissionais da rede, uma vez que nos focamos ao nosso trabalho burocrático e assistencial nos restringindo muitas vezes apenas ao local de trabalho. Também vejo como uma oportunidade de expor os saberes e aprendizado, visto que a socialização das informações nos instiga a procurar as demandas do nosso serviço e baseá-las na teoria x prática, facilitando e padronizando o atendimento. Por fim, fiquei muito feliz com o convite e acredito que todos os profissionais em algum momento devem desfrutar da **experiência**". A partir das colocações anteriormente expostas pode-se perceber que os profissionais estão cientes de que possuem experiências muito ricas da sua prática em enfermagem as quais podem ser compartilhadas. Porém, as circunstâncias, na maioria das vezes, não permitem que esse tipo de discussões se fortaleçam dentro do processo de trabalho. Para reforçar esses argumentos, fora constatado respostas semelhantes entre as entrevistas, mesmo que o assunto não tenha sido abordado oralmente, mas que o sentimento de valorização e experimentação de saberes foram compactuados.

Considerações Finais

A Sífilis é uma das IST que requer atenção especial dos profissionais da saúde. Um protocolo bem alinhado às necessidades de instrumentalização dos profissionais, além de uniformizar as condutas a serem tomadas em cada situação, os torna mais empoderados das ferramentas e mais confiantes da prática profissional. Assim, a realização da pesquisa justificou-se pela ausência de diretrizes específicas para o manejo da Sífilis, tendo em vista que os protocolos do Ministério da Saúde são fragmentados e que deixam lacunas sobre quais condutas necessitam

ser tomadas diante da diversidade de situações que se apresentam na prática cotidiana. E a experiência de construir junto com os profissionais permitiu que além de unificar evidências de melhores práticas, os profissionais se sentiram mais valorizados e ficaram tão à vontade em todas as partes do processo que viram na experiência uma oportunidade de mostrar o valor do trabalho do enfermeiro dentro do processo de trabalho com os usuários portadores de Sífilis dentro do município.

Descritores

Sífilis; Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Fundação Oswaldo Cruz. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. MS/Sec. Assun. Estrat. Presid. Rep. 2013. Volume: 2. 176 p.

2 Ministério da Saúde (BR). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2018.

3 Araújo LM, et al. Guia Prático em Abordagem Sindrômica: Prática Baseada em Evidências - Sífilis. Cuiabá: [S.I]; 2017.

4 Rodrigues ARM, et al. Atuação de Enfermeiros no acompanhamento da Sífilis na Atenção Primária. Jorn. Enf. UFPE on line. Recife. 2016; 10(4): 1247-1255. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/316716885_ATUACAO_DE_ENFERMEIROS_NO_ACOMPANHAMENTO_DA_SIFILIS_NA_ATENCAO_PRIMARIA_PRACTICE_OF_NURSES_IN_THE_MONITORING_OF_SYPHILIS_IN_PRIMARY_CARE_ARTIGO_ORIGINAL

HEMORRAGIAS E SANGRAMENTOS NO PÓS-OPERATÓRIO

Autores

Emanoeli Rostirola Borin[1];
Ana Paula Schultz[1];
Laura Cocco[1];
Rosana Amora Ascari[2]

E-mail para correspondência

emanoeliborin@gmail.com

Resumo

Introdução

Hemorragia significa uma considerável redução do volume sanguíneo circulante e é a causa primária de choque. Os sangramentos de primeiro porte, geralmente são venosos e param de maneira espontânea, a menos que o paciente esteja tomando anticoagulantes ou possua uma diátese hemorrágica (tendência para sangramento sem causa aparente). Já os sangramentos arteriais são mais graves e a perda é pulsátil porque o sangue extravasa com maior pressão, necessitando de atendimento emergencial[1].

Objetivos

Retratar as principais causas, tratamentos e prevenções das hemorragias pós operatórias, tendo em vista a gravidade de tal complicação.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura desenvolvida no período de outubro de 2018 à fevereiro de 2019, através do Programa de Extensão Educação Continuada em Saúde (PEECS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). A revisão

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, Udesc Oeste.

narrativa foi desenvolvida após a busca de material científico para embasar a construção de minicursos sobre as complicações pós-operatórias e dentre elas, a hemorragia e sangramento.

Resultados e Discussão

Pós-operatório é o período que se observa a recuperação de pacientes em pós-anestésico, no qual a enfermagem desempenha papel fundamental em intervenções destinadas a prevenir e/ou tratar complicações2, através da visita pós-operatória, que é um sistema de assistência continuada, participativa, integral e documentada, destacando-se como uma estratégia de avaliação da assistência prestada, a qual procura atender aos requisitos de qualidade, na visão do paciente e/ou familiares, sobre a assistência transoperatória3. A hemorragia classifica-se de quatro formas diferentes: Quanto ao tipo de hemorragia em: interna, quando o sangramento se faz para o interior de uma cavidade e externa, quando o sangue se exterioriza através da pele que foi rompida4. Quanto ao tempo pós-cirurgia em: primária que se relaciona com o processo cirúrgico, intermediária que acontece nas primeiras 12 horas de pós-operatório e secundária que se dá até 24 horas após a cirurgia5. Quanto ao tipo de vaso em: capilar que ocorre uma drenagem lenta e geral, venosa quando borbulhas de sangue de cor escura são expelidas rapidamente e arterial quando sangue é vermelho rutilante e aparece em jatos a cada batida do coração1. Quanto a visibilidade em: evidente e oculta. Os pacientes hospitalizados podem ser monitorados quanto ao sangramento testando-se todas suas drenagens e excretas para sangue oculto. Já os pacientes ambulatoriais recebem cartões de triagem de sangue oculto fecal para detectar sangue oculto nas fezes1. Alguns fatores podem provocar maior chance de desenvolvimento de hemorragias e sangramentos, como: doença preexistente, uso de medicamentos, idade avançada, hemorragia no intraoperatório, consequência de outra complicação pós-operatória, sutura incorreta e movimentos abruptos do paciente2. Os sinais e sintomas de sangramento das disfunções hemorrágicas variam, dependendo do tipo de defeito. Uma história bem colhida e exame físico podem ser úteis na diferenciação da origem do defeito hemostático1, dentre os principais sintomas estão: hipotensão postural (queda súbita da pressão arterial quando a pessoa se levanta de uma posição sentada ou deitada) já que, normalmente, a gravidade faz com que o sangue se acumule nos membros inferiores quando a pessoa se levanta rapidamente e o corpo compensa isso aumentando sua frequência cardíaca e contraindo os vasos sanguíneos, garantindo sangue suficiente indo para o cérebro, porém em pessoas com hipotensão ortostática, esse mecanismo de compensação falha e a pressão arterial diminui, levando a sintomas como tonturas, vertigens, visão turva e até mesmo desmaios; Taquicardia; Taquipneia; Diminuição do débito urinário < 400 mL/24h; Pele fria e pegajosa; Diminuição do nível de consciência. Apenas algumas condições, como a obstrução da via aérea ou uma lesão aspirante do tórax são mais urgentes que o controle da hemorragia, os pacientes que sofrem com hemorragia estão em risco de parada cardíaca causada por hipovolemia com anóxia. Dentre os tratamentos para hemorragia está a reposição hídrica, sempre que um paciente está vivenciando hemorragia - seja interna ou externa - uma perda de sangue circulante leva a um déficit de volume hídrico e débito cardíaco diminuído, portanto, a reposição hídrica é necessária. Os líquidos de reposição podem incluir soluções eletrolíticas isotônicas (lactato de Ringer ou soro fisiológico normal) e a terapia com componentes sanguíneos. As papas de hemácia - também conhecidas como concentrado de hemácias - são infundidas quando existe perda sanguínea maciça (sempre prioriza-se o tipo sanguíneo do indivíduo, porém, em uma emergência há um cuidado maior com mulheres em idade reprodutiva que, na dúvida, utiliza-se sangue de fator Rh-). As plaquetas e fatores de coagulação adicionais são fornecidos quando grandes quantidades de sangue são necessárias, porque a reposição sanguínea é deficiente em fatores de coagulação. Quando há necessidade da terapia de reposição sanguínea, o sangue deve ser aquecido, suando-se um aquecedor sanguíneo comercial, porque a administração de grandes quantidades de sangue apresenta um efeito de resfriamento central, o qual pode levar a parada cardíaca3. Quando o paciente não exibe sinais externos de hemorragia, mas apresenta taquicardia, pressão arterial (PA) decrescente, sede, apreensão e outros sintomas já citados, a hemorragia interna é suspeitada. Amostras de sangue arterial são coletadas para avaliar a função pulmonar e a perfusão tecidual, bem como para estabelecer os parâmetros hemodinâmicos basais, que são, em seguida, usados como um índice para determinar a quantidade de reposição de líquidos que o paciente pode tolerar e a resposta à terapia. O paciente é mantido em decúbito dorsal e monitorizado de perto até que os parâmetros hemodinâmicos ou circulatórios melhorem ou até o transporte para cirurgia1. Quando o paciente possui hemorragia externa é realizada uma avaliação física rápida para identificar a área afetada, uma pressão firme e direta é aplicada sobre a área hemorrágica ou na artéria envolvida. A

maior parte dos episódios de sangramentos pode ser interrompida aplicando-se pressão direta e elevando a parte afetada, exceto quando uma artéria importante foi seccionada.

Considerações finais

Foi possível um aprofundamento sobre a temática abordada, sobretudo, os fatores de risco, causas e prevenções da hemorragia e dos sangramentos pós-operatórios, além disso, destacou-se a importância da atuação da enfermagem no pós operatório. A temática apresentada é de extrema relevância no âmbito multiprofissional, tendo em vista os prejuízos para a saúde do paciente em complicações pós cirúrgicas.

Descritores

Pós-operatório; Hemorragias; Sangramentos.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Suzanne CS; Brenda GB. Enfermagem de emergência. In: Suzanne CS; Brenda GB. Brunner e Suddarth Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. (65):1826-1829.

2 Helena HN; Mônica AM; Vera MN. Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: Assistindo Paciente em Pós-Operatório na UTI - Aspectos Gerais. Campinas, 1997. Disponível em: http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/posoputi.htm. Acesso em: 18 out 2018.

3 Ana PRR; Eliana MB. A importância da comunicação durante o período de recuperação pós-operatória. Rev Esc Enferm Usp. São Paulo, 2010. [Acesso: 18 dez. 2018]; 3(45):632-637. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a12

4 Mônica IW. Complicações pós-operatórias. Gravataí, 2015. Disponível em: http://colegiodomfeliciano.com.br/professores/monica/files/2015/03/Complica%C3%A7oes-circulat%C3%B3rias.pdf. Acesso: 18 out. 2018.

5 Eunaldo D. Enfermagem em Clínica Cirúrgica: Técnico em Enfermagem. Barra da Estiva: Instituto Formação, 2014. Disponível em: http://www.ifcursos.com.br/sistema/admin/arquivos/14-18-16-apostila-cirurgica.pdf. Acesso: 18 out. 2018

IMPLICAÇÃO DO TRABALHO GERENCIAL DO ENFERMEIRO NA ATUAÇÃO DO NÚCLEO AMPLIADO DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA

Autores

Andriele Fernanda Becker[1];
Kátia Jamile da Silva[2];
Carine Vendruscolo[3];
Danubia Marcelina Candido Guinzelli[4]

E-mail para correspondência

andrielebecker07@gmail.com

Resumo

Introdução

A equipe multiprofissional do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) tem como atribuição, entre outras, compartilhar saberes, através da comunicação constante com as equipes de Saúde da Família (eSF), de modo a construírem conhecimento de maneira bilateral, para promover práticas e gestão do cuidado, de acordo com as singularidades e saberes específicos de cada profissional[1]. O enfermeiro não compõe a equipe do Núcleo, no entanto, na qualidade de profissional gestor e/ou assistencial de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) pode interferir na forma como o Nasf-AB irá atuar. Como profissional generalista da Atenção Básica (AB), o enfermeiro prevê, organiza, supervisiona, coordena, delega, orienta e monitora os profissionais da eSF, de acordo com metas e objetivos pré-definidos[2], o que implica no desempenho das funções do

1 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Núcleo para o aprimoramento da atenção à saúde no nível primário[2].

Objetivos

Analisar a implicação do trabalho gerencial do enfermeiro na atuação interdisciplinar do Nasf-AB.

Método

Pesquisa multicêntrica, descritivo-exploratória, caracterizada como um estudo de métodos mistos, com a participação de cinco Universidades do estado de Santa Catarina e representantes da Secretaria de Estado da Saúde, a qual abrangeu as oito macrorregiões de saúde do Estado, envolvendo as 267 equipes de Nasf. Os resultados apresentados neste estudo correspondem à coleta de dados da segunda etapa (qualitativa), na qual foram envolvidos profissionais do Nasf de cinco municípios de Santa Catarina, os quais participaram de entrevistas coletivas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Pesquisa da UDESC, sob parecer n. 1.812.835/2016.

Resultados e Discussão

Afim de oferecer apoio às eSF, ampliando a resolubilidade da Atenção Básica, o Ministério da Saúde, criou, através da portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008[3], o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), atualmente denominado pela nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), através da portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 20171, como Nasf-AB. O escopo de ações do Núcleo inclui: participar do planejamento da unidade de saúde a que estão vinculados; contribuir para a integralidade do cuidado, por intermédio da clínica ampliada; discutir casos, atender individualmente e de forma compartilhada; construir projetos terapêuticos; realizar ações intersetoriais e de educação permanente; intervir no território; promover a saúde; prevenir doenças e agravos; discutir o processo de trabalho das equipes, dentre outras. A definição dos profissionais que farão parte da equipe multiprofissional e interdisciplinar do Nasf-AB deve ser realizada pelo gestor, levando em consideração a realidade do território em que esses profissionais irão atuar[1]. Acredita-se a Atenção Primária a Saúde, também conhecida como AB no Brasil, constitui a base e determina o trabalho dos outros níveis de atenção à saúde, e como tal identifica e aborda os problemas mais comuns na população, bem como deve oferecer serviços de prevenção, cura e reabilitação das doenças, mas especialmente promover a saúde e o bem-estar, organizando e racionalizando o uso dos recursos disponíveis e promovendo o acesso universal à saúde. Os atributos essenciais da AB são assim denominados, pois um serviço de saúde dirigido à população geral, só pode ser considerado provedor de atenção primária quando há a sua presença. Os atributos derivados qualificam as ações no nível primário de saúde, ampliando seu poder de interação com os indivíduos e a comunidade. São quatro os atributos essenciais: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade e coordenação da atenção. Os derivados são: Orientação Familiar e Orientação Comunitária4. Os nasfianos entrevistados afirmam que, na maior parte das UBS, quem assume a coordenação, é o enfermeiro. Eles confirmam que a conduta desse enfermeiro coordenador implica no trabalho do Nasf-AB e, por conseguinte, para garantir a concretização de parte dos atributos da AB. As falas a seguir ilustram alguns desse aspectos: "A coordenação [da UBS], sem dúvida, se ela entende as nossas atividades, dão apoio total ao trabalho do Nasf, facilita muito!" (Nasfiano1); "Para nossa equipe, é bem clara a diferença de trabalhar em uma Unidade [na qual não há envolvimento com o trabalho do Nasf-AB] e em uma Unidade onde a coordenação compreende o trabalho do NASF. Quando a coordenação compreende que a responsabilidade do nosso trabalho também é dividida, o nosso trabalho é muito mais fácil (Nasfiano 2)"; "Algumas enfermeiras, por exemplo, entram em contato comigo discutindo ideias, e ela 'toca' o grupo, então, essa sintonia é fundamental e tem alguns lugares que eu fico tranquilo, que eu sei que isso acontece, e outros que eu sei que não criam qualquer possibilidade [de trabalho interação Nasf-AB e eSF] (Nasfiano 3)"; "[...] se o enfermeiro ou enfermeira não pega junto, a coisa não acontece (Nasfiano 4)". Os dados da pesquisa revelam a implicação do gerenciamento do enfermeiro no contexto das UBS e suas interfaces na forma de atuação do Nasf-AB, sofrendo influências de sua habilidade enquanto gestor da equipe. Isso faz refletir sobre a atual PNAB, a qual apresenta a figura do "Gerente" na APS, recomendando a inclusão deste profissional, no intuito de aprimorar e qualificar do processo de trabalho1. As melhores práticas de coordenação e gerenciamento, notoriamente, desenvolvidas por enfermeiros no âmbito da AB se desdobram em rotinas associadas à clara noção de competências éticas e um conhecimento técnico e científico que assegura a visão ampla acerca do processo saúde/doença, com autonomia e compreensão, também interdepende da postura de liderança para com os membros da equipe. Considerações finais: o envolvimento do enfermeiro da AB com o trabalho do Nasf-AB define, em grande medida, a atuação do Nasf,

sobretudo, em relação às ações que caracterizam a AB. Sugere-se que sejam realizadas outras pesquisas acerca do papel do enfermeiro gestor da UBS para a efetivação das ações do Núcleo. Também se propõe a criação de diretrizes específicas que orientem essa interlocução, tendo como base o potencial do enfermeiro como líder e para a programação e efetivação de ações que viabilizem e estimulem o trabalho em equipe e interdisciplinar, com vistas ao cuidado, à promoção da saúde e às ações preventivas.

Descritores

Conselhos de planejamento em saúde; Relações Interpessoais; Organização e Administração.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União 22 set; Seção 1.

2 Ferreira SRS, Périco LAD, Dias VRFG. Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2017.

3 Ministério da Saúde (Brasil). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Diário Oficial da União 04 mar; Seção 1.

4 Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2002.

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA E FADIGA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM COM DUPLA JORNADA DE TRABALHO

Autores

Leonardo Ribeiro Salvatori[1];
Simone Gonçalves de Azevedo[2];
Karen Cristina Kades Andrigue[3];
Kélen Antunes[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A qualidade de vida (QV) está associada a diversas áreas do saber, com isso, a Organização Mundial da Saúde a conceitua como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações e a relação de suas necessidade no seu trabalho (apoio institucional, segurança e satisfação ao seu papel no trabalho, desenvolvimento pessoal alcançado e administração de seu tempo livre)[1]. Os profissionais da área da saúde possuem os meios necessários e conhecimentos para evitar riscos e realizar atividades de cuidado próprio em todas as áreas do ser humano. Entretanto, a QV destes profissionais

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

continua sendo uma preocupação, devido ao aumento da prestação de serviços especializados e a necessidade de outros vínculos empregatícios decorrentes de horários em turnos diferenciados e baixo salário, levando-os a fadiga e esgotamento mental. Da mesma forma, a dupla jornada de trabalho relacionado a escalas diurnas e noturnas, problemas de convívio com a equipe e atividades domésticas concomitantes acabam acarretando a fadiga do profissional, podendo gerar baixo rendimento, faltas concomitantes, risco de se envolver em acidentes de trabalho, o qual pode estar atrelado[2]. A enfermagem desenvolve atividades assistenciais, caracterizadas pelo acolhimento, atenção e amparo às pessoas em situações de dor, desconforto ou sofrimento e ao mesmo tempo lida com instituições exigentes, competitivas e burocráticas. A dificuldade é que colocar-se frequentemente em disposição de auxiliar o outro exige do profissional grande energia psíquica e condicionamento físico. Portanto, os resultados da relação entre QV e fadiga da equipe de enfermagem proporcionará meios para qualificar o processo de trabalho em saúde, a prática assistencial e a relação profissional/usuário e reorientar a interpretação de políticas públicas para estes trabalhadores, com a melhoria da QV e de trabalho, gerando um impacto positivo na saúde da população e profissionais[3].

Objetivos

Analisar a relação entre os domínios da qualidade de vida e fadiga dos profissionais de enfermagem com dupla jornada de trabalho.

Método

Trata-se de um estudo de delineamento transversal, do tipo quantitativo, realizado no período de agosto a setembro de 2017 com 52 enfermeiros ou técnicos de enfermagem que mantivessem dupla jornada de trabalho de um Hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina. A coleta de dados se deu por meio de um instrumento dividido em três partes: 1) questionário sociodemográfico, econômico e características funcionais do trabalho; 2) escala WHOQOL-Bref (constituída de 26 itens - dividido em cinco domínios (físico; psicológico; sociais; meio ambiente; e qualidade de vida global); 3) escala de Fadiga de Chald (constituída de 11 itens). Os dados foram tabulados de forma dupla e independente e analisados por meio da estatística descritiva e de correlação de pearson. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e procurou respeitar os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com o número de aprovação CAEE: 71075717.7.0000.5367 e do parecer número: 2.192.149.

Resultados e Discussão

A avaliação das características sociodemográficas dos profissionais com dupla jornada apontaram que 88,5% eram do sexo feminino, 34,6% apresentavam idade entre 30 a 39 anos, 71,2% apresentavam escolaridade com segundo grau completo, 48,1% mantinha carga horária de 40 a 60 horas semanais e 63,5% trabalhavam de um a cinco anos na função. Segundo a avaliação da qualidade de vida dos profissionais com dupla jornada destaca-se que as médias que compõem cada domínio foram: físico (1,93; ± 0,241); psicológico (1,82, ± 0,338); relações sociais (1,88; ± 0,385); meio ambiente (1,60; ± 0,260); e qualidade de vida geral (16,11; ± 1,653). Já a análise descritiva da escala de fadiga foi calculada pela pontuação bruta, e a média da escala foi de 11,37 (± 6,559), sendo que o mínimo da pontuação foi zero e o máximo 24 pontos. Assim, quanto maior o número de pontos, maior seria considerada a fadiga no profissional de enfermagem. A relação entre os domínios da qualidade de vida e a fadiga dos profissionais com dupla jornada apontaram que o domínio psicológico apresentou correlação significativa moderada e inversa como a Fadiga Profissional (r= -0,421; p≤0,01). Desta forma, quanto maior/melhor for o domínio psicológico, menor serão os níveis de fadiga do profissional com dupla jornada. O domínio geral da qualidade de vida ainda apresentou correlação significativa baixa e inversa com a fadiga profissional (r= 0,395; p≤ 0,01). Assim, quanto maior for a qualidade de vida geral dos profissionais com dupla jornada, menor será a fadiga deste profissional. A influência na qualidade de vida dos profissionais é manifestada pela existência de fatores relacionados aos aspectos físicos, psíquicos e sociais. A fadiga é evidenciada como fator considerável para os desgastes físicos e psicológicos, desta forma considera-se o aspecto social como agravante por influenciar no cotidiano familiar e na disponibilidade para práticas sociais[4]. De forma ampla, o trabalho da enfermagem, no âmbito hospitalar, envolve tarefas desgastantes e estressantes que exigem domínio psicológico e constante rapidez, pois estão sob permanente cobrança de responsabilidades. O trabalho desgastante inclui fatores como a dificuldade de manter um relacionamento agradável com a equipe multiprofissional. Conviver com políticas que limitam seu trabalho devido à falta de recursos materiais e humanos adequados geram insatisfação

no trabalho e também prejudicam diretamente a QV no trabalho[5].

Conclusão

Os dados obtidos evidenciam a necessidade do estabelecimento de políticas públicas voltadas para as condições de trabalho desses profissionais, uma vez que quase a totalidade dos domínios envolvidos no contexto do trabalho, interferiu na QV. É fundamental considerar a complexidade da temática, pois a mesma reflete as condições individuais, que podem modificar-se de acordo com características de determinado momento da vida das pessoas. Contudo, a análise dos domínios supracitados associados à QV direciona a implementação de mudanças nas condições de trabalho dos enfermeiros, uma vez que a QV desses profissionais influência de forma direta a qualidade da assistência prestada.

Descritores

Saúde do trabalhador; Jornada de trabalho; Qualidade de vida; Fadiga; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 OMS. Promoción de la salud: glosario. Genebra: OMS, 1998.

2 Zavala, MOQ; Kling, TP; Carrillo, KLS. Qualidade de vida no trabalho do pessoal de enfermagem de instituições públicas de saúde. Rev latinoam enferm, 2016;24:e2713.

3 Oliveira, GM; Silva, RM; Filho IMM; Guido, LA. Influência do turno de trabalho na qualidade de vida dos profissionais de enfermagem de um hospital público do noroeste do Mato Grosso- MT. Rev Cient Sena Aires. 2016;5(1):4-20.

4 Matoso, LML; Rodrigues, DNJ. Qualidade de vida dos profissionais enfermeiros no ambiente hospitalar. Rev Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, 2016 jul/dez; 9(2):2-19.

5 Fernandes, JS; Miranzi, SSC; Iwamoto, HH; et al. A relação dos aspectos profissionais na qualidade de vida dos enfermeiros das equipes saúde da família. Rev Esc Enferm USP, 2012; 46(2):404-12.

INTERNAÇÕES POR USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: um estudo ecológico no estado de Santa Catarina

Autores

Kérigan Emili dos Santos[1];
Eduardo Antunes Santos[2];
Marta Kolhs[3]

E-mail para correspondência

kerigan_emili@hotmail.com

Resumo

Introdução

A utilização de substâncias psicoativas (SPAs), com indicação terapêutica, para alívio da ansiedade, medo, estresse ou por diferentes outras indicações, vem tornando o uso como um hábito dentro da sociedade contemporânea. É sabido que esta prática de uso de SPAs é antiga, quando eram usadas em rituais religiosos, recreativos e medicinais[1]. O uso frequente poderá levar o usuário a dependência. O Usuário quando diagnosticado dependente é tratado como um doente. Além de ser tratado como uma doença o uso de substâncias também gera problema social e violência que vem aumentando com o processo de urbanização e do acesso fácil as mais diversas substâncias sejam elas licitas ou ilícitas. Com o aumento do consumo, políticas governamentais tentam intervir e criar estratégias para diminuir a comercialização e o uso de tais substâncias, concentrado na segurança, criminalização e encarceramento de traficantes. A Lei 10.216 de 2001 da Reforma Psiquiátrica prevê também políticas públicas destinada aos usuários de SPAs estas foram criadas com apoio da sociedade e tendo base nos direitos humanos. Com base no tratamento, na redução de danos e na reinserção social foram criados os Centros de

1 Acadêmica de Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmico de Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira. Doutora Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

Atenção Psicossociais Álcool e Drogas (CAPS AD) com objetivo de assistência integral de forma singular a usuários em condições dependentes e/ou em vulnerabilidade devidos as SPAs. Posterior a este, em 2012 através da Portaria 130, os modelos dos serviços foram ampliados para CAPS AD III o qual funciona 24 horas por dia todos os dias da semana inclusive sábados domingos e feriados, compõe serviço uma equipe multidisciplinar. Com estes serviços alguns impasses ligados a dependência e ao abuso de substâncias foram decisivos, visto que o usuário passou a ser tratado como um doente e não mais como um "vagabundo" de forma estigmatizada que a sociedade e até mesmo a família cultivavam. Mesmo com todo este processo de evolução ainda se vivencia situações de estigmatizacão dificultando a reinserção social do usuário o que leva a recaídas.

Objetivos

Identificar a prevalência das internações devido uso de substâncias psicoativas no estado de Santa Catarina entre os anos de 2009 a 2018.

Método

Trata-se de um estudo ecológico, com a análise do perfil dos pacientes internados por transtornos mentais devido uso de substâncias psicoativas na população do estado de Santa Catarina, entre os anos de 2009 a 2018. O número de pessoas internadas com esse perfil foi de 24286. As variáveis de estudo foram: faixa etária, cor, sexo e números em macrorregiões. Os dados coletados no sistema de informação hospitalar DataSUS e Tabnet, foram pegos e direcionados para o Word, onde posteriormente foram calculados a incidência do sexo masculino e feminino (Total de casos x 100), coeficiente (Total de casos ÷ população geral x 100000), e razão (Total de casos do sexo masculino ÷ total de casos do sexo feminino).

Resultados e Discussão

A característica dos usuários de substâncias psicoativas que procuraram unidades que havia internação (CAPS AD III, hospital geral, unidades hospitalar psiquiátricas) no período entre os anos de 2009 a 2018 quanto a variável cor a maioria branca (83,2%) e de minoria indígena (0,06); O sexo masculino foi predominantes nas internações com (82,%) abrangendo todas as macrorregiões do estado de Santa Catarina, exceto a macrorregião do Foz do Itajaí na qual teve menor índice de internação no geral, porem salienta-se que esta macrorregião foi a única com número de internações no sexo feminino maior que o do masculino. A macrorregião que apresentou maior número de internações foi a Grande Florianópolis (n.7.653), e a de menor número a macrorregião de Foz do Rio Itajaí (n.115); considerando a faixa etária, os adultos (20 a 59 anos) foram os mais prevalentes e os com menos incidência foram as crianças (0 a 9 anos). No geral, os dados sobre os números de internações por uso de substâncias psicoativas no sexo masculino é de 4,5 homens para 1,0 mulhe.r Conclusão: De acordo com o estudo ecológico, foi observado que a taxa de com maior índice de internações foram do sexo masculino. A faixa etária que mais se destacou foi a adulta e a menor foi a de crianças. A macrorregião que mostrou maior número de internações foi a Grande Florianópolis. Tendo em vista que o sexo mais prevalente foi o sexo masculino. É visível a necessidade de atenção especial a esse grupo, observando quais são os meios que interferem afetando diretamente os indivíduos. Um ponto a ser notado é que o sexo masculino tem dado menos importância á saúde, o que faz com que seja mais acometido. A equipe de enfermagem pode dar auxilio, com uma maior atenção aos alcoolistas e usuários de drogas nas visitas domiciliares, a ponto de promover a diminuição do consumo destes dependentes e abordar sobre os riscos e problemas dos mesmos. Ademais, os serviços de atenção psicossociais tem colaborado com o processo de saúde e doença dessas pessoas. Estes centros de apoio psicossociais tem dado uma maior atenção a estes grupos de indivíduos, fazendo um trabalho mais holístico e humanizado, despertando a vontade de alcançar o final do tratamento. Nos centros de atenção são proporcionados apoios aos pacientes, permitindo uma reinserção social, por meio de atividades diversas, desde uma atenção individual e grupais, oficinas terapêuticas, além de contar com uma equipe multiprofissional para o atendimento[3].

Descritores

Cuidado. Substâncias psicoativas. Saúde mental. Drogas.

Eixo temático

Produção de conhecimentos, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Araujo E; mMamôru T; Liberali F. Análise Do Perfil Das Internações Hospitalares Por Droga-

dição Em Santa Catarina entre 1998-2015. Arq. Catarin Med. 2018 jul.-set. 47(3):16-37.

2 Ribeiro MS *et al*. Os Grupos de Atenção Psicossocial - GAPS: Novas Rotinas e Ferramentas de Saúde Mental para a ABS. *In*: RIBEIRO, Mário Sérgio *et al*. Ferramentas para Descomplicar a Atenção Básica em Saúde Mental. Juiz de Fora: Editora UFJF, 2007.

3 Borges C; Ribeiro B. Trajetória Do Cuidado e o Percurso Ao CAPSad: Com A Palavra Os Usuários. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental, Florianópolis, 2018; 10(25):234-259.

ENSINO DE ANATOMIA A PARTIR DE CORPOS CADAVÉRICOS: uma questão econômica, social, ética e jurídica

Autora

Letícia Stake Santos[1];
Ana Beatriz Mattozo Amorim[1];
Eduarda Bernadete Tochetto[1];
Sarah Ellen Rodrigues[1];
Rosana Amora Ascari[2]

E-mail para Contato

leticiastakes@gmail.com

Resumo

Introdução

Anatomia Humana é uma das disciplinas mais importantes dos cursos de Ciências da Saúde, pois a partir dela os acadêmicos entram em contato com os segmentos do corpo humano, que futuramente servirão de base para o desenvolvimento de atividades laboratoriais. Segundo os registros da literatura de Galeno, as primeiras dissecações públicas de animais e corpos humanos teriam sido realizadas por Herófilo da Calcedônia, entre 300 a.C a 600 a.C [(1)]. Apesar de estarmos no século XXI, a dissecação de corpos, e o uso de cadáveres ainda é uma prática pertinente no meio acadêmico, com ênfase em cursos da área de saúde. A partir desta premissa, ilustram-se duas posições sobre o uso de cadáveres no ensino de anatomia. Uma referente aos profissionais que apoiam esse instrumento pedagógico e outra que não aprova. Além das questões financeiras relacionadas a conservação dos corpos, existem ainda as questões ético-jurídicas, que estão descritas na lei 8.501, que foi sancionada em vinte dois de novembro de mil novecentos e noventa e dois. Segundo Art. 1º, a lei visa disciplinar a destinação de cadáver não reclamado junto às autoridades públicas, para fins de ensino e pesquisa. Complementado através do Art.3º,

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

os únicos cadáveres destinados para instituições de ensino serão aqueles identificados, entretanto sobre o qual inexistem informações relativas a endereços de parentes ou responsáveis legais, ou aqueles sem qualquer documentação [2].

Objetivo

Expor duas concepções a respeito da utilização de cadáveres no ensino de anatomia humana. Além das condições de conservação dos mesmos e suas relações ético-jurídicas.

Métodos

Trata-se de um estudo de revisão narrativa da literatura, desenvolvido no segundo semestre de 2018, a partir de provocações didático-pedagógicas vinculadas à disciplina de Anatomia Humana de uma universidade pública no sul do Brasil, sobre as diferentes facetas da ética que permeiam a academia, onde o gatilho para a discussão foi disparado por meio de uma artigo sobre ética e bioética no ensino.

Resultados e Discussão

Percebe-se que no ambiente acadêmico muitos professores, estudantes e profissionais da saúde em geral, apoiam a manipulação de corpos cadavéricos para fins de estudo. Afirmam que a utilização do cadáver humano é uma fonte preciosa e eficaz para o ensino da anatomia, o contato que os estudantes de cursos da área da saúde tem com o corpo traz resultados benéficos, pois facilita a obtenção do conhecimento da disciplina, propiciando de forma dinâmica a visualização da organização do corpo humano. Ao contrário das peças anatômicas didáticas, que diferenciam os segmentos a partir de cores. Como por exemplo, as maquetes do sistema cardiovascular, onde as artérias estão representadas pela cor vermelha e as veias pela cor azul, no corpo humano o tecido desvitalizado apresenta uma coloração característica em toda sua extensão, não diferenciado por cores. Embora o formato é semelhante, a consistência e coloração entre o material didático distorce muito da realidade, uma vez que o corpo humano não apresenta diferenciação dos segmentos por meio de cores. Há que se considerar que este é o primeiro momento com o qual os acadêmicos entram em contato com a morte e assim desenvolvem o respeito e ética profissional diante de um corpo. Entretanto os defensores desta ideia reconhecem que para isso acontecer são necessárias aulas, palestras, rodas de conversa com profissionais do IML, promotores de justiça, médico e perito legal, envolvendo a temática de bioética, bem como as questões jurídicas relacionadas ao manuseio de cadáveres. Todavia, há controvérsias sobre a utilização do cadáver para uso didático, pois alguns profissionais da saúde, professores e até mesmo acadêmicos afirmam que o avanço tecnológico oferece outros recursos capazes de suprir as necessidades no processo ensino aprendizado, como por exemplo os simuladores e peças anatômicas virtuais e próteses de silicone e plástico. Por conta destas categorias de materiais de apoio existentes, se discute a real necessidade de um corpo cadavérico para fins de estudo, bem como a maneira como ocorre a conservação do mesmo, associando ao forte odor de formol, que pode desencadear uma barreira importante no aprendizado, uma vez que, a substância deterioriza os órgãos e todos os demais segmentos do corpo de maneira rápida e contínua, impedindo um estudo de qualidade sobre a anatomia humana [3]. Além disso, esta substância química desencadeia problemas no trato respiratório de acadêmicos e professores, por isso maquetes, estruturas anatômicas de plástico, silicone são consideradas as melhores opções, já que não causam alergias, não possuem forte odor e podem ser utilizadas por um longo período.

Considerações finais

Percebe-se com clareza os prós e contras de cada uma das teses defendidas, e pode-se afirmar que grande parte das instituições não prepara seu elenco discente para uma primeira vivência com corpos cadavéricos, muitos dos acadêmicos desconhecem a existência da lei 8.501/92 que determina quais corpos podem ser destinados para fins de estudo, bem como desconhecem as questões legais, éticas e jurídicas relacionadas ao manuseio de cadáveres o que resulta em "piadas", fotos, e "brincadeiras" durante aulas práticas. Além disso, estes alunos encontram-se na maioria das vezes despreparados psicologicamente para este tipo de aula expositiva teórico-prática. Portanto entende-se a necessidade de incluir nos cursos da área da saúde disciplinas como "Processo de morte e morrer", a priori das aulas práticas com cadáveres humanos. Além disso, outro fator de intervenção para melhorar a qualidade da formação dos acadêmicos, seria por parte da instituição, ao oferecer apoio psicológico durante este momento de impacto e mudança na vida do discente. E a ênfase no processo de ensino aprendizagem se aplica em palestras, aulas expositivas sobre bioética e questões ético-jurídicas relacionadas a corpos cadavéricos(4).

Descritores

Anatomia; Cadáver; Ética; Ensino.

Eixo Temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Talamoni, Ana Carolina Biscalquini. Parte I - Breve histórico da anatomia: 1 - Anatomia, ensino e entretenimento. 2014. [Acesso em: 14 ago. 2018] Disponível em: http://books.scielo.org/id/2s7y9/pdf/talamoni-9788568334430-03.pdf

2 Lopes, Flávia Caroline da Silva; Lima, Noília Gomes de. Uso e formas de obtenção de cadáveres para o estudo da anatomia: aspectos bioéticos. 2017. Disponível em: http://perspectivas.med.br/2017/08/uso-e-formas-de-obtencao-de-cadaveres-para-o-estudo-da-anatomia-aspectos-bioeticos/

3 Silveira, Thaís Brasil. et al. Estudo comparativo do uso do formol e glicerina semipurificada na conservação de peças anatômicas e sua relação com ensino-aprendizagem. 2014. Acesso em: 14 ago. 2018.

4 Costa, Gilliene Batista Ferreira da; Lins, Carla Cabral dos Santos Accioly. O Cadáver no Ensino da Anatomia Humana: uma Visão Metodológica e Bioética. 2012. Acesso em: 14 ago. 2018.

TEORIAS CIENTÍFICA E CLÁSSICA NA ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM: as interfaces da atualidade

Autores

Clarisse Fortes[1];
Viane Fortes[2];
Monica Maria Sutil[3],
Marcelo Kajer de Oliveira[4];
Adrean Scremin Quinto[5]

E-mail para correspondência

fortes88@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Historicamente a enfermagem tem seguido os princípios das teorias Científica e/ou Clássica para gerenciarem o trabalho, tanto na assistência direta ao usuário, quanto na administração dos serviços de saúde. Administrar é uma palavra que está cada vez mais frequente no cotidiano profissional da enfermagem(1). Porém, as novas responsabilidades administrativas que fazem parte do cuidado carecem de enfermeiros gerenciadores de conhecimento, destreza, competências e diversos outros aspectos administrativos. Atualmente, a organização dos serviços de saúde vem acompanhando as evoluções da sociedade contemporânea e está centralizada em modelos de gerenciamento, ajustada nas teorias administrativas, sobretudo, científica e Clássica que serão analisadas no decorrer deste trabalho. As teorias administrativas na enfermagem têm influenciado, ao longo do tempo, a organização do trabalho da equipe de saúde, pensando na produtividade e na qualificação da assistência de enfermagem, na integralidade do cuidado e na divisão de tarefas, confirmando a complexidade do setor de saúde e do trabalho de enferma-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
4 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
5 Enfermeiro, especialista, docente da Área das Ciências da Saúde – ACS da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

gem [2]. Taylor é o mentor da forma de organização racionalizada, com sua Teoria Científica, no planejamento das atividades operacionais e com ênfase nas tarefas. A teoria clássica idealizada por Fayol, centra na estrutura organizacional, pela busca da eficiência, pela visão econômica e subordinação [1]. Essas teorias têm influências notáveis na enfermagem atual, onde utilizam a divisão de tarefas na realização do cuidado na assistência, divisão por departamento e por líderes responsáveis que devem servir, organizar e subordinar tarefas. Para tanto, desde a atenção básica até a hospitalar trabalha-se com organogramas, nos quais há divisão vertical e horizontal dos serviços da gerência.

Objetivo

O objetivo desse estudo é contextualizar, a partir de uma revisão de literatura, as influências das teorias Clássica e Científica na gestão de enfermagem das organizações de saúde.

Método

Trata-se de uma revisão de literatura de artigos, textos *on-line*, no período de 2003 a 2018, para se ter uma visão global do material, seguido de uma análise. Realizou-se o levantamento na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), A Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e também em livros e teses que trataram do assunto. As palavras-chave que orientaram a busca eletrônica da produção científica, de acordo com os descritores em ciências da saúde, foram: Teorias da administração, Enfermeiro e Gerência.

Resultados e Discussão

A prática de enfermagem sintetiza em si o saber de várias ciências e é caracterizado pela importância de um bom sistema administrativo que facilita tanto a prática quanto a organização em Enfermagem. Com isto faz-se importante a melhor compreensão da prática para a reflexão sobre a mesma, tendo em conta as Teorias da Administração [3]. Partindo dessa condição, temos a Teoria Científica criado por Frederik Winslow Taylor, que surgiu durante o período industrial, no início do século XX. E teve como objetivo a aplicação dos métodos científicos aos problemas da administração. Esse modelo é denominado taylorista ou da racionalidade gerencial, centrado na tarefa, visando o máximo de produtividade, através da divisão do trabalho, da especialização do operário e da padronização das atividades [4]. Julis Henri Fayol criador da teoria clássica, nasceu no ano de 1841, caracterizada pela ênfase na estrutura organizacional e pela visão de homem econômico e busca pela eficiência [1]. A teoria da administração científica influenciou a prática de enfermagem atual na eficiência e na produtividade dos profissionais através de diferentes abordagens de gerência. Essa influência torna-se aparente nos reflexos dessa teoria na administração de pessoas e na preparação de escalas de serviços em enfermagem, também o reflexo da padronização [1]. O enfermeiro, por exemplo, será um especialista na tarefa executada, uma vez que a executa muito bem. A Teoria Clássica da Administração assenta uma visão administrativa marcada pela previsibilidade, organização, comando, coordenação e controle e isso influenciou a prática de enfermagem contemporânea, principalmente na gestão em área hospitalar. Apesar do aspecto mecanicista, há ênfase na especialização do operário como fator de produção. Trazendo para o aspecto da enfermagem, é o exemplo do enfermeiro que se torna especialista em curativo, em gasometria, em punção arterial, etc., uma vez que realizada o mesmo procedimento diversas vezes[5]. Um exemplo da execução desta teoria é o Enfermeiro que recebe o plantão às 7h e o entrega às 13h e tem que entregar o plantão com todos os curativos da sua unidade feitos, podendo até sofrer uma punição caso não faça todos os curativos. Entre as principais características desses modelos destacam-se a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, o controle gerencial do processo de produção associado à rígida hierarquia, a racionalização da estrutura administrativa, a impessoalidade nas relações interpessoais e a ênfase em sistemas de procedimentos e rotina [4]. O desenvolvimento da Teoria de Administração gerou à todas as profissões, não só à Enfermagem, um modo diferente de organizar e administrar a prática[5].

Considerações finais

por fim, fica visível que as Terias da Administração Científica e Clássica, influenciam diretamente no desenvolvimento e organização do trabalho do enfermeiro. Percebe-se que é de suma importância a divisão de atividades para que o processo do cuidado seja melhor aplicado, para isso não é o bastante uma visão gerencial, faz-se necessário também atentar para que com os cuidados prestados aos usuários sejam efetivos e proficuamente fundamentados em uma atenção coletiva e democrática. Nesta perspectiva, é preciso encontrar estratégias de intervenções

que propiciem o desprendimento do trabalhador da subordinação e passividade para assim exercer o seu papel de sujeito produtivo e criativo no desenvolvimento do trabalho. Além disso, a formação em gestão deve possibilitar a análise constante de um referencial teórico de intervenção, que permita uma reflexão da prática gerencial.

Descritores

Teorias da Administração; Enfermeiro; Gerência.

Eixo temático

Produção do Conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Mercês, JCD; Silva, BEDM; Oliveira, RFDS. A importância do enfermeiro enquanto coordenador na equipe de estratégia de saúde da família. Rev. Psicol Saúde e Debate. Dez; 2018: 4(3):72-83.

2 Sônia, MAP; Cristiane, AS; Elizabeth, LRG; Maísa, CT; Nely RS. Teorias Administrativas na Saúde. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 abr/jun; 18(2):311-6.

3 José, LGS; Estela, RG; Maria ADSL. Revisão sistemática sobre a dimensão gerencial no trabalho do enfermeiro no âmbito hospitalar. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 set; 30(3):525-32.

4 Denise, RA; Francisco, MCS; Marilisa, CC; Sofia AVP; Ana, PM. Teste no tempo: da teoria clássica da administração à organização atual do trabalho de Enfermagem. Revista de Enfermagem Referência - IV - n.º 2 - 2014.

5 Marcia, SF; Carla, AS; Maria, AT; Miyeko, H. A conduta gerencial da enfermeira: um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. Rev Latino-am Enfermagem 2003 março-abril; 11(2):161-7.

INSTRUMENTOS ASSISTENCIAIS DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Autores

Carise Fernanda Schneider[1],
Carine Vendruscolo[2],
Letícia de Lima Trindade[3]

E-mail para correspondência

carisefs@yahoo.com.br

Resumo

Introdução

A Atenção Primária em Saúde (APS) requer métodos e planos estratégicos, que devem ser traçados em conjunto com a população e que visem garantir a assistência de forma contínua, com o maior nível de resolubilidade possível. Destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF) como um importante serviço de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito da APS, que trouxe mudanças nas práticas e na concepção de saúde, na finalidade da assistência, bem como nos instrumentos de gestão utilizados no objeto e no produto do trabalho em saúde. Neste cenário, o enfermeiro sobressai pela sua importância na efetivação das políticas de atenção à saúde, responsável por gerenciar, assistir, planejar e realizar ações de educação em saúde. A atividade gerencial na ESF é uma atividade complexa, diante da amplitude do objeto de trabalho, da diversidade de instrumentos e do perfil requerido para estar à frente dessas atribuições. Isso demonstra a necessidade de preparo e instrumentos adequados para auxiliar no processo de trabalho, uma vez que cenários com fragilidades na capacitação dos gestores, tendem a

1 Enfermeira, Mestranda do MPEAPS, Secretaria de Saúde de Chapecó (SESAU).

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste

3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem, Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

aumentar as cargas de trabalho do enfermeiro. A gerência em saúde não é prerrogativa de nenhuma profissão em particular, entretanto, a formação do enfermeiro tem peculiar amplitude curricular, com aspectos que proporcionam aquisição de competências e habilidades para desempenhar a função[2]. No contexto da APS/ESF, na maioria das unidades de saúde, o enfermeiro ocupa o cargo de gerente, sendo considerado singular sua atuação nesses locais[1]. A identificação de instrumentos de trabalho se torna importante para auxiliar os gerentes a propor ações resolutivas, que resultem em uma assistência diferenciada ao propor novas ações, tanto individuais, quanto coletivas, no que se refere à promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.

Objetivo

Descrever os instrumentos de trabalho assistenciais utilizados pelos enfermeiros gerentes de equipes de ESF no oeste Catarinense, Sul do Brasil.

Métodos

Trata-se de uma pesquisa-ação, de natureza qualitativa. O processo de produção das informações foi organizado em seis etapas: fase exploratória, diagnóstico de situação, coleta de dados, grupos focais com gestores, planejamento da qualificação dos profissionais enfermeiros, socialização dos produtos e publicização dos dados. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista individual e grupos focais com 17 enfermeiros gerentes de unidades de saúde com ESF, no segundo semestre de 2018. Os achados passaram por análise temática e a pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UDESC (parecer nº 2.630.923).

Resultados e Discussão

Todos os profissionais entrevistados desenvolviam uma carga horária de trabalho semanal de 40 horas e um deles possuía duplo vínculo. A maioria (n:9/52%) dos participantes contava com especialização em Saúde Pública/Coletiva ou em Saúde da Família, seguido de profissionais especializados em Gestão/Gerenciamento em Saúde (n:4/23%) e em Enfermagem do Trabalho (n:3/17%), sendo que os demais realizaram formações complementares na área hospitalar ou residência em especialidades nesta área. Ainda, dois enfermeiros concluíram o curso de Mestrado e um deles ainda estava em curso, na época da produção das informações. Os enfermeiros apontaram diversos instrumentos de gestão, dentre estes, muitos relacionados às atribuições assistenciais do enfermeiro, como por exemplo: protocolos, matrizes de intervenção, reuniões de equipe, discussão de casos, matriciamento, telessaúde, telemedicina, planejamento, entre outros. O estudo mostrou que os profissionais que realizam o processo de trabalho de gerência das UBS normalmente não o fazem exclusivamente, ou seja, eles são parte integrante de um membro da equipe de ESF. Esta duplicidade de funções e acúmulo de atribuições profissionais foi apontada como obstáculo no processo de gestão das UBS. Diversas são as atribuições dos enfermeiros que atuam na gerência do SUS, tais como coordenação da equipe, gestão, gerenciamento dos serviços. No entanto, os principais desafios destes profissionais estão centralizados na organização do serviço, que quando são estruturados por estratégias e ações de gestão planejadas, podem impulsionar mudanças na realidade dos territórios[3]. No cenário desta pesquisa, a valorização de instrumentos de trabalho possibilitou contribuições para a organização do trabalho dos enfermeiros, pois estes profissionais se responsabilizam pela assistência ao usuário e pelas funções administrativas como forma de garantir a promoção do cuidado[4]. O estudo também culminou no desenvolvimento de um minicurso, via Telessaúde, importante plataforma de tele-educação, vinculada ao Ministério da Saúde. O Curso irá dar maior visibilidade ao trabalho da enfermagem na gestão, além de instrumentalizar os enfermeiros para esse trabalho, com vistas à qualificação da APS/ESF.

Conclusão

Observou-se uma diversidade de instrumentos assistenciais utilizados pelos gerentes enfermeiros para promover o cuidado ao usuário e comunidade, bem como para aumentar a resolutividade da atenção. Cumpre destacar as atividades gerenciais que prescindem do trabalho em equipe, fazendo com que o enfermeiro compartilhe saberes e instrumentos, de forma interprofissional. A função de gerente do enfermeiro, na APS, vem ganhando destaque pelo desempenho desses profissionais, por suas habilidades natas e pela abertura da própria Política Nacional de Atenção Básica5, que na sua última versão, sublinha a necessidade dessa função. Assim, sugere-se que outros estudos sejam realizados, no sentido de reconhecer e divulgar as estratégias de gestão dos enfermeiros. Recomenda-se ainda, que as instituições formadoras continuem investindo na qualificação dos enfermeiros para a gestão e para o trabalho em equipe.

Descritores

Atenção Primária em Saúde; Enfermagem; Administração de Serviços de Saúde.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Edital nº 27/2016 CAPES/COFEN.

Referências

1 Melo, TAP. Cargas de trabalho de gestores de unidades básicas de saúde. 2015. 144 f. Dissertação - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015.

2 Betas, ACP; Pereira AL. Gestão em unidades básicas de saúde. In: Harada, MJCS. (Org.). Gestão em enfermagem: ferramenta para a prática segura. São Paulo: Yendis, 2011. cap. 38.

3 Soder, R; Oliveira, IC; Silva, LAA; Santos, JLG; Peiter, CC; Erdmann, AL. Desafios da gestão do cuidado na atenção básica: perspectiva da equipe de enfermagem. Enfermagem em Foco, 2018; set; 9 (3): 76-80.

4 Oliveira, AS; Almeida, ML; Santos, MF; Zilly. A; Peres, AM; Roch, FLR. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. Rev. Adm. Saúde *on line*, São Paulo, 2017; Out. – Dez (17), nº 69.

5 Ministério da Saúde (BR). 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). *Diário Oficial da União* [Internet]2017 set.

ORDEM DE NÃO REANIMAR SOB A ÓTICA DA ENFERMAGEM

Autores

Jeana Cristina Barretta[1];
Adrean Scremin Quinto[2];
Fabiane Pertille[3]

E-mail para correspondência

jeanacristinab@gmail.com

Resumo

Introdução

Dentro da prática do enfermeiro encontram-se inúmeras questões referentes a bioética, estas que ainda não tão bem esclarecidas geram dificuldades na assistência direta ao paciente. A ordem de não reanimar (ONR) diante da parada cardiorrespiratória (PCR) em pacientes terminais é um dos exemplos destes cenários bioéticos, e mesmo ainda pouco conhecida quanto a nomenclatura e procedência, faz parte da vivência assistencial da Enfermagem.

Objetivos

Investigar e analisar à respeito da ONR na PCR em pacientes terminais sob a ótica da Enfermagem através da revisão de literatura.

Método

O presente estudo trata de uma revisão de literatura e da legislação vigente, com base na pesquisa de dados BIREME. Para pesquisa, utilizou-se o boleador *and*, e os descritores: ordem de não ressuscitar,

1 Enfermeira, Mestranda do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde, Área das Ciências da Vida – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba/SC.

2 Enfermeiro, Mestrando do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde, Área das Ciências da Vida – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba/SC.

3 Enfermeira, Mestranda do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde, Área das Ciências da Vida – Universidade do Oeste de Santa Catarina – Joaçaba/SC.

enfermagem e ética, a qual foi desenvolvida no mês de outubro de 2018.

Resultados e Discussão

Foram encontrados 15 artigos, e destes somente 03 artigos foram utilizados para o estudo, destancando a escassez de publicação deste assunto na área da Enfermagem. Também foram utilizadas legislações vigentes e literatura sobre o tema. A ONR pode ser conceituada como a decisão em não adotar medidas de reanimação cardiopulmonar (RCP) no paciente em caso de PCR, em situações de doença incurável em fase terminal, e também situações que não seja possível a recuperação da vida do paciente (1). Para tanto, a decisão da ONR deve ser um ato de decisão entre médico com a colaboração do enfermeiro, do doente e de sua família (2). No Brasil, a ONR ainda é um tema de impacto por estar diretamente ligada a uma condição de escolha sobre proceder ou não com a ressuscitação diante de uma parada cardiorrespiratória, e sendo assim poucos são os documentos e legislações que discutem e orientam os profissionais diante das mais diversas situações, dificultando assim a tomada de decisão frente à conduta a ser tomada para melhor assistência e conforto ao paciente em situação terminal (3). Os conselhos de Enfermagem e Medicina, trazem algumas informações sobre condutas no fim da vida, porém ainda muito superficiais sobre a questão da ONR precedida das diretivas antecipadas de vontade e testamento vital. O Conselho Federal de Medicina através da resolução 1.995/2012, trata sobre as diretivas antecipadas de vontade dos pacientes como conjuntura de desejos sobre cuidados e tratamentos manifestados previamente pelo paciente, quando este encontrar-se incapaz de expressar sua vontade, entretanto, ainda há muitas incertezas por parte dos profissionais sobre esta conduta e sobre a existência deste documento (4). Quanto à Enfermagem, o Conselho Federal de Enfermagem no artigo nº 18 do Código de Ética de Enfermagem, enfatiza o dever do profissional de enfermagem em respeitar, reconhecer e realizar ações as quais garantam o direito da pessoa ou de seu representante legal, na tomada de decisões sobre sua saúde, tratamento conforto e bem estar (5), assim ambos os conselhos tratam que a autonomia do paciente e de seu representante legal deve ser respeitada. Um estudo realizado em Portugal, revela que a ONR é decidida na maioria dos casos pelo médico assistente e equipe médica (64,1%), do doente quando em situação de decisão (49,4) e da equipe de enfermagem (40,3%), e 96% do enfermeiros entrevistados revelam a necessidade da participação da enfermagem na discussão dos casos (2). Outro estudo realizado no Brasil, revela que para os enfermeiros, em caso de PCR a decisão por não reanimar é 70% dos médicos, e 30% médicos e familiares do paciente, excluindo assim o paciente e o enfermeiro na tomada de decisão (3). A maioria dos enfermeiros relata que não participa do momento da decisão, ficando na maior parte da vezes somente a critério médico, ou entre médico e familiar. Não há um questionamento da parte do profissional de enfermagem em atuar junto a equipe de saúde para participar da discussão do caso e conduta. Quanto a não reanimação, os enfermeiros afirmam dificuldade de não adotar a prática, mas que a realizariam na condição de fase terminal3. Desta forma, a ONR é um dilema tanto para a enfermagem quanto para medicina, necessitando de mais esclarecimentos e apontamentos que visem assegurar orientações para tal conduta. O paciente necessita saber da existência da ONR do seu direito perante sua condição de saúde, assim como familiares devem estarem cientes de sua decisão para que sua autonomia respeitada.

Considerações finais

Em nosso país a ordem de não reanimar ainda é algo desconhecido por boa parte dos profissionais de enfermagem. Entretanto, é de total importância que a Enfermagem saiba da existência deste direito do paciente, assim como a existência de outros documentos, tais como Testamento Vital e Diretivas Antecipadas de Vontade. Assim, o diálogo entre paciente e/ou familiar e Enfermagem torna-se imprescindível para tornar a autonomia do paciente como primeira questão de escolha, mesmo que este se encontre em situação terminal de vida, prevalecendo o conforto e cuidados necessários para garantir assistência de qualidade ao mesmo.

Descritores

Enfermagem; Bioética; Ordem de não reanimar;

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Bonamigo EL. Manual de Bioética. 4th ed. São Paulo: All Print Editora; 2018. 363 p.

2 França D, Rego G, Nunes R. Ordem de não reanimar o doente terminal : dilemas éticos dos enfermeiros. Rev Bioética, Vol 18, No 2 [Internet]. 2010;18(2):469–81.

3 Nogueira EC, Santos TVS, Monteiro TG. Aspectos Éticos E Legais Da Ordem De Não Ressuscitar - Percepção Do Enfermeiro. Interfaces Científicas - Saúde e Ambient [Internet]. 2015;3(3):39.

4 Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM n. 1995/2012. 2012.

5 COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 311 de 8 de fevereiro de 2007. Código ética dos profissionais Enferm [Internet]. 2007; 1–15.

PERFIL DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS A PESSOAS EM SOFRIMENTO PSÍQUICO POR BOMBEIROS MILITARES

Autores

Ana Júlia Sandri da Silva[1];
Andréa Noeremberg Guimarães[2]

E-mail para correspondência

anajuliasandri@gmail.com

Resumo

Introdução

Pode-se afirmar que os aspectos psicológicos se constituem objeto da intervenção em saúde mental na medida em que o bem-estar exige interferência externa. Desta forma, todo sofrimento é digno de cuidados, digam respeito aos quadros psicopatológicos específicos ou às experiências humanas cotidianas geradoras de sofrimento[1]. O sofrimento psíquico está diretamente associado às urgências e emergências psiquiátricas e a crise, e é fundamental o funcionamento de uma rede articulada de serviços que assumam a responsabilidade pelas diferentes necessidades da pessoa que se encontra nesta condição[2]. Dentre os componentes da rede de atenção inclui-se o atendimento pré-hospitalar móvel, que pode ser compartilhado com o serviço do Corpo de Bombeiros, que além de atuar em atendimentos a acidentes em vias públicas, auxilia em situações de urgências psiquiátricas[3-4].

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente Adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Objetivos

Caracterizar as ocorrências atendidas pela equipe de Bombeiros Militares envolvendo pessoas em sofrimento psíquico no ano de 2017.

Método

Trata-se de um recorte de um estudo com abordagem quanti-qualitativa, de caráter descritivo exploratório retrospectivo. A coleta dos dados quantitativos ocorreu por meio da análise documental das fichas de atendimento do Corpo de Bombeiros Militar em um município de Santa Catarina referente a todos os atendimentos realizados no ano de 2017. A análise estatística foi realizada com auxílio do programa Microsoft Office Excel2010. A pesquisa teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina – CEPSH/UDESC, conforme parecer número 2.545.840/2018.

Resultados e Discussão

Das 2799 fichas analisadas, 6% (n=169) foram ocorrências que envolveram pessoas em sofrimento psíquico de acordo com a descrição da ocorrência contida nas fichas de atendimentos. 33,13% (n=56) não estavam com todos os campos preenchidos em relação às variáveis: idade, hora, sexo ou tipo de ocorrência. Observou-se que o principal tipo de ocorrência envolvendo pessoas em sofrimento psíquico foi Intoxicação com um percentual de 37,27% (n=63), as principais formas de intoxicação descritas foram álcool (n=43), medicamentos (n=12), álcool e drogas (n=5), veneno (n=2) e soda (n=1). As ocorrências de Caso Clínico representaram 32,54% (n=55), sendo crise nervosa a principal razão do atendimento (n=33). Dentre os fatores desencadeantes para a crise foram citados nas descrições: motivos familiares, desafetos familiares, tentativa de estupro, brigas conjugais e agressão. Outros atendimentos descritos como Caso Clínico incluem: abuso de álcool, abstinência de álcool e outras drogas, alucinações, crise de ansiedade, surto psicótico, descontrole emocional, distúrbio bipolar, transtorno psicológico, distúrbio de comportamento e estado de choque. Tentativa de suicídio foi o terceiro tipo de atendimento mais realizado, com 11,83% (n=20). Comparado aos atendimentos gerais esse tipo de ocorrência foi o 13º mais comum, superando as ocorrências de afogamento, engasgamento, trabalho de parto, ferimento por arma de fogo (FAF), transporte, empalamento e as situações de incêndio que requerem apoio da ambulância. As principais formas de tentativa de suicídio foram por enforcamento (n=6), ferimento por arma branca (FAB) (n=2), intoxicação exógena (n=2), afogamento (n=2), F.A.F. (n=2), FAB associada a fogo (n=1) e não informado (n=5). Do total, cinco das vítimas foram encontradas em óbito, sendo que todas eram do sexo masculino e consumaram o ato por meio do enforcamento. Dos casos de Queda (n=11), todos estavam relacionados ao abuso de álcool. Em relação aos acidentes no trânsito (n=9), 6 vítimas apresentavam sinais e sintomas de embriaguez e os demais se encontravam em crise nervosa, desorientação/estado de choque e abalo psicológico. As ocorrências descritas como Outros (1,77%), referem-se a distúrbio de comportamento, agressão e uso de substância entorpecente associado ao álcool. As fichas de atendimento que não possuíam identificação em relação ao tipo de ocorrência representaram 4,73% (n=8), e de acordo com a descrição relacionavam-se a crise nervosa após agressão, embriaguez associado a uso de entorpecentes e distúrbio de comportamento. Entre as pessoas atendidas, 39% (n=66) eram do sexo feminino, 49,7% (n=84) do masculino e 11,2% (n=19) não foi informado. Ao comparar o sexo entre o tipo de ocorrências, observou-se que as mulheres possuíram maiores números de atendimentos somente nas ocorrências de Caso Clínico, Outros e nos atendimentos onde não foi informado o tipo de ocorrência. Destaca-se a diferença de número de atendimentos principalmente nos casos de Queda, Intoxicação e na Tentativa de suicídio, onde o percentual masculino foi respectivamente 63,7%, 22,2% e 35% maior que o feminino. Em relação a faixa etária, o número de ocorrências se manteve principalmente entre os 15 e 54 anos de idade, sendo que o maior número de ocorrências ocorreu com pessoas entre os 35 e 44 anos (21,9%). Os casos clínicos foram mais prevalentes entre os 15 e 24 anos de idade (30.9%), já os de intoxicação entre os 35 e 44 anos (14,2%) bem como os casos de tentativa de suicídio (25%).

Conclusão

Foi possível observar que os agravos em saúde mental atendidos pelo Corpo de Bombeiros Militar acometem principalmente homens em idade produtiva (entre 15 e 54 anos de idade). Dentre os principais atendimentos realizados, destacou-se a intoxicação, principalmente relacionada ao abuso de álcool. Outra ocorrência com elevada prevalência foi a de casos clínicos, principalmente as crises nervosas relacionadas a desafetos familiares, brigas conjugais, agressão e tentativa de estupro. Ressaltam-se as ocorrências envolvendo suicídio/tentativa de suicídio, e o fato

de a maioria das vítimas serem do sexo masculino e de todas que consumaram o ato também serem deste sexo. A forma como o atendimento pré-hospitalar a pessoas em situação de sofrimento psíquico é desenvolvido é crucial, pois exibe influência na vida das pessoas, seja nas condutas a serem tomadas no ambiente intra-hospitalar, na aceitação do tratamento e até mesmo na possibilidade da reincidência. É importante a realização de trabalhos contínuos que incluam todos os profissionais que prestam atendimento a esse público nos diferentes momentos, na perspectiva de implementar estratégias de educação permanente, com um olhar voltado ao atendimento às urgências e emergências psiquiátricas. Salienta-se a necessidade da articulação entre o Corpo de Bombeiros com outros serviços, como os da Rede de Atenção Psicossocial, pois contam com profissionais da saúde especializados na área da saúde mental que podem vir a contribuir para a realização do atendimento.

Descritores

Bombeiros; Assistência à Saúde Mental; Serviços de Emergência Psiquiátrica; Estresse Psicológico.

Eixo temático

Do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Pinheiro, CVQ, Albuquerque, KM. Psicopatologia e saúde mental: questões sobre os critérios que orientam a percepção clínica. Revista Subjetividades, Fortaleza, v. 14, n.1, p. 9-16, 2014. Disponível em: https://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/3269/3404. Acesso em: 17 jan. 2019.

2 Brasil. Ministério da Saúde. Crise e Urgência em Saúde Mental: Fundamentos da atenção à crise e urgência em saúde metal. 4. ed. Florianópolis: Universidade Federal de Santa, 2015a. Disponível em: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:HBX-8-AcXsjYJ:https://ares.unasus.gov.br/acervo/bitstream/handle/ARES/3303/Modulo2-Crise-2015-2_final.pdf%3Fsequence%3D1+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br. Acesso em: 24 jan. 2019.

3 Santa Catarina. Lei Complementar nº 724, de 18 de Julho de 2018. Dispõe sobre a organização básica do Corpo de Bombeiros Militar do Estado de Santa Catarina (CBMSC) e estabelece outras providências. Diário Oficial [do] Estado de Santa Catarina, Florianópolis, 18 de julho de 2018.

4 O'Dwyer, G. O processo de implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência no Brasil: estratégias de ação e dimensões estruturais. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2017; 33(7):1-14. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000705010&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 18 fev. 2019.

RETENÇÃO URINÁRIA NO PÓS-OPERATÓRIO E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM: uma revisão narrativa da literatura

Autores

Laura Cocco[1];
Liliane Bergamin[1];
Rosana Amora Ascari[2]

E-mail para correspondência

lauracocco123@gmail.com

Resumo

Introdução

A Retenção Urinária (RU) é definida como a incapacidade de a bexiga esvaziar a urina produzida pelos rins, podendo ser de forma espontânea, parcial ou total. De forma aguda, o indivíduo tem a sensação de que a bexiga está distendida e dolorosa, sendo que sua capacidade de urinar é insatisfatória. Na RU crônica, há dilatação da bexiga de forma gradual e a dor pode estar ausente.[1] Alguns dos fatores desencadeantes da causa desse problema, podem estar relacionados à obstrução da uretra, alterações motoras e sensoriais, ansiedade, efeito de drogas, desconforto e inquietação. Através dessa complicação, pode-se ter uma hipertonicidade da bexiga, infecções no trato urinário e ainda, formação de cálculos renais.[2] Na assistência de enfermagem ao paciente em RU, é de responsabilidade do enfermeiro o levantamento de dados clínicos do paciente para o correto diagnóstico para adequar as intervenções de enfermagem na RU. Cabe ao profissional identificar a RU, descrever suas características definidoras e fatores relacionados e desenvolver ações que vão dos cuidados

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

agudos à promoção da saúde dos pacientes.[1] Entre as intervenções de enfermagem mais comuns relacionadas ao tratamento da RU encontra-se medidas de avaliação clínica, conforto, higiene e cateterismo urinário.[1,2] O cateterismo urinário é um dos procedimentos mais comuns de cuidados de enfermagem na RU, para tanto, profissionais capazes e confiantes são necessários para que esse cuidado seja realizado com qualidade e segurança ao paciente, pois se realizada de forma inadequada, pode levar a diversas complicações, como infecção do trato urinário, traumatismo uretral, dor e trajeto urinário incorreto.[2] Perante a importância da segurança do paciente no pós-operatório imediato, compreende-se que é necessário identificar os riscos e as complicações as quais os pacientes estão sujeitos, para assim, propor intervenções de enfermagem compatível com cada complicação.[3]

Objetivos

Descrever o que a literatura científica aborda sobre as intervenções de enfermagem frente a retenção urinária no pós-operatório imediato na sala de recuperação pós-anestésica (SRPA).

Método

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura acerca das intervenções de enfermagem na complicação pós-operatória denominada - Retenção urinária. Estudo qualitativo desenvolvido no segundo semestre de 2018, com auxílio do Programa Sophie.[4] A coleta de dados em base primária com importação dos textos para um programa de web para a classificação dos textos deu-se em 19 de dezembro de 2018, referente ao período de 01 de janeiro de 2014 à 30 de novembro de 2018. Inicialmente foi realizada a busca de estudos que abordaram a temática Retenção Urinária na sala de recuperação pós-anestésica na base de dados eletrônica - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando-se dos descritores: "Retenção urinária" AND "Enfermagem". Foram identificados 18 artigos, os quais foram importados para o Programa Sophie[4] e posteriormente selecionados os estudos que versaram sobre a retenção urinária e as intervenções de enfermagem, nos idiomas, português, inglês e espanhol, entre os anos de 2014 a 2018. Como critérios de exclusão, utilizou-se artigos identificados como fuga do tema, textos duplicados, relatos de experiência e estudos que não abordam as intervenções de enfermagem frente a retenção urinária na SRPA. Após a leitura prévia de títulos e resumos foram identificadas cinco publicações que atenderam os critérios de inclusão. Procedeu-se a leitura na íntegra dos manuscritos e foram incluídos no estudo três (n=3) artigos que respondiam ao objetivo proposto. Os principais dados foram então registrados em formulário específico para análise de conteúdo.

Resultados e Discussão

A eliminação urinária é uma necessidade humana básica, que muitas vezes é afetada nos processos de saúde/doença, tornando-se um dos focos das intervenções de enfermagem. Nos procedimentos acerca de problemas de eliminação urinária, um dos diagnósticos de enfermagem geralmente encontrados é a Retenção Urinária. Diante desse contexto, as intervenções devem ser realizadas com qualidade, segurança e conforto, tanto para o paciente quanto para o profissional. Para isso ser alcançado, incorpora-se conhecimentos científicos e técnicos atualizados e as melhores evidências científicas na prática clínica, o que leva à necessidade constante de formação de profissionais, bem como atualização científica de instituições de ensino.[2] A sala de recuperação anestésica (SRPA) é o local destinado a receber os pacientes no pós-operatório imediato e tem como objetivo prevenir possíveis complicações decorrentes do ato anestésico cirúrgico, o que demanda por recursos humanos especializados e materiais diferenciados para que dessa forma, haja uma assistência de qualidade.[3] Desta forma, para qualificar o trabalho de enfermagem é de extrema importância o emprego de ações que proporcionem o aprimoramento dos profissionais para minimizar o risco de complicações, aumentar a segurança do paciente e a autoconfiança dos profissionais. Dentre as intervenções de enfermagem em casos de retenção urinária, a literatura científica aborda principalmente a questão da privacidade do paciente para estimular a eliminação urinária espontânea, o estimular a bexiga reflexa, ou seja, o condicionamento urinário, aplicação frio no abdome, massagens na parte interna da coxa ou condicionar o paciente para o ato miccional espontâneo por meio do barulho da água corrente em torneira e a realização de sondagem vesical de alívio quando necessário.[3]

Considerações finais

este estudo possibilitou uma aproximação das intervenções realizadas pela enfermagem na SRPA aos pacientes com retenção urinária. Além disso, destacou-se a importância do uso da simulação técnica, visto que, através das intervenções, há um significativo aumento da recuperação precoce do paciente,

diminuindo as complicações no período pós cirúrgico. Faz-se necessário que a enfermagem lance mão de intervenções para estimular o esvaziamento vesical por técnicas não invasivas, deixando o cateterismo vesical de alívio para os casos sem sucesso quando da aplicação dos cuidados de enfermagem já descritos.

Descritores

Retenção urinária; Sala de Recuperação; Enfermagem Perioperatória; Cuidados de Enfermagem; Cuidados Pós-Operatório.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Universidade do Estado de Santa Catarina – Udesc Oeste

Referências

1 Meska, MHG; Mazzo, A; Jorge, MB; SOUZA-JUNIOR, VD; Negri, EC; Chayamiti, EMPC. Retenção urinária: implicações do treino simulado de baixa fidelidade na autoconfiança do enfermeiro. Rev Esc Enferm. USP on line, São Paulo, 2016 set; 50(5):833-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0080-62342016000500831

2 Mazzo, A; Martins, JCA; Jorge, MB; Batista, RCN; Almeida, RGS; Henriques, FMD; et.al. Validação da escala de autoconfiança do cuidado de enfermagem na retenção urinária. Rev. Latino-Am. Enfermagem on line, Ribeirão Preto, 2015 set/out; 23(5):814-20. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500814

3 Ribeiro, MB; Peniche, ACG; Silva, SCF. Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores de riscos e intervenções de enfermagem: uma revisão integrativa. Rev. Sobbec, on line, São Psulo, 2017 out/dez; 22(4):218-29. Disponível em: http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876632/sobecc-v22n4_pt_218-229.pdf

4 Pontes, RF; Reck, KCJ; Ascari, RA. Aplicação de nova tecnologia como ferramenta para pesquisa qualitativa de revisão integrativa: Programa Sophie. Rev enferm UFPE on line, Recife, 2017 out; 11(10):680-

5 Disponível em: https://web.a.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=19818963&AN=126592092&h=S9lOG6kRLMa2OXM%2fa5N-LwoMyU2typhPJPGV4NSA1u%2bPhVKQOCmE-XHYUfkvTJCzxrkYt37DohlMCqRi%2fa%2folsXA%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=ErrCrlNotAuth&crlhashurl=login.aspx%3fdirect%3dtrue%26profile%3dehost%26scope%3dsite%26authtype%3dcrawler%26jrnl%3d19818963%26AN%3d126592092

TAXA DE ANOMALIAS CONGÊNITAS EM NASCIDOS VIVOS NAS REGIÕES DO BRASIL

Autores

Kéuri Zamban Branchi1;
Lucimare Ferraz2

E-mail para correspondência

keurizamban@gmail.com

Resumo

Introdução

As anomalias congênitas (ACs) são distúrbios de desenvolvimento originadas no período embrionário, onde ocorrem alterações estruturais, funcionais ou metabólicas que resultam em anomalias físicas ou mentais nos seres humanos, podendo ser detectadas no nascimento ou ao longo da infância. Em muitos casos a etiologia é desconhecida, mas podem ser de origem genética, ambiental ou multifatorial[1]. Estima-se que em 2 a 3% dos nascidos vivos ocorrem ACs, sendo que esse número pode chegar a 5% se levado em consideração os diagnósticos tardios, como anomalias cardíacas, renais e pulmonares[2]. No Brasil, as ACs são a segunda principal causa de morte infantil desde 2000, e as responsáveis por 37% das internações infantis, estando entre as três principais causas de internações pediátricas[3].

Objetivos

Comparar as taxas de anomalias congênitas em nascidos vivos nas cinco regiões do Brasil entre 2012 e 2016.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Método

Trata-se de um estudo observacional ecológico referente às taxas de anomalias congênitas em nascidos vivos nas cinco regiões do Brasil (Norte, Nordeste, Sudeste, Sul e Centro-Oeste) no período de 2012 a 2016. Os dados foram obtidos através do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde, no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), em outubro de 2018. As variáveis analisadas foram: nascidos vivos com anomalias congênitas segundo região, idade da mãe segundo região, instrução da mãe segundo região e tipos de anomalias congênitas de nascidos vivos por região. Para calcular o número de nascidos vivos com malformações por região do país no período analisado, utilizou-se o número de anomalias congênitas por região ÷ total de nascidos vivos por região X 100.000. Nos cálculos de idade e instrução da mãe e principais anomalias congênitas foram utilizados o total de mães de nascidos vivos com anomalias congênitas em cada variável ÷ total de mães de nascidos vivos em cada variável X 100.000.

Resultados e Discussão

Observou-se que a taxa de anomalias congênitas cresceu no Brasil entre 2012 e 2016. No primeiro ano analisado (2012) para cada 100.000 nascidos vivos, 771 nasceram com anomalias congênitas. Em 2016 registrou-se 912 crianças que nasceram com anomalias congênitas para cada 100.000 nascidos vivos. Entre os anos analisados, 2014 registrou o menor número, 748. Em relação às taxas de anomalias congênitas por região, observou-se entre o período de 2012 a 2016, que a maior delas é da região sudeste, sendo 954 nascidos com anomalias congênitas para cada 100.000 nascidos vivos, seguida da região sul (839), nordeste (756), centro-oeste (641) e por último a região norte (522). Na variável idade da mãe, observou-se que as regiões Norte, Nordeste, Sul e Sudeste registraram que a idade onde mais mulheres tiverem filhos com malformações foi 35 a 39 anos, em segundo lugar foi a faixa etária de 15 a 19 anos, em terceiro de 30 a 34 anos, em quarto de 20 a 24 anos e por último de 25 a 29 anos. A região Centro-oeste, entretanto, registrou uma pequena diferença entre o terceiro e quarto lugar se comparado as demais regiões, em que a faixa etária de 20 a 24 anos das mães de crianças com malformações foi maior que a faixa etária de 30 a 34 anos. Em comum, todas as regiões apresentaram predominantemente a faixa etária de 35 a 39 como a mais frequente em mães de bebês nascidos vivos com anomalias congênitas, e como menor taxa, a faixa etária de 25 a 29 anos. Estudo realizado na Inglaterra demonstrou que há uma frequência maior de anormalidades congênitas nos recém-nascidos de mães com idade igual ou superior a 35 anos4. Na variável instrução da mãe, percebeu-se que o maior número de mães de bebês com anomalias congênitas não possuía nenhum grau de escolaridade. Esse resultado foi registrado em quatro regiões do país: Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. Já a região do Nordeste, por sua vez, registrou maior número de nascidos vivos com anomalias congênitas em mães quem possuíam de 8 a 11 anos de escolaridade. Considerações finais: O número de nascidos vivos com anomalias congênitas aumentou no Brasil entre 2012 e 2016. A região Sudeste foi a que registrou maior índice de anomalias congênitas entre 2012-2016, e o Norte o menor. A idade predominante de mulheres que tiveram filhos com anomalias congênitas foi 35 a 39 anos, e a idade onde menos mulheres tiveram bebês com malformações foi de 25 a 29 anos, em todas as regiões analisadas. As mães com nenhuma escolaridade registraram maior o número de crianças com anomalias no período analisado em quatro regiões do país: Norte, Sudeste, Sul e Centro-Oeste. A região do Nordeste apresentou sua maior taxa em mães com 8 a 11 anos de escolaridade. A partir da análise da variável escolaridade da mãe, sugere-se estudos sobre a avaliação das atividades econômicas e laborais predominantes em cada região, para investigar a relação destas, com a possibilidade de anomalias congênitas. Além disso, a variável idade da mãe sugere a hipótese de que as gestações em mulheres com idade mais avançadas têm maior probabilidade de ocorrer uma anomalia congênita nos recém-nascimentos. Com base nos achados epidemiológicos, percebe-se semelhanças entre as regiões do país, evidenciando que as variáveis da mãe têm maior influência do que as variáreis geográficas e sociais.

Descritores

Anormalidades Congênitas. Saúde Materno-Infantil. Nascimento Vivo. Epidemiologia.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Mazzu-Nascimento T, Melo DG, Morbioli GG, Carilho E, Vianna FSL, Silva AA, et al. Teratogens: a public health issue – a Brazilian over-

vie. Genetics and Molecular Biology. 2017 abr/jun; 40(2):387-97.

2 Ramos AP, Oliveira MND, Cardoso JP. Prevalência de malformações congênitas em recém-nascidos em hospital da rede pública. Rev Saúde Com, 2018 jan/jun; 4(1):27-42.

3 Silva JH, Terças ACP, Pinheiro LCB, França GVA, Atanaka M, Schüler-Faccini L. Perfil das anomalias congênitas em nascidos vivos de Tangará da Serra, Mato Grosso, 2006-2016. Epidemiol. Serv. Saude, Brasília, 2018; 27(3).

4 National Statistics Online. Congenital anomalies: highest among babies of mothers aged 40+. Disponível em: http://www.statistics.gov.uk/cci/nugget.asp?id=852. Acesso em 20 fev 2019.

UTILIZAÇÃO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES PELO ENFERMEIRO NO EXERCÍCIO DO CUIDADO: revisão integrativa

Autores

Daniela Cristina Zanovelo[1];
Larissa Gabriela Schneider[2];
Arlete Reichert[3];
Kiciosan Bernardi Galli[4];
Renata Mendonça Rodrigues[5];
Carine Vendruscolo[6]

E-mail para correspondência

danielazanovelo12@gmail.com

Resumo

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PICs) são recursos terapêuticos, os quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) denomina de Medicina Tradicional e Complementar/Alternativa. Essas Práticas visam uma assistência holística ao paciente, com a finalidade de atendimento integral, considerando não somente a doença. Elas abordam os mecanismos naturais de prevenção e tratamento das doenças, sendo a integração do ser humano com o meio ambiente um importante fator. As PICs são técnicas ou métodos que objetivam a assistência de saúde aos indivíduos, buscam reequilibrar a energia do indivíduo e/ou grupo e promover a saúde, possui indicações abrangentes e variadas, por exemplo, em casos de dores musculares, depressão, ansiedade, problemas digestivos e respiratórios[3]. No Brasil, a discussão sobre a implantação destas práticas nos serviços de saúde iniciou na década de 1970, com a Reforma Sanitária. Na década de 1980 e 1990, experiências com plantas medicinais foram relatadas

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente daUniversidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

e ampliadas para Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a municipalização da saúde e a participação popular reascenderam as discussões sobre o uso das PICs. Em 2006, após estudos e debates, o Ministério da Saúde publicou Portaria GM/MS no 971/ 2006 que criou a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) e legitimou as práticas de fitoterapia, homeopatia, medicina tradicional chinesa, antroposofia, termalismo social e crenoterapia no SUS[1]. Em 2017, a portaria nº 849/2017 incluiu Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à PNPIC[1]. No dia 12 de março de 2018, o SUS incorporou 10 novas práticas: apiterapia, aromaterapia, nioenergética, constelação familiar, cromoterapia, geoterapia, hipnoterapia, imposição de mãos, ozonioterapia e terapia de florais, totalizando 29 procedimentos que podem ser ofertados pelo SUS[1]. A implantação das PICs nas UBS depende do envolvimento de toda a equipe de saúde e a presença de profissional de saúde capacitado na prática integrativa que será ofertada.

Objetivos

Reconhecer e compreender a utilização das PICs para o profissional enfermeiro no âmbito da promoção e prevenção da saúde e no exercício do cuidado.

Método

Utilizou-se da metodologia de revisão integrativa de literatura como norteadora desse estudo[2]. Esse método tem como objetivo realizar uma compreensão sobre as pesquisas relacionadas a teorias ou problematização de saúde, relevantes para a área da enfermagem. Seguiu-se 5 etapas: na primeira etapa foi designado o tema e posteriormente a escolha da questão: "como está a utilização das PICs pelo enfermeiro no exercício do cuidado?". A pesquisa bibliográfica foi a segunda etapa: foram verificados nas bases de dados LILACS, BDENF, SCIELO os artigos que tiveram como critério de inclusão trabalhos publicados nos últimos cinco anos, em português e disponíveis online em texto completo. Para a investigação foram utilizados os descritores "cuidados de enfermagem", "terapias complementares" e "enfermagem". Esse levantamento obteve como resultado 40 estudos. A terceira etapa foi a inclusão e exclusão de dados, por meio da leitura dos resumos para verificar se abordavam ou não a questão (primeira etapa). A quarta etapa foi a análise dos artigos, os mesmos foram revisados e foi realizada uma discussão acerca do assunto. A quinta etapa foi a extração de informações importantes e elaboração da resposta sobre a questão escolhida.

Resultados e Discussão

Os artigos analisados demonstraram um aumento da oferta de PICs nos últimos anos no SUS, bem como a busca por este tipo de cuidado pelo usuário. Este aumento não está associado somente com a publicação da PNPIC, mas principalmente por influências sociais e culturais e pelo esgotamento do modelo biomédico, visto que este se resume a fatores biológicos, tendo uma forma reducionista, abordando a etiologia, diagnóstico e tratamento das doenças apenas. Os enfermeiros percebem a necessidade de mudar o olhar reducionista e biomédico do cuidado para um integral, pautado no vínculo entre o profissional de saúde e o usuário[5]. Segundo os artigos estudados, com exceção da homeopatia, terapêutica somente ofertada por médicos, veterinários e odontólogos, qualquer profissional de saúde com nível superior pode ofertar uma prática, basta ter a capacitação técnica na terapêutica escolhida[5]. Nas bibliografias consultadas, este ponto pode gerar conflitos na oferta de cuidados, pois não fica claro a responsabilidade de cada categoria profissional na oferta de cuidado utilizando as PICs[5]. Outro fator limitante é a falta de capacitação dos profissionais nesta área de atuação, o que leva a não valorização por parte da gestão e da própria equipe de saúde quanto a oferta destas práticas e sua eficácia, segurança e uso racional.

Conclusão

O enfermeiro, apesar de ter sua formação pautada no modelo biomédico e tecnicista, transita em diversos modelos teóricos no processo de cuidar. Deste modo, a utilização das PICs pelo enfermeiro tem um campo profícuo de aplicabilidade. Apesar de a maioria das publicações da enfermagem nas áreas das PICs sejam com o uso de plantas medicinais e toque terapêutico, a enfermagem utiliza a Acupuntura, os Florais, o Reiki, a Auriculoterapia e Dança Circular Sagrada no cuidado integral ao indivíduo. Percebe-se que a escassez de informações concisas e específicas sobre essa temática pode ser um limitador na visão integral do cuidado, gerando a falsa impressão que o enfermeiro não estuda e não atua nas PICs. E apesar de ainda hoje, passados doze anos de legitimação das PICS, ainda encontramos dificuldades na implementação e manutenção dessas

práticas no âmbito do SUS, sinalizando que é preciso ampliar o conhecimento em torno das mesmas, discutir o tema nos espaços acadêmicos, pois o foco ainda está pautado no modelo biomédico e acabam comprometendo a formação integral dos discentes e relegando a segundo plano a produção de pesquisas nesta área4. Entretanto, é notável a utilização e importância dessas práticas no cuidado integral ao paciente, pois cuidar de outra pessoa, em seu sentido maior, é auxiliá-la física e mentalmente. Tornando-a mais autodeterminada e autoconfiante em realizar escolhas mediante aos seus próprios valores e ideais de acordo com suas experiências. Dessa forma, as PICs promovem o cuidado integral, pois possuem seu foco na visão ampliada da saúde, entendendo que a doença é um estado de desequilíbrio energético e não apenas um problema físico.

Descritores

Enfermeiro; cuidados de enfermagem; terapias complementares.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Referências

1 Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS: atitude de ampliação de acesso. 2. ed. Brasil. Ministério da Saúde, 2006.

2 Silva, NCM; Iunes, DH; Resck, ZMR; Soares, MI; Junior, DIS; Vieira, NF. Estratégias de ensino das terapias alternativas e complementares na graduação em Enfermagem: revisão integrativa. Rev eletrônica enferm, 2013; 15(4):1061-7. https://revistas.ufg.br/fen/article/view/20568/15752. Acesso: 5 Abr 2018.

3 Badke, MR; Somavilla, CA; Heisle, EV; Andrade, A; Budó, MLD; Garlet, TMB. Saber popular: uso de plantas medicinais como forma terapêutica no cuidado à saúde. Rev Enferm UFSM, Santa Maria, 2016 abr/jun; 6(2):225-234. https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/17945/pdf_1. Acesso: 6 Abr 2018.

4 Magalhães, MGM; Alvim, NAT. Práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem: um enfoque ético. Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 2013 sept/dec; 17(4), 646-53. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400646&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso: 5 Abr 2018.

5 Pennafort, VPS; Freitas, CHA; Jorge, MSB; Queiroz, MVO; Aguiar, CAA. Práticas integrativas e o empoderamento da enfermagem. Rev Min Enferm REME, 2012; 2(16):289-95. http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah%2Fiah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=22715&indexSearch=ID. Acesso: 6 Abr 2018.

VIVÊNCIA DOS CUIDADORES DE JOVENS COM HIV DO EXTREMO OESTE DE SANTA CATARINA

Autores

Carla Denise Sturm[1];
Érika Eberlline Pacheco dos Santos[2];
Natan Reck[1];
Natália Geny Degasperin[1];
Debly Pikula[3];
Maiara Dais Schoeninger[4]

E-mail para correspondência

carlasturm2008@hotmail.com

Resumo

Introdução

Jovens que vivem com HIV enfrentam desafios na assistência, que se associa a dimensão biológica e existencial de cuidado nesta fase. Para tanto, necessitam de um cuidado pautado nas suas singularidades, sob as repercussões do HIV em si e na sua família[1]. Neste sentido, o cuidador tem papel essencial, necessitando dar apoio, conviver, escutar, entender o momento pelo qual eles estão passando. Na maioria dos casos, é a partir do cuidador que os jovens que vivem com HIV têm conhecimento sobre a doença, são eles que possibilitam o cuidado e o tratamento correto e, é a partir deste cuidado realizado que os jovens que vivem com HIV passam a se sentir seguros e protegidos[2]. Objetivos: Descrever a vivência dos cuidadores de jovens que vivem com HIV. Método: Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no Departamento de IST e AIDS/HEPATITE, no município do Extremo-Oeste de Santa Catarina. Os participantes da pesquisa foram cuidadores de jovens que vivem com HIV, que realizam acompanhamento no referido Departamento. O estudo teve como critérios de inclusão: cuidadores, pessoas ou fa-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
2 Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente daUniversidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
3 Enfermeira graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
4 Enfermeira, Eespecialista em Saúde Coletiva. Prefeitura Municipal de São Miguel do Oeste – SC.

miliares com parentesco consanguíneo ou não e que participam ativamente dos cuidados dos jovens que vivem com HIV. Foram excluídos cuidadores menores de 18 anos. A geração de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2017. Foi empregada a entrevista aberta, em uma sala disponibilizada pelo Departamento de IST e AIDS/HEPATITE, em uma sala da universidade e outras na residência do cuidador. Tais entrevistas foram audiogravadas. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo proposta por Bardin, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados. Para o desenvolvimento da pesquisa foram observados os aspectos éticos conforme a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Resultados e Discussão: Participaram das entrevistas cinco cuidadores, destes, uma mãe, duas avós e dois cônjuges, estes tinham idade entre 23 a 29 anos e acima de 50 anos. Todos eram cuidadores de jovens que vivem com HIV do sexo feminino, maiores de 18 anos, quatro foram infectadas por transmissão vertical e apenas uma sendo por transmissão horizontal – relação sexual. Os cuidadores relataram que vivenciam o preconceito e a não aceitação dos jovens que vivem com HIV vindo, principalmente, de vizinhos e familiares e, demonstram tal preconceito, por meio de palavras desrespeitosas e de pessoas inimagináveis, porém compreendem que nem mesmo eles próprios tinham conhecimento sobre o que era o HIV. Percebem que até em serviços de saúde em que o tratamento é disponibilizado, as jovens e o cuidador são tratados de forma diferente com olhares discriminatórios e falta de naturalidade para realizar o atendimento. O diagnóstico do HIV em qualquer membro da família desencadeia os mais diversos sentimentos e reações, que se manifestam de diferentes formas que vão desde sentimento de vergonha e culpa, até raiva, negação e rejeição, passando também pela indiferença, acolhida, apoio, compreensão e aceitação[3]. Para evitar o preconceito relatam que se mantém afastados das pessoas que não sabem da doença e procuram não falar sobre o assunto. O segredo do diagnóstico provoca uma aparente sensação de proteção relacionada ao estigma e preconceito. Tal fato se dá provavelmente pelos resquícios deixados pela doença no momento de sua descoberta, a qual foi associada aos grupos de risco, colocando assim os jovens que vivem com HIV e suas famílias como responsáveis pela infecção ao HIV e julgando o estilo de vida dos mesmos[3]. De acordo com os cuidadores entrevistados, o cuidado com a adesão a medicação é muito importante e seu uso é fácil e simples, porém seus efeitos colaterais, geram estresse nos jovens que vivem com HIV. O impacto pelo HIV, ocorre mudanças em diversas áreas na vida, enfrentar este problema, associado às dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida, como o uso das medicações contínuas, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas com HIV[4]. Os cuidadores relatam que o cuidado não se resume apenas no uso das medicações, mas sim com todo o tratamento, incluindo realização de exames, idas ao médico, acompanhamento nas internações quando necessário, cuidados para evitar que a jovem que vive com HIV fique doente por outras causas. O atributo de cuidado e a adesão dos jovens está relacionado com a afinidade com o profissional de saúde. É fundamental para o apoio ao tratamento, os atributos e a nitidez da comunicação, profissionais dispostos a envolver juntamente ao paciente e cuidadores as decisões sugestivas ao tratamento, o anseio de apoio, com o contentamento com a equipe e informações adequadas sobre o tratamento e a importância dos efeitos paralelos[5]. Conclusão: Por meio das vivências do cuidador, foi possível compreender os desafios que eles enfrentam junto com as jovens que vivem com HIV. Os achados desse estudo apresentam contribuições para enfermagem, pois indicam a ampliação das práticas em saúde, a necessidade de realizar um cuidado que ajude e valorize os cuidadores, entrando e compreendendo suas realidades, a fim de intervir e auxiliá-los em seus enfrentamentos junto aos jovens que vivem com HIV.

Descritores

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Jovens; Adolescentes; Cuidador; Pesquisa Qualitativa.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Paula, CC; Cabral, IE; Souza, IEO. O cotidiano do ser-adolescendo com aids: movimento ou momento existencial? Esc. Anna Nery *online*, Rio de Janeiro, 2009; 13 (3):639-632.

2 Silveira, EAA; Carvalho, AMP. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. Rev Latino-Americana de Enfermagem, 2002; 10(6): 818-813.

3 Botti, ML et al. Convivência e percepção do cuidado familiar ao Portador de HIV/AIDS. Rev Enferm UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jul/set; 17(3):327-326.

4 Meirelles, BHS et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. Rev da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, 2010; 11(3):76-68.

5 Colombrini, MRC; Lopes, MHBM; Figueiredo, RM. Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. Rev Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2006; 40(4): 581-576.

UTILIZAÇÃO DAS PICS PELOS ENFERMEIROS DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA: dificuldades e possibilidades

Autores

Maiara Dais Schoeninger[1];
Érika Eberlline Pacheco Santos[2];
Camila Amthauer[3];
Jairo Luiz Anschau[4];
Rafaela Fátima de Godoi [5];
Alana Fabíola da Silva[6]

E-mail para correspondência

maia_schoeninger@hotmail.com

Resumo

Introdução

As Práticas Integrativas e Complementares (PICS), resgatam, ao mesmo tempo oferecem uma nova cultura de saúde, promovendo uma assistência abrangente e integral, contrariando o modelo biomédico. O Sistema Único de Saúde (SUS), têm se mostrado favorável a utilização de recursos terapêuticos eficazes e economicamente mais acessíveis. Assim, para ampliar o acesso seguro e de qualidade às PICs, foi aprovado em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC). Essa política objetiva incorporar e implementar as PICs no SUS, a fim de prevenir agravos, promovendo e recuperando a saúde da população, realizando cuidado continuado, humanizado e integral em saúde. Tal política visa também, garantir a qualidade, eficácia, eficiência e segurança no uso das PICs, estimular alternativas inovadoras e socialmente contributivas e promover o envolvimento responsável e continuado dos usuários, gestores e trabalhadores nas diferentes instâncias de efetivação das políticas de saúde[1]. As PICS, oferecem uma concepção ampliada e inova-

1 Enfermeira Especialista em Saúde Coletiva. Prefeitura Municipal de São Miguel do Oeste – SC.
2 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
3 Enfermeiro. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
4 Enfermeiro graduado pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
6 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.

dora em saúde, individualmente e coletivamente. Constituem uma racionalidade terapêutica baseada em conceito ampliado em saúde e integralidade do cuidado, considerando a totalidade do ser humano, e além disso, promovem a redução dos custos, demonstrando eficácia nos tratamentos, possibilitando impactos positivos no processo saúde e doença, favorecendo o autocuidado, preservando a autonomia do indivíduo e ainda, possibilitando ainda ações de promoção em saúde e educação permanente[2].

Objetivos

Descrever a utilização das PICs pelos enfermeiros das Estratégias de Saúde da Família.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, fundamentado na abordagem qualitativa, desenvolvido na rede de Estratégia de Saúde da Família de três municípios do Extremo Oeste e Santa Cataria. A população foi composta enfermeiros que atuam nas ESF de tais municípios. Os critérios de inclusão foram: ser no mínimo graduado em enfermagem e estar atuando em alguma ESF. Critérios de exclusão: enfermeiros ausentes do trabalho por licença de qualquer natureza no período estabelecido à coleta de dados, e enfermeiros com experiência profissional inferior a três meses na ESF. A coleta foi realizada por meio de entrevista semiestruturada no mês de outubro de 2016. Para se ter acesso aos participantes da pesquisa o entrevistador locomoveu-se até as unidades de saúde e conversou com os enfermeiros responsáveis, convidando-os para a participação da pesquisa. Após o aceite, as entrevistas foram realizadas individualmente nas dependências da unidade de saúde. O conteúdo foi armazenado através de áudio, com a finalidade de registrar integralmente a fala, e assim assegurar autenticidade do material para análise posterior. A coleta dos dados foi realizada. A mesma obedeceu ao critério de saturação temática. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo do Tipo Temática proposta por Minayo[3]. A pesquisa respeitou os aspectos éticos conforme a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 10 enfermeiros, os quais relataram que já aplicaram ou aplicam as PICs em suas ESF, a partir da utilização de plantas medicinais e termalismo. Deram início a utilização dessas através de cursos realizados e pesquisas com a população da área de abrangência sobre chás, a fim de iniciar o cultivo dos mesmos em hortas comunitárias na própria estratégia. A fitoterapia tem sido uma das PICs mais utilizadas ao longo dos anos. O fator mais relevante para tal crescimento se resume na evolução dos estudos científicos com relação a elas, o que comprova a eficácia medicinal das plantas, principalmente as utilizadas pela população com finalidade terapêutica, além disso, as plantas medicinais são de fácil acesso e baixo custo, facilitando a utilização[3]. A pesquisa mostrou que nas unidades onde alguma das PICs foi implementada, surgiram dificuldades por parte dos enfermeiros na sua implantação, como por exemplo, a adesão da população, a indisponibilidade de tempo para dedicação a esta atividade e conhecimentos insuficientes sobre as PICs, além da falta de profissionais para dar continuidade aos projetos e a resistência de alguns setores em incentivar sua utilização. Dados encontrados na literatura ratificam tais relatos, pois educação em saúde só é possível de ser desempenhada se o profissional possui saberes e competências compatíveis com tal prática. Os autores afirmam que há necessidade de aperfeiçoar a prática educativa dos profissionais da atenção primária e que os processos de educação permanente precisam suprir as necessidades destes[4]. Diante das dificuldades encontradas durante a implementação das PICs, os enfermeiros apontaram como possíveis soluções, o incentivo maior do governo federal e da gestão municipal aos profissionais, proporcionando cursos e especializações sobre as PICs, disponibilizando insumos necessários e através disso, otimizar a assistência prestada à população assistida pela ESF. Os relatos dos enfermeiros também demonstraram que os principais objetivos da ESF não estão sendo atingidos, estes relacionados às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Consideram as PICs como uma possibilidade de resgate desse processo. Diversos estudos demonstram um leque de dificuldades encontradas para a implantação das PICs na Atenção Básica. Algumas das soluções para esse processo poderiam ocorrer por meio da construção coletiva de uma regulamentação municipal em PIC, um plano de expansão, fortalecimento, conscientização e sensibilização, característico para cada ESF, que seja pactuado entre gestão, profissionais e usuários, onde todas as ações sejam monitoradas e avaliadas[5].

Conclusão

A saúde, ao deixar de ser centrada no modelo biomédico, amplia o modo de pensar o processo saúde doença da população. Assim sendo, as PICS são vistas como uma nova cultura, que promove um diálogo abrangente e integral através de um conceito ampliado em saúde, e que capacita a comunidade a realizar o autocuidado e a corresponsabilização social, melhorando a qualidade de vida do indivíduo e da coletividade. Assim, para a efetividade na implantação das PICs, é necessário, conscientizar gestores quanto a importância das mesmas, e prepara-los para buscar incentivos financeiros para a implementação, além disso, capacitar e incentivar profissionais e equipes, para que se sintam seguros em realizar os procedimentos, além de fornecer subsídios os necessários. É fundamental ainda, educar e conscientizar a população, divulgar as ações realizadas e seus resultados, e deste modo oferecer um serviço mais eficiente, de qualidade, equitativo e integral.

Descritores

Práticas Integrativas e Complementares; Estratégia de Saúde da Família; Enfermagem; Pesquisa Qualitativa.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS atitude de ampliação de acesso. 2ª edição. Brasília; 2015.

2 Ischkanian, PC; Pelicioni, MCF. Desafios das práticas integrativas e complementares no SUS visando a promoção da saúde. Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum., São Paulo, 2012; 22(2):233-2380.

3 Zeni, ALB; Parisotto, AV; Mattos, G; Santa Helena, ET. Utilização de plantas medicinais como remédio caseiro na Atenção Primária em Blumenau, Santa Catarina, Brasil. Ciênc. Saúde Colet., 2017 ago; 22(8):2703-2712.

4 Almeida JR de, Vianini MC dos S, Silva DM, Meneghin RA, Souza G de, Resende MA. O enfermeiro frente às práticas integrativas e complementares em saúde na estratégia de saúde da família. REAS [Internet]. 10 dez 2018; (18):e77.

5 Santos MC. Práticas integrativas e complementares na atenção primária à saúde de Florianopólis/SC: implantação, cogestão e educação permanente em saúde. Florianópolis. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva] – Universidade Federal de Santa Catarina; 2012.

ANÁLISE RETROSPECTIVA DO ÍNDICE DE INFECÇÃO PUERPERAL DE CESARIANAS EM SÍTIO CIRÚRGICO

Autores

João Vitor Valente[1];
Pamela Chiela Batista da Cruz[2];
Jennifer Karen Kloh[3];
Daiane Gabiatti[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6].

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Introdução

É notório destacar que as infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos contribuem claramente para o aumento da morbidade e mortalidade cirúrgica, tempo de hospitalização e custos, além de necessitarem aumento da necessidade de recursos da saúde. As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são uma das principais infecções relacionadas à assistência à saúde no Brasil, ocupando a terceira posição entre todas as infecções em serviços de saúde, ocasionando assim uma das principais causas de morte materna[1]. Entende-se por Infecção puerperal qualquer infecção do trato genital ocorrida durante o puerpério. As infecções pós-parto, quando não causam a morte, podem levar a outras complicações, como a doença pélvica inflamatória e a infertilidade[2]. Cerca de 10% das mortes maternas no mundo são atribuídas à sepse, que é considerada a terceira causa direta de mortalidade nesta população, sendo superada apenas pelas complicações hemorrágicas e pela hipertensão. Estima-se que a sepse puerperal é responsável por cerca de 75.000 mortes maternas ao ano, especialmente nos países de baixa renda per capita[3].

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira. Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeira. Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

Objetivo

Avaliar retrospectivamente o índice de infecção puerperal de sítio cirúrgico de pacientes pós-cesariana em um hospital do extremo oeste catarinense.

Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, exploratória, com coleta retrospectiva de dados no mês de agosto de 2017, em um Hospital no Extremo Oeste Catarinense em 787 arquivos de puérperas pós-cesariana. Foi utilizado um instrumento de pesquisa contendo: idade da gestante, data do parto, data da alta, duração do parto cesariana, se teve bolsa rota, se teve profilaxia cirúrgica, se faz uso de antibiótico, se teve presença de secreção purulenta, se sim foi por meio da incisão ou via vaginal, se teve dor ou aumento de sensibilidade do local, se teve febre >38ªC, edema local, hipertermia, calor local, se ocorreu abertura espontânea da cirurgia e se o médico disse que tinha infecção. Os dados coletados foram digitados no programa Epi-info, versão 7, e após verificação de erros e inconsistências foi realizada análise estatística no Programa SPSS, por meio de análise de frequência. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, o qual recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, por meio do CAEE: 66419717.6.0000.5367 o parecer número 2.040.200.

Resultados e Discussão

Segundo a caracterização das puérperas foi possível identificar que 34,4% apresentavam idade entre 26 a 30 anos, 50,4% apresentaram até dois dias de internação, em 73,4% o tempo de cirurgia foi menor que 30 minutos, 99,6% das mulheres receberam profilaxia cirúrgica e 5% apresentaram bolsa rota. Em relação aos indicadores de infecção puerperal foi possível identificar que 3,6% apresentaram secreção purulenta, desta, 3,3% ocorreu por meio da incisão cirúrgica e 0,3% por via vaginal, 3,3% apresentaram dor ou aumento da sensibilidade no local, 3,2% apresentaram hiperemia e/ou vermelhidão, 1,4% apresentaram abertura espontânea da cirurgia, 1,1 %febre acima de 38ºC, 1,5% apresentaram edema no local da cirurgia e 0,7% apresentaram calor no local da incisão. Destaca-se que as manifestações clínicas de febre, hiperemia, dor e edema isoladamente, relatadas pelas puérperas com frequência, não são suficientes para definir um caso de infecção, são parâmetro utilizados porem devem ser analisados quanto a frequência, duração e intensidade, e assim analisados juntamente com todos os outros critérios diagnósticos de infecção[2]. Dentre as causas e os fatores de risco envolvidos na infecção puerperal estão: infecção da ferida pós-operatória, tanto no caso de cesariana quanto de episiotomia; presença de celulite perineal; retenção de restos de membranas gestacional no útero; infecção do trato urinário; sepse da flebite pélvica; mastite; deficiência nutricional; diabetes; obesidade[4]. Sabe-se que quanto maior o tempo de realização da cirurgia cesariana maior a exposição das estruturas internas ao meio externo e, consequentemente, maiores são os riscos de infecção na ferida operatória e estruturas subjacentes. Assim, riscos maternos ou fetais, ou em gestações de alto risco, as complicações existentes, demandam a interrupção prematura da gestação, provocando assim um aumento na incidência de operações cesarianas e com isto maior vulnerabilidade para infecções puerperais, dentre elas as de sítio cirúrgico[5].

Conclusão

Conclui-se que a infecção puerperal possui um aumento relevante de morbidade, mortalidade e do tempo de internação, além de elevar custos às instituições hospitalares, e consequentemente acarretar prejuízos físicos, psicológicos e sociais aos pacientes. Portanto, prevenir estes riscos oportuniza uma melhora na qualidade do cuidado às mulheres no puerpério, a fim de minimizar os casos de infecção de sítio cirúrgico. A partir desta análise, foi possível identificar que a infecção pós-cesariana é uma complicação inerente ao ato cirúrgico e mantê-la sob vigilância serve como um indicador de qualidade do serviço, comprovando que possuir na instituição hospitalar uma Central de Controle de Infecção Hospitalar atuante é fundamental, pois demonstra além de outros fatores um atendimento de maneira integral. Diante disso, torna-se necessário estabelecer estratégias a fim de minimizar os fatores de riscos durante o período de pré-natal e pós-parto como medidas de prevenção e controle, possibilitando desta forma uma melhora na assistência à saúde da mulher no período do puerpério.

Descritores

Cesárea; Infecção da ferida operatória; Infecção puerperal; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Gabrielloni, MC; Barbieri, M. Infecção em Obstetrícia. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2000; 646-656.

2 Medeiros, GO; Souza, LM. Proposta de criação de protocolo de enfermagem para o cuidado de pacientes com abscesso de parede pós-cesárea. Ciências Saúde. 2010; 21(1):01-20.

3 Say, L; et al. Global causes of maternal death: a WHOsystematic analysis. Lancet Glob Health. 2014; 2:323-333.

4 Nomura, RMY; Alves, EA; Zugaib, M. Complicações Maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. Rev. Saúde Pública. 2004; 38(1):9-15.

5 Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de prevenção e critérios diagnósticos de infecções puerperais em parto vaginal e cirurgia cesariana. Brasília: Anvisa, 2017.

A OBESIDADE E A RELAÇÃO COM A QUALIDADE DE VIDA

Autores

Alessandra Paula Watte[1];
Charline Paloma Alves[2];
Kelven Schaurich[3];
Crhis Netto de Brum[4];
Samuel Spiegelberg Zuge[5]
[5]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A obesidade é uma doença crônica caracterizada pelo excesso de gordura corporal, que desenvolve prejuízos à saúde do indivíduo, sua causa é multifatorial e depende da interação de fatores genéticos, metabólicos, sociais, comportamentais e culturais[1]. A obesidade tornou-se problema de saúde pública, uma vez que as consequências da doença são muitas, e variam do risco aumentado de morte prematura, a graves doenças não letais, porém debilitantes, que afetam diretamente a qualidade de vida[2]. De acordo com dados do Ministério da Saúde, houve um aumento no número de casos de obesidade no Brasil, sendo que duas a cada cinco pessoas está acima do peso. O predomínio da doença passou de 11,8%, em 2006, para 18,9%, em 2016[3]. A partir deste aborda-se uma ótica epidemiológica que diz respeito não apenas a medidas corpóreas, mas há impactos gerados na qualidade de vida de cada indivíduo. Assim, vem se manifestando interesse e ao mesmo tempo preocupação a muitos anos, levando as ciências humanas e biológicas a dar ênfase em parâmetros mais amplos de cada indivíduo do que apenas realizar o controle

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeiro, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
5 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

de sintomas, diminuição da mortalidade e/ou aumento da expectativa de vida.

Objetivos

Analisar a relação entre os níveis de obesidade e a qualidade de vida de adultos com IMC igual ou superior a 25 kg/m².

Método

Trata-se de uma pesquisa descritivo-exploratória, de cunho quantitativo, realizado em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um município do extremo oeste de Santa Catarina, no período de junho a agosto de 2017. Foram incluídos no estudo 71 pessoas com IMC igual ou superior a 25 kg/m² e idade igual ou superior a 18 anos. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de pesquisa contendo: 1) Caracterização sociodemográfica, econômica e social do público alvo do estudo e questionário para avaliação antropométrica; 2) Escala de avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref), composta por 26 perguntas e dividida em cinco domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente e qualidade de vida geral). Os dados foram digitados de forma dupla independente no software Epi-info, versão 7, e após analisados por meio de estatística de Correlação de Pearson no software SPSS, versão 18.0. A presente pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, CAEE: 68128817.4.0000.5367 e número do parecer: 2.116.345, o qual respeitou as normas e os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispões sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.

Resultados e Discussão

Das 71 pessoas que participaram do estudo a maioria eram do sexo feminino (60), raça branca (61), apresentavam de 59 a 68 anos (28), apresentavam 1º grau incompleto (34), conviviam com esposo(a) ou companheiro(a) (38), tinham de um a três filhos (45) e apresentavam uma renda de até um salário mínimo (40). Em relação ao IMC, foi possível identificar que 31 estavam sobrepeso, 24 em obesidade tipo I, nove estavam em obesidade tipo II e sete em obesidade tipo III. Em relação a avaliação dos domínios da Escala de WHOQOL-BREF foi identificado as seguintes médias: Domínio físico (62,44, ±19,16); Domínio psicológico (62,85, ±17,63); Domínio relações sociais (70,42, ±14,89); Domínio meio ambiente (59,90, ±13,27); e Domínio de qualidade de vida geral (13,97, ±2,82). Destaca-se que nível de IMC apresentou correlação significativa baixa e inversa com o Domínio do meio ambiente da qualidade de vida (r= -0,239; p≤0,05). Desta forma, aponta-se que quanto menor for o nível de IMC, maior será o domínio do meio ambiente da qualidade de vida, ou, quanto maior for o nível de IMC, menor será o domínio do meio ambiente da qualidade de vida. Os demais domínios da qualidade de vida não apresentaram correlação significativa com os níveis de IMC. A partir disso, percebe-se que a relação IMC x domínio do meio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ ruído/trânsito/clima) e transporte tem grande influência nestes resultados, uma vez que essa perspectiva faça parte da rotina de cada indivíduo. Ao avaliar a qualidade de vida de pessoas morbidamente obesas, verifica-se a presença de prejuízos no funcionamento físico, emocional e social dessas pessoas, assim sugere-se que a qualidade de vida é frequentemente comprometida em pessoas obesas[4]. O domínio meio ambiente pode estar relacionado à vulnerabilidade social da região, apresentando condições de saúde, habitação, cultura, educação, trabalho, renda e abastecimento. Desta forma, a qualidade de vida é frequentemente comprometida em pessoas com excesso de peso devido a prejuízos na saúde física, psicológica e social. Com o aumento das variáveis antropométricas favorecem as ocorrências de baixa autoestima, depressão e insatisfação com a aparência do corpo, interferindo na qualidade de vida[5].

Conclusão

O crescente aumento de pessoas obesas, e a sua associação com patologias e/ou comorbidades influenciam diretamente no bem-estar físico, emocional e psicossocial, com impacto significante sobre a qualidade de vida principalmente quando se diz respeito ao domínio meio ambiente que foi considerado o maior índice deste estudo. A partir disso, se faz necessário à realização de novas pesquisas que visem avaliar a qualidade de vida dos obesos, a validação da escala e acima disto a promoção da saúde, associado a estes uma melhora no quadro de problemas de saúde pública e consecutivamente diminuição desse parâmetro à nível de população. Deve-se também atentar para obtenção de maior compreensão quando se diz respeito a equipe multiprofissional e interdisciplinar no processo terapêutico de obesos sobre a importância da assistência, buscando a melhora fí-

sica, psíquica e social, que leva o aperfeiçoamento e melhora a qualidade da assistência oferecida.

Descritores

Obesidade; Qualidade de vida; Índice de massa corporal; Saúde do adulto; Estratégia Saúde da Família.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Kolotkin, RL; et al. Development of a brief measure to assess quality of life in obesity. Obes Res. 2001; 9(2):102-11.

2 Jung, RT. Obesity as a disease. Br Med Bull. 1997; 53(2): 307-21.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Obesidade cresce 60% em dez anos no Brasil. 2017. Disponível em: http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2017/04/obesidade-cresce-60-em-dez-anos-no-brasil. Acesso em: 20 mar 2013.

4 Almeida, GAN; Loureiro, SR; Santos, JE. Obesidade mórbida em mulheres- estilos alimentares e qualidade de vida. Arch latinoam nutr. 2001; 51(4):359-365.

5 Horta, PM; et al. Qualidade de vida entre mulheres com excesso de peso e doenças crônicas não transmissíveis. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(4):121-129.

AVALIAÇÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A INTENÇÃO DE REALIZAR DOAÇÃO DE ÓRGÃOS

Autores

Alana Fabíola da Silva[1];
Aline Schlosser[2];
Joel Morschbacher[3],
Giseli Chiaparini[4],
Saionara Aparecida de Campos Kreiner[4];
Camila Amthauer[5]

E-mail para correspondência

alanah_smo@hotmail.com

Resumo

Introdução

A doação de órgãos é um ato pelo qual o indivíduo manifesta sua vontade de que, a partir do momento da própria morte, seus órgãos e tecidos possam ajudar outras pessoas a terem qualidade de vida[1]. O transplante de órgãos e tecidos é um assunto complexo na área da saúde, gerando polêmica e dividindo opiniões, uma vez que a população recebe estas informações através da mídia, visto dessa forma a necessidade de maiores esclarecimentos[2]. Alguns estudos sugerem que há um déficit de exposições e debates sobre o processo de doação ao longo das graduações de enfermagem e medicina, evidenciando a necessidade de reforçar essas discussões sobre o assunto no currículo, com o intuito de esclarecer e disseminar as informações de forma correta. Neste sentido os profissionais desenvolvem uma forma mais esclarecida e consciente do processo, adquirindo mais confiança para esclarecer os seus próprios questionamentos sobre o assunto e os da população

1 Acadêmica de Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
3 Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Professor da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
4 Enfermeira. Graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste

referente aos critérios para se tornar um potencial doador[3].

Objetivos

Identificar o conhecimento de acadêmicos de enfermagem de uma universidade do extremo oeste de Santa Catarina quanto ao processo de doação e transplante de órgãos em relação a família e sociedade.

Método

Estudo descritivo, fundamentado na abordagem qualitativa. Trata-se de um recorte extraído de um trabalho de conclusão de curso de graduação em Enfermagem. Fizeram parte da pesquisa 59 acadêmicos de enfermagem, de ambos os sexos, de um campus de uma universidade do extremo oeste de Santa Catarina, regularmente matriculados entre a 2ª e 8ª fase. Foi utilizado o critério de exclusão estudantes menores de 18 anos e a 10ª fase do curso. A coleta de dados aconteceu no período de agosto a setembro de 2018 e foi realizada através de um instrumento de pesquisa elaborado pelas autoras. Esse instrumento continha os dados sociodemográficos, econômicos, características funcionais do trabalho e dados para avaliar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a doação e transplante de órgãos. A coleta de dados deu-se através da plataforma Google Forms onde foi elaborado um questionário contendo 14 perguntas fechadas. Esse questionário foi enviado para todos os acadêmicos matriculados no curso de enfermagem que atendiam os critérios propostos. Os acadêmicos que responderam e finalizaram o questionário geraram um banco de dados, acessível somente às pesquisadoras. Os dados coletados foram tabulados em um banco de dados no software Excel (versão 2010) e foram utilizadas técnicas de análise descritiva e exploratória por meio de análises de frequência. O projeto respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob o número de registro 2.71.242 e CAAE 91169318.0000.5367.

Resultados e Discussão

Ao serem questionados se possuíam intenção de doar seus órgãos 93,1% respondeu que tem intenção de doar, já 6,8% disseram que não autorizaria a família a doar seus órgãos. Em relação se já haviam informado a família sobre a decisão relação à doação de órgãos, 78% já comunicaram a sua família e 22% não haviam falado sobre o assunto com seus familiares. A partir desses resultados se observa que um grande número de participantes possui o desejo de doar e sua família já está ciente de sua decisão, ao questionamento por quais motivos são favoráveis à doação de órgãos, os mesmos ressaltam que é a sensação de salvar uma vida, ajudar o próximo e doar vida. Como decreta na lei vigente nº 10.211/2001, a doação de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante só é possível após autorização da família. No Brasil não é necessário deixar nenhum documento por escrito para ser um doador, porém é necessário comunicar a família do seu desejo de doação, ela se concretizará após a autorização familiar por escrito[4]. Outro dado com destaque é ao serem questionados se em sua família existem pessoas que se dizem doadoras, sendo que 54,2% responderam que não e 45,8% possuem em sua família pessoas que se dizem doadoras de órgãos. Na opinião dos participantes da pesquisa, a respeito dos motivos que levam as pessoas a não doarem seu órgão, a maioria 54,20% acredita que a desinformação seja o principal motiva da recusa, seguida pela opção medo com 28,2%, religioso 15,3% e costumes culturais com 1,7%. Esses dados destacam a importância da informação para conscientizar os indivíduos sobre o processo de doação. Porém outro dado relevante é que em 100% dos candidatos entrevistados afirmaram que aceitariam receber órgãos caso necessitassem, demonstrando que mesmo os que não possuem intenção de doar possuem a intenção de se beneficiar casso necessitassem, isso evidencia a falta de solidariedade com o próximo. A falta de conhecimento da população leiga e da área da saúde sobre o processo de doação é apontada como um dos principais fatores que levam a população a recusarem a doação dos órgãos e tecidos do potencial doador em morte encefálica[5]. Diante do apresentado é possível observar a falta de conhecimento tanto dos acadêmicos como seus familiares em relação ao processo de doação de órgãos.

Conclusão

Nos dias atuais a doação de órgãos é algo de extrema importância para saúde, porém a desinformação da população e dos profissionais geram questionamentos sobre o assunto. A partir do estudo é possível identificar o desejo da grande maioria dos entrevistados em realizar a doação, porém há diversos fatores como desinformação, medo, religião e fatores culturais que influenciam diretamente na decisão. Diante de toda a problemática que envolve o processo, a atividade educativa de extrema relevância para modificar a opinião pública quanto aos conceitos desfavoráveis, resultando em estímulos positivos

para os profissionais e a população sobre a importância de realizar a doação de órgãos.

Descritores

Doação de Órgãos, enfermagem, educação continuada, morte encefálica.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

REFERÊNCIAS

1 Batista MD, Alves IP, Cipriano EC. Compreensão de valores culturais: um elo na decisão de ser ou não doador de órgãos e tecidos. Nursing (São Paulo). 2007 Nov; 10(114):502-8.

2 Gregorini AC. Doar ou não. Aspectos envolvidos na doação de órgãos e Tecidos. Trabalho de Conclusão de Curso, Não Publicado. Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. 2010.

3 Dutra MM, Bonfim TA, Pereira IS, Figueiredo IC, Dutra AM, Lopes AA. Knowledge about organ transplantation and attitudes towards organ donation: a survey among medical students in northwest Brazil. Transplant Proc. 2004; 36:818-20.

4 Brasil. Lei no 10.211, de 23 de março de 2001. Altera dispositivos da Lei no 9.434, de 4 de fevereiro de 1997, que dispõe sobre a remoção de órgãos, tecidos e partes do corpo humano para fins de transplante e tratamento. [Internet]. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9434.htm

5 Monteiro AM, Fernandes EC, de Araüjo EC, Cavalcanti AM, Vasconcelos MG. Doação de órgãos: compreensão na perspectiva de adolescentes. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2011 Oct 1;11(4).

A OBESIDADE E SUA RELAÇÃO COM A AUTOESTIMA E AUTOIMAGEM

Autores

Charline Paloma Alves[1];
Alessandra Paula Watte[2];
Kelven Schaurich[3];
Crhis Netto de Brum[4];
Samuel Spiegelberg Zuge[5]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Indivíduos obesos apresentam geralmente baixa autoestima e insatisfação com seus corpos, aumentando assim as chances de desenvolverem algum distúrbio mental por se sentirem fora dos padrões de beleza apresentados e cobrados na sociedade. A obesidade pode ser desenvolvida em qualquer faixa etária, mas para que uma pessoa se torne obesa, há uma série de condições e fatores que levam o desenvolvimento deste transtorno[1]. Desta forma, os fatores principais são: alterações psicológicas, maus hábitos alimentares, fatores ambientais, genéticos, sociais entre outros. Dentre os principais distúrbios psicológicos que envolvem a obesidade, inclui-se a depressão, imagem corporal, autoestima, ansiedade e distúrbios alimentares[2]. Além disso, a obesidade é considerada uma condição estigmatizada por toda a sociedade e está associada a características negativas, que favorecem cada vez mais a discriminação e a insatisfação com o corpo, uma vez que existe uma influência e exposição da mídia de corpos bonitos e perfeitos favorecendo nas últimas décadas esta discriminação e a compulsão em buscar um corpo ideal,

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeiro, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
5 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

assim como, a diminuição da autoestima na população que não se encontra nestes padrões[3].

Objetivos

Analisar a relação entre os níveis de obesidade e a autoestima e autoimagem de pessoas com IMC igual ou superior a 25 kg/m^2.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, realizado com 71 pessoas com IMC igual ou superior a 25 kg/m^2 e idade igual ou superior a 18 anos em duas Estratégias de Saúde da Família (ESF) de um município do extremo oeste de Santa Catarina, no período de junho a agosto de 2017. Para a coleta de dados foi utilizado um instrumento de pesquisa contendo: 1) Caracterização sociodemográfica, econômica e social do público alvo do estudo e questionário para avaliação antropométrica; 2) Questionário de autoimagem e autoestima - é um questionário com 50 questões, a análise do questionário de autoestima e autoimagem tem pontuação progressiva ou regressiva, dependendo do tipo de pergunta, além disso, as perguntas estão divididas por sub aspectos: orgânicos, sociais, intelectuais e emocionais da Autoestima e da Autoimagem. Além disso, destaca-se que a autoimagem e a autoestima são divididas em quatro aspectos: Orgânicos; Sociais; Intelectuais; e Emocionais. Os dados foram digitados duplamente no software Epi-info, versão 7, e após analisados por meio de estatística de Correlação de Pearson no software SPSS, versão 18.0. A presente pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa, CAEE: 68128817.4.0000.5367 e número do parecer: 2.116.345, o qual respeitou as normas e os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispões sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.

Resultados e Discussão

Da população do estudo foi possível identificar que 60 eram do sexo feminino, 61 da raça branca, 28 apresentavam de 59 a 68 anos, 34 apresentavam 1º grau incompleto, 38 conviviam com esposo(a) ou companheiro(a), 45 tinham de um a três filhos e 40 apresentavam uma renda de até um salário mínimo. Em relação ao IMC, foi possível identificar que a maioria estava em sobrepeso (31), em obesidade tipo I (24), em obesidade tipo II (9) e obesidade tipo III (7). Segundo a análise descritiva dos aspectos do questionário de Autoimagem e Autoestima pode-se observar as seguintes médias: aspecto orgânico (11,5, ±2,75); aspecto social (32,6, ±5,95); aspecto intelectual (31,7, ±4,53); aspecto emocional (92,1, ±14,40). Diante da avaliação entre os níveis de obesidade e a avaliação da autoestima e autoimagem foi possível identificar que não houve correlação significativa entre as escalas. Assim, aponta-se que os níveis de obesidade não interferem na avaliação da autoimagem ou da autoestima das pessoas. Percebe-se que a literatura científica tem apontado como uma preocupação a relação entre obesidade e a autoestima e autoimagem das pessoas, uma vez que as pessoas têm buscado a perda de peso, não por uma condição saudável, mas sim para controlar um problema de saúde, como, hipertensão arterial, diabetes, entre outros[4]. Além disso, existem outras questões que estão relacionados a obesidade e a autoimagem e autoestima, as quais estão relacionadas a saúde mental, tais como a depressão e ansiedade. A depressão e ansiedade acabam aumentando o risco de obesidade, assim como, a diminuição da autoestima e autoimagem[5].

Conclusão

Por meio dos resultados desta pesquisa foi possível concluir que a obesidade não apresentou uma influência significativa sobre a autoimagem e nem sobre a autoestima, dessa forma observa-se que a obesidade pode estar relacionada com outras causas que envolvem as condições de saúde mental e problemas de saúde já existentes. No entanto, sugere-se novos estudos, a fim de identificar as problemáticas em torno da relação entre obesidade e autoestima e autoimagem. Ainda, sugere-se que os serviços de saúde realizem ações de promoção e prevenção da saúde sobre a temática relacionada a obesidade, a fim de identificar fatores que levam ao aumento de peso nesta população, assim como, realizar o acompanhamento de enfermagem com o intuito de identificar problemáticas e propor intervenções que venham melhorar as condições de saúde nesta população.

Descritores

Obesidade, Autoestima; Autoimagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Lacerda, RMR; et al. Percepção da imagem corporal em pacientes submetidos à cirurgia Bariátrica. Rev Col Bras Cir. 2018; 45(2):e1793.

2 Godoy, AR; Adami, FS. Estado nutricional e qualidade de vida em adultos e idosos com depressão. Rev Bras Promoç Saúde. 2019; 32:7354.

3 Fonseca, M. Um corpo é um corpo: Discursos e narrativas do movimento body positive. Universidade Federal de Uberlândia. 2018; p.67.

4 Corrêa, L; Souza, VB, Rahim; ST. A relação entre a obesidade e depressão em adultos: Uma revisão de literatura brasileira nos últimos 10 anos. RUINE, *on line*, 2018; p.24.

5 Brandão, IS; Soares, DJS. A Obesidade, suas causas e consequência para a saúde. DSpace Repository, *on line*, 2018; p.14.

CUIDADO DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE ÀS PESSOAS PORTADORAS DE TRANSTORNOS MENTAIS

Autores

Rafaela Fátima de Godoi[1];
Érika Eberlline Pacheco dos Santos[2];
Maiara Dais Schoeninger[3];
Natalia Geny Degasperin[1];
Natan Rech[1];
Jennyfer Andreia Bruxel[4]

E-mail para correspondência

degodoirafaela@gmail.com

Resumo

Introdução

A reforma psiquiátrica foi um movimento histórico que teve como objetivos enfatizar a substituição dos manicômios por serviços comunitários. Tal movimento também abordou a importância da mudança de conceitos e atitudes sobre a doença mental, objetivando o resgate da cidadania do paciente que convive com transtorno mental, o respeito a sua singularidade e subjetividade, tornando-o sujeito de seu próprio tratamento, respeitando a sua autonomia e a reintegração do mesmo na família e na sociedade[1,2]. Neste sentido, considerando-se que o enfermeiro é o profissional que conduz as ações da equipe da Atenção Primária á Saúde (APS), e que esta é a porta de entrada para as pessoas que vivem com transtornos mentais torna-se importante que este profissional seja habilitado para o desenvolvimento de atividades e cuidados na atenção à saúde mental, visando proporcionar um cuidado que atenda as necessidades específicas[3].

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
2 Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.
3 Enfermeira. Especialista em Saúde Coletiva. Prefeitura Municipal de São Miguel do Oeste.
4 Enfermeira graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, São Miguel do Oeste.

Objetivos

Descrever o cuidado prestado pelos enfermeiros da atenção primária à saúde (ATP) às pessoas que vivem com Transtornos Mentais.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa. Recorte de um trabalho de conclusão de curso desenvolvido na APS, mais especificamente nas Estratégias Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS) de dois municípios do Extremo Oeste de Santa Catarina. Os participantes do estudo foram nove enfermeiros atuantes nas ESF e UBS de tais municípios. Os critérios de inclusão foram: profissionais com graduação em enfermagem, que atuam nas ESF e UBS dos referidos municípios. E os critérios de exclusão foram: profissionais que estavam de licença de qualquer natureza no período estabelecido à geração dos dados. Para se ter acesso a estas informações realizou-se contato telefônico ou pessoalmente com os enfermeiros convidando-os para participar da pesquisa. As entrevistas aconteceram nas dependências das ESF e UBS, e em locais combinados com os enfermeiros, mediante agendamento prévio. Para a coleta dos dados foi empregada uma entrevista semiestruturada. A coleta de dados ocorreu no período de setembro a outubro de 2017, com entrevistas gravadas (áudio) para evitar a perda dos detalhes da fala. Para análise das informações obtidas no estudo, foi realizada a Análise de Conteúdo proposta por Bardin. Para o desenvolvimento da pesquisa foram observados os aspectos éticos conforme a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob número de Parecer 1.647.552 e CAAE: 57536216.0.0000.5367 com registro na Plataforma Brasil.

Resultados e Discussão

Os enfermeiros da Atenção Primária referem que a assistência às pessoas que vivem com transtornos mentais ainda é carregada de "tabus", o que dificulta a abordagem e o acolhimento a essas pessoas, e acabam por demonstrar certo preconceito ou resistência no momento do atendimento. Tal preconceito também parte de outros pacientes que frequentam a ESF. O preconceito com relação à doença mental ainda é muito presente, tanto por parte da população, quanto por parte dos profissionais de saúde. Pelo fato de, ainda, haver a conotação de que a pessoa que convive com transtorno mental é alguém incapaz, anormal, um transgressor das normas sociais e, portanto, merecedor de isolamento da sociedade[4]. Os profissionais também relatam que o conhecimento na área de Saúde Mental é escasso, tendo conhecimento básico adquirido durante a graduação, e alguns contam com a experiência do cotidiano de trabalho. Desse modo, encontram dificuldades para encarar algumas situações relacionadas às pessoas que vivem com transtornos mentais, contudo apesar das dificuldades, relatam que buscam prestar uma assistência baseada no acolhimento e empatia, tentando realizar um atendimento humanizado e integral. Dessa forma, tentam identificar precocemente as necessidades individuais dessas pessoas, compreendendo que o cuidado as pessoas que vivem com transtornos mentais deve ser de forma individual, baseando-se na consulta de enfermagem, a qual deve deixar o usuário confortável para conversar, a fim de criar um vínculo e realizar a escuta qualificada. Após este momento o enfermeiro opta pela melhor conduta em cada caso, se necessário encaminham para consulta médica, ou solicitam a presença deste na consulta de enfermagem. Mediante a consulta de enfermagem com base na Teoria das Relações Interpessoais de Joyce Travelbee, o enfermeiro pode ir além do modelo tecnicista e colocar em prática uma ação que constitua um modelo de compreensão, respeito, sensibilidade e solidariedade para com o ser humano e um cuidado de enfermagem mais amplo e integral. Para que isso aconteça, é imprescindível ouvir o paciente de modo reflexivo e genuíno e ter a clareza de que a consulta de enfermagem não é um simples procedimento técnico, mas um amplo e profundo contexto de possibilidades de estabelecer relacionamento terapêutico entre o profissional e o paciente. Ela facilita desenvolver um cuidado integral em relação aos aspectos afetados e sadios, reforçar e estimular as potencialidades do paciente e considerar a subjetividade do ser cuidado[5].

Conclusão

A assistência de enfermagem as pessoas que vivem com transtornos mentais deve iniciar por um acolhimento e escuta, além da realização de uma consulta de enfermagem de qualidade. Para isso se faz necessário que os enfermeiros atuem sem preconceitos com as pessoas que vivem com transtornos mentais. A educação permanente dos enfermeiros na temática da saúde mental se torna crucial, a fim de aprimorar o conhecimento dos mesmos possibilitando um atendimento mais resolutivo, integral e humanizado a estas pessoas.

Descritores

Enfermagem; Saúde Mental; Enfermagem Psiquiátrica; Atenção Básica.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Villela, SC; Scatena, MCM. A enfermagem e o cuidar na área de Saúde Mental. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2004 nov/dez; 57(6):738-41.

2 Gonçalves, AM; Sena, RR. A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Lat-Am Enfermagem, Ribeirão Preto (SP), 2001 mar; 9(2): 48-55.

3 Waidman, MAP; Marcon, SS; Pandini, A; Bessa, JB; Paiano, M. Assistência de enfermagem às pessoas com transtornos mentais e às famílias na Atenção Básica. Acta Paul Enferm, São Paulo, 2012; 25(3): 346-53.

4 Spadini, LS; Souza, MCBM. A doença mental sob o olhar de pacientes e familiares. Ver Esc Enferm USP, 2006; 40(1): 123-27.

5 Canabrava, DS; Vilela, JC; Brusamarelo, T; Roehrs, H; Maftum, MA. Consulta de enfermagem em saúde mental sustentada na teoria das relações interpessoais: relato de experiência. Ciência, Cuidado e Saúde, 2011out; 10(1): 150-56.

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA: o que revelam os registros

Autores

Cheila Karei Siega[1];
Elisangela Argenta Zanatta[2];
Edlamar Kátia Adamy[3]

E-mail para correspondência

cheilasiega@gmail.com

Resumo

Introdução

Acompanhar as condições de saúde da criança, especialmente no primeiro ano de vida, é de grande importância para garantir seu crescimento e desenvolvimento (CD)[1]. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental, pois este cuidado efetiva-se por meio da Consulta de Enfermagem (CE) em puericultura, estratégia de atendimento com foco no acompanhamento do CD, aliado a promoção, proteção e recuperação da saúde infantil[1,2]. Neste cenário, é crescente o uso das tecnologias de informação, sobretudo o registro informatizado da CE, pois auxilia no gerenciamento dos dados, clínicos e administrativos, quanto ao seu armazenamento, compartilhamento e tomada de decisões a partir da sua análise, porém, por vezes estas ferramentas se mostram ineficientes e incompletas, necessitando de constante modificações para adequar-se à realidade do serviço[3,4]. Além disto, é imprescindível que CE seja realizada de forma organizada e sistematizada a fim de atender as necessidades de saúde da criança e da família, por este motivo, a padronização da linguagem utilizada permite a documentação das

1 Enfermeira, Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

informações o que contribui para o cuidado, pois facilita a comunicação entre os profissionais de saúde e a tomada de decisão eficaz por parte do enfermeiro, bem como garante a cientificidade do processo[5,1].

Objetivo

Identificar os principais problemas de saúde em crianças menores de um ano nos registros das Consultas de Enfermagem em puericultura na Atenção Primária à Saúde.

Método

Trata-se de um estudo documental, descritivo-exploratório desenvolvido a partir de uma dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da UDESC. Os dados foram coletados a partir do diagnóstico de situação em que foi traçado o perfil epidemiológico da saúde infantil de um município situado no meio oeste de Santa Catarina, por meio dos dados disponíveis nos Sistemas de Informação (SI). Utilizou-se dados dos prontuários eletrônicos condensados em relatórios gerados pelo SI relativos ao período de 01/01/2018 a 06/09/2018, tendo seus dados tabulados no programa *Excel*. A pesquisa foi aprovada pelo CEP parecer nº 2.630.923.

Resultados e Discussão

O sistema de prontuário eletrônico do município classifica os principais problemas encontrados durante as consultas por meio da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP), sendo possível escolher até duas opções por consulta. O sistema dispõe ainda de uma tela para descrição da anamnese e exame físico, não dispondo de uma tela para descrição dos Diagnósticos de Enfermagem em linguagem padronizada, tampouco das ações e avaliações de enfermagem. A partir dos dados gerados por meio do relatório, os principais achados foram: Nenhum(a) 109 marcações, Outros procedimentos preventivos (21), Aconselhamento/escuta terapêutica (20), Sem doença (11), Outros procedimentos diagnósticos (8), Exame médico/avaliação de saúde-parcial e Medicina preventiva/manutenção da saúde (7), Procedimento administrativo e Outros sintomas/sintomas gerais (4), Recém-nascido prematuro (3), Outro motivo de consulta NE e diarreia (2), Outros sintomas/sintomas gerais, Problema com criança doente, Perda de peso, Deficiência vitamínica/nutricional, Obstipação, Dor de ouvidos, Outros problemas respiratórios e Consulta com profissional da APS com um registro, respectivamente. A CE em puericultura é uma tecnologia de saúde imprescindível para o cuidado da saúde infantil na APS, pois é por meio dela que são desenvolvidas ações de promoção da saúde, possibilitando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento saudável e a identificação e intervenção precoce de agravos[1]. A CE deve ser realizada de forma sistematizada e contínua, iniciando pela identificação das necessidades de saúde, interpretação e agrupamento das informações por meio do raciocínio clínico, prescrição dos cuidados, implementação e avaliação, como previsto na Resolução COFEN nº 358/2009. A CE informatizada é campo fértil de informações para o enfermeiro, permite reflexões acerca da sua prática, incentiva a busca por conhecimento e a comunicação com a equipe de saúde, bem como fortalece a tomada de decisão eficiente e eficaz[4]. Para tal, evidencia-se a necessidade da padronização da linguagem utilizada pelos enfermeiros na descrição da sua prática, o que traz diversos benefícios para a profissão, como a unificação da linguagem entre a enfermagem e demais profissionais de saúde e a documentação de informações, favorecendo o cuidado ao cliente e o desenvolvimento de sistemas eletrônicos de informações em enfermagem[2]. A CE e o prontuário eletrônico podem ser tecnologias ricas em informações sobre a saúde da população usuária dos serviços de saúde, tornando-se indispensáveis para o planejamento das ações de saúde eficientes e eficazes, no entanto são necessárias ações de educação permanente em saúde voltadas a sua operacionalização, bem como estruturação de um sistema que atenda às necessidades da enfermagem[3,4].

Conclusão

Considera-se que as informações encontradas no relatório não são suficientes para identificar os principais problemas de saúde das crianças menores de um ano de idade atendidas pelos enfermeiros durante as CE em puericultura na APS do município do estudo, por serem genéricas e não refletirem a realidade vivenciada pelo enfermeiro. A CE em puericultura é essencial para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na APS, por possibilitar a identificação precoce de agravos e a promoção da saúde infantil, contudo, faz-se necessário a utilização de uma linguagem padronizada para a CE à criança, sobretudo que possa ser implementada na APS e registrada nos SI, refletindo assim as vivencias do enfermeiro no seu local de trabalho, evidenciando suas ações perante a equipe e comunidade. Possibilita ainda a adoção do planejamento

das ações de saúde pautado no diagnóstico local da situação de saúde por meio dos dados, entretanto, são imprescindíveis ações de educação permanente sobre a CE e a sua informatização na APS, bem como o envolvimento dos profissionais e da gestão local.

Descritores

Atenção Primária à Saúde; Saúde da criança; Enfermagem; Terminologia; Sistemas de Informação.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Edital CAPES/COFEN nº 27/2016.

Referências

1 Goes FGB, Silva MA, Paula GK, Oliveira LPM, Mello NC, Silveira SSD. Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. Rev. BrasEnferm [Internet], Brasília, 2018; 71(suppl6):2974-83. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202808&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jan 2019.

2 Luciano, TS; Nóbrega, MML; Saparolli, ECL; Barros, ALBL. Mapeamento cruzado de diagnósticos de enfermagem em puericultura utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem. Rev. EscEnferm USP [Internet], 2014; 48(2):250-6. Disponível em: http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/84085. Acesso em: 15 jan 2019.

3 Gonçalves, LS; Fialek, SA; Castro, TC; Wolff, LDG. Experiência de Enfermeiros com Computadores na Atenção Primária: estudo exploratório. CogitareEnferm, 2016 Mar; 21(1):01-11. Disponível em: https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43243. Acesso em: 15 jan 2019.

4 Adamy, EK; Zocche, DAA; Almeida, MA. Processo de enfermagem: a arte de integrar o ensino e o serviço na formação. Porto Alegre: Moriá; 2019.

5 Dantas, CN. Sftware-protótipo para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil a partir da classificação internacional das práticas de enfermagem (CIPE®) [tese]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.191f.

CONHECIMENTO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE TRANSPLANTE E DOAÇÃO DE ÓRGÃOS E TECIDOS

Autores

Aline Schlösser[1];
Joel morschbacher[2];
Alana Fabíola da Silva[3];
Giseli Chiaparini[4];
Saionara Aparecida de Campos Kreiner[4];
Érika Eberlline Pacheco dos Santos[5]

E-mail para correspondência

schlosser_letys@hotmail.com

Resumo

Introdução

Doação e transplante de órgãos e tecidos consistem em procedimentos cirúrgicos com a finalidade de retirar parte do corpo de uma pessoa (doador), para que ocorra seu implante em um indivíduo doente (receptor), melhorando a qualidade de vida de muitas pessoas com patologias crônicas terminais. A evolução dos procedimentos cirúrgicos, a descoberta de soluções farmacológicas para conservação dos órgãos e o desenvolvimento de medicamentos imunossupressores foram cruciais ao progresso dos transplantes no Brasil[1]. Frente ao crescimento da demanda, evidencia-se o despreparo do acadêmico de enfermagem em lidar com o contexto morte e família. Nesse sentido, é necessária abordagem mais enfática do tema nas instituições de ensino, visando preparar os futuros profissionais para o enfrentamento da situação diante do sofrimento da perda[2].

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
2 Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Professor da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
4 Enfermeira. Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.

Objetivos

Descrever o conhecimento de acadêmicos de enfermagem de uma universidade do Extremo Oeste de Santa Catarina quanto à doação e transplante de órgãos e tecidos.

Método

Estudo descritivo, fundamentado na abordagem qualitativa. Fizeram parte da pesquisa 59 acadêmicos de enfermagem, de ambos os sexos, de um campus de uma universidade do extremo oeste de Santa Catarina, regularmente matriculados entre a 2ª e 8ª fase. Foram excluídos estudantes menores de 18 anos e a 10ª fase do curso. A coleta de dados aconteceu no período de agosto a setembro de 2018 e foi realizada através de um instrumento de pesquisa elaborado pelas autoras. Esse instrumento continha os dados sociodemográficos, econômicos, características funcionais do trabalho e dados para avaliar o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem sobre a doação e transplante de órgãos. A coleta de dados deu-se através da plataforma Google Forms onde foi elaborado um questionário contendo 14 perguntas fechadas. Esse questionário foi enviado para todos os acadêmicos matriculados no curso de enfermagem que atendiam os requisitos propostos. Os acadêmicos que responderam e finalizaram o questionário geraram um banco de dados acessível somente às pesquisadoras. Os dados coletados foram tabulados em um banco de dados no Software Excel (versão 2010) e foram utilizadas técnicas de análise descritiva e exploratória por meio de análises de frequência. O projeto respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob o número de registro 2.71.242 e CAAE 91169318.0000.5367.

Resultados e Discussão

Quando questionados sobre o acesso às informações e ao próprio conhecimento na temática doação e transplante de órgãos, 93,2% dos entrevistados alegaram ter acesso a informações pertinentes e 6,8% revelaram não possuir conhecimento relevante sobre o assunto. Em relação à avaliação do conhecimento referente ao transplante, 42% dos participantes afirmaram possuir bom conhecimento, seguido por conhecimento regular, com 33,9%, ótimo com 11,9%, ruim 8,5% e péssimo 3,4%. Observa-se que, apesar de um grande número de participantes terem acesso às informações, o conhecimento adquirido não foi efetivo. Por conseguinte, é importante que o graduando de enfermagem esteja apropriado das informações necessárias, visando colaborar com o desenvolvimento de ações educativas de qualidade, promovendo o esclarecimento da população sobre os processos que norteiam a doação de órgãos e tecidos no Brasil[3]. Outro dado relevante é que 50,8% dos entrevistados acreditam na deformação do doador após a retirada dos órgãos. Um estudo realizado com estudantes de medicina apresenta similaridade entre as opiniões, demonstrando que a abordagem do tema nas instituições de ensino e as campanhas publicitárias não estão surtindo o efeito desejado[4]. Em relação ao processo para se tornar doador, 55,9% dos entrevistados compreendem o processo e 44,1% têm interesse de se tornarem doadores, no entanto não sabem como proceder. Quando questionados sobre morte encefálica (ME), 93,2% dos participantes afirmaram se tratar da inexistência de fluxo sanguíneo para o cérebro, onde o mesmo perde as funções; 5,1% afirmaram que é quando os órgãos param de funcionar, e 1,7% alegaram se tratar de situação de coma. Compreender e explicar o diagnóstico detalhado aos familiares é imprescindível, visto que a desconfiança no diagnóstico de ME pela população leiga é um fator limitante para a doação de órgãos[5]. No questionamento sobre doação de órgãos e tecidos entre pessoas vivas, 96,6% afirmaram que sim e 3,4% afirmaram não haver essa possibilidade. Sobre a forma pela qual os participantes julgam ser a mais adequada para passar informações para a população, 66,1% escolheram a opção treinamento/capacitação pelos profissionais da saúde como a opção mais adequada, seguida por palestras, com 23,7%, panfletos 6,8%, 1,7% televisão ou rádio e 1,7% todos os itens anteriores. Diante do exposto, é possível observar a relevância dos profissionais de saúde no esclarecimento da população sobre o processo de doação e transplante de órgãos.

Conclusão

Percebe-se que os acadêmicos apresentam fragilidades em relação ao conhecimento sobre o tema, revelando a necessidade da busca contínua na literatura visando o aprimoramento para a atuação prática. Faz-se necessária a difusão de tais assuntos nas instituições de ensino, promovendo debates, divulgando campanhas e expondo a sua importância para os futuros profissionais.

Descritores

Educação em Saúde; Obtenção de Órgãos e Tecidos; Enfermagem.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Cintra V, Sanna MC. Transformações na administração em enfermagem no suporte aos transplantes no Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem. 2005; 58(1).

2 S ilva AD, Silva MJ. A preparação do graduando de enfermagem para abordar o tema morte e doação de órgãos. Rev. enferm. UERJ. 2007 Dec;15(4):549-54.

3 Moura KH, Souza TF, Ribeiro GT. Percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre a doação de órgãos e tecidos. Rev. enferm. UFPE on line. 2011 Aug; 5(6):1353-61.

4 Galvao FH, Caires RA, Azevedo-Neto RS, Mory EK, Figueira ER, Otsuzi TS, Bacchella T, Machado MC. Conhecimento e opinião de estudantes de medicina sobre doação e transplante de órgãos. Rev Assoc Med Bras. 2007 Oct; 53(5):401-6.

5 de Alencar Meneses E, Souza MF, Baruzzi RM, do Prado MM, Garrafa V. Análise bioética do diagnóstico de morte encefálica e da doação de órgãos em hospital público de referência do Distrito Federal. Revista Bioética. 2010 Nov 12;18(2).

BOAS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM A PARTIR DA TERAPIA DE GRUPO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Autores

Danúbia Marcelino Cândido Guinzelli1;
Carine Vendruscolo2;
Andrieli Fernanda Becker3;
Kiciosan da Silva Bernardi Galli4;
Andrea Noeremberg Guimarães5

E-mail para correspondência

danubiaguinzelli@hotmail.com

Resumo

Introdução

O Ser humano precisa de grupos para sobreviver, sejam estes para estabelecer relações, trabalhar, promover a troca de experiências. Os homens possuem a capacidade de se desenvolver melhor em sociedade do que sozinhos, sendo essa uma forma de dividir angustia e enfrentar seus medos[1]. Os grupos terapêuticos são estratégias utilizadas por profissionais da área da saúde para as mais diversas finalidades, podendo ser grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, entre outros. A melhoria do atendimento desses casos na Atenção Primaria à Saúde (APS), reflete na prevenção da saturação das redes secundarias de atendimento[2]. Este estudo investigou o conhecimento e a aplicação do grupo terapêutico "Grupo de Desenvolvimento Humano" (GDH) por enfermeiros, realizado na APS de um município no Oeste catarinense. Um dos objetivos dessa modalidade de grupo é auxiliar no tratamento de usuários em diferentes situações, provenientes de suas pato-

1 Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Graduanda em Enfermagem pela Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Doutora em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Doutora em Enfermagem Professora adjunta do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

logias ou dificuldades relacionadas e então, promover a solução de problemas, reforçando o sistema de apoio entre os usuários e a autonomia deles dentro do próprio grupo[3].

Objetivos

Analisar o uso da terapia de grupo pelos profissionais de enfermagem na Atenção Primaria a Saúde.

Método

Estudo qualitativo, realizado com sete enfermeiras que trabalham em equipes da Estratégia saúde da família do município de Chapecó – SC, cuja coleta de dados foi realizada no segundo semestre do ano de 2018. Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, buscando analisar o uso deste método terapêutico e o conhecimento dos profissionais sobre sua aplicação e efetividade. O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina (CEPSH/UDESC), sendo o presente trabalho desenvolvido como um recorte do macroprojeto "Cuidado e Gestão em Enfermagem como saberes na Rede de Atenção à Saúde: proposições para as melhores práticas", do Grupo de Estudos sobre Educação e Trabalho (GESTRA) da UDESC, em parceria com a Associação Brasileira de Enfermagem - Seção Santa Catarina (ABEn/SC). Após a coleta de dados e a transcrição das entrevistas, o material foi tratado seguindo a análise temática, na direção do objetivo deste estudo.

Resultados e Discussão

Os dados coletados sobre o grupo terapêutico em questão, o GDH, mostram que, além de ser uma forma de prestar assistência aos usuários acometidos por transtornos psíquicos ou uso de álcool e drogas, ele também é citado pelas enfermeiras como um grande aliado na APS, sobretudo, na educação permanente. As entrevistadas ainda relatam sobre a falta de aprimorar habilidades para desenvolvimento de metodologias grupais, ainda na graduação. Elas se sentem seguras e preparadas para melhor atender os usuários a partir do GDH. O grupo é formado por uma equipe multiprofissional, envolvendo enfermeiros, psicólogos, assistente social, nutricionistas, médicos, farmacêuticos, educadores físicos, dentistas e também os profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). A equipe discute sobre o histórico do paciente, estuda casos, artigos, revisa algumas literaturas, tiram dúvidas sobre o manejo do paciente psiquiátrico, em relação às mais variadas patologias. A partir disso, desenvolvem o grupo na própria Unidade Básica de Saúde. O GDH é compreendido pela equipe como um espaço dialógico, destinado a saúde mental dos usuários. As profissionais entrevistadas contam como o GDH contribui com diversas dificuldades relacionadas ao usuário, como a de acessa-lo de forma longitudinal e integral, e a não finalizar a atuação da enfermagem com encaminhamentos para o psicólogo ou outros profissionais especializados, mas sim, procurando a resolutividade na APS. Os encontros do GDH ocorrem atualmente, em diferentes Unidades de Saúde do município, normalmente, uma vez por semana, trabalhando o desenvolvimento humano em três ciclos anuais, com formação de novos grupos e entrada de novos integrantes. Quem faz a discussão do grupo acontecer é o próprio usuário, o profissional apenas norteia a conversa, atuando como mediador do grupo e a partir de capacitação prévia. Assim, quem coordena, de certa forma é o usuário, o qual tem protagonismo no seu próprio tratamento. O enfermeiro, durante a sua atuação como terapeuta do GDH, passa a perceber este usuário de forma integral, numa terapêutica que é complementar às consultas de enfermagem, buscando a melhor resolução dos problemas referentes a saúde mental. Ainda, foi possível compreender com o estudo que a demanda na Unidade Básica de Saúde é, em grande média, relacionada à saúde mental, e que alguns dos profissionais entrevistados já se sente capaz de manejar essas situações, no âmbito da APS. Simples consultas de enfermagem, sejam ginecológicas ou de planejamento familiar, acabam resultando em relatos, confissões e dúvidas, desdobrando-se, durante os grupos, em trocas de conhecimento e resolutividade. Os relatos fazem perceber que os problemas relacionados à saúde mental estão presentes nos diferentes contextos do usuário e que demandam a atenção integral do enfermeiro e da equipe.

Considerações finais

A terapia em grupo, sobretudo o GDH, no município de Chapecó, tem se apresentado como importante ferramenta do cuidado de enfermagem na APS, pelo manejo adequado da demanda de saúde mental que existe na saúde pública. Além disso, capacita o profissional de enfermagem para ter autonomia, bom relacionamento e aproximação com o usuário e assim, consequentemente, qualidade no cuidado. Os grupos também se apresentam como ferramenta capaz de agregar conhecimento aos profissionais vinculados, por meio de uma capacitação terapêutica, além de promover o conhecimento em-

pírico de doenças psíquicas e boas práticas de enfermagem. Recomenda-se a realização desse método terapêutico com vistas à efetivação dos atributos da APS, especialmente, a integralidade e a resolutividade.

Descritores

Psicoterapia de Grupo, Educação Continuada, Saúde da Família, Saúde Mental, Desenvolvimento Humano.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Spadini, LS; Souza, MCBM. Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, vol 10, Rio de Janeiro, 2006 abr, 132-138. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n1/v10n1a18.pdf

2 Souza, AMA; Fraga, MNO; Moraes, LMP; Garcia, MLP; Moura, KDR; Almeida, PC; Moura, EMV. Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúdemental. Texto & Contexto Enfermagem *on line*, Ceará ,2004, out--dez; 13. Disponível em: https://www.redalyc.org/html/714/71413416/

3 Spadini, LS; Souza, MCBM. Conceito de grupo na percepção de enfermeiros na área de saúde mental e psiquiatria. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.) *on line*. 2011; 7(3):133-138. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762011000300004

BENEFÍCIOS DA ANTISSEPSIA CIRÚRGICA DAS MÃOS COM PRODUTO À BASE DE ÁLCOOL POR MEIO DA REVISÃO DE LITERATURA

Autores

Bruna Fontana[1];
Danielle Bezerra Cabral[2]

E-mail para correspondência

enfbrunaf@gmail.com

Resumo

Introdução

A higienização das mãos (HM) é uma das salutares medidas de prevenção e controle de Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Ela reduz a carga microbiana das mãos, punhos e antebraços a partir de agentes químicos que não são tóxicos ou irritantes[1]. Em percentuais mundiais, a adesão a essa prática, geralmente não excede a 50%[2]. Sendo assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) e outras instituições desenvolveram abordagens para melhorar a HM pelos profissionais de saúde como a estratégia multimodal ou multifacetada[3]. Essa estratégia envolve cinco componentes críticos: a mudança de sistema, envolvendo a disponibilização da preparação alcoólica no ponto de assistência, além de pia/lavatório, sabonete líquido e água; capacitação dos profissionais para os cinco momentos; observação das práticas de higienização das mãos e retorno de indicadores de adesão à equipe; lembretes e cartazes no local de trabalho e estabelecimento de um clima de segurança, com apoio expresso da alta direção e líderes dos serviços de saúde[3]. A segurança do paciente cirúrgico é uma preocupação inerente e constante

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

aos serviços de saúde devido os indicadores de Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS), principalmente as infecções de sítio cirúrgico, constituem um problema de saúde pela magnitude e pelo impacto na morbi-mortalidade[1]. Dito isso, há uma forte recomendação nacional no uso de produto a base de álcool (PBA) para antissepsia das mãos antes de cuidados prestados, nos cincos momentos da higienização das mãos, quando não há sujidade visível nelas[3-4].

Objetivos

Identificar as vantagens no uso do produto à base de álcool no preparo cirúrgico das mãos por meio da revisão narrativa da literatura.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa constituída de busca e análise crítica do autor sobre os artigos impressos e/ou eletrônicos, nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), do Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE) e da *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os descritores em Ciências da Saúde (DEcs) utilizados foram antissepsia, higienização de mãos pré-cirúrgica, álcool, centro cirúrgico. Os conectores booleanos and/or, no período de 2015 a 2019, foram utilizados. A inquietação científica formulada foi baseada nas vantagens do uso de produtos à base de álcool na antissepsia cirúrgica das mãos.

Resultados e Discussão

A nota técnica Nº 01/2018 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde (GVIMS) e da Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde (GGTES) foi consultada para fomentar as discussões científicas advindas dos artigos obtidos pela busca. Dos vinte e quatro artigos (24) identificados, selecionaram-se quatro (4): uma revisão de literatura; um estudo quantitativo, descritivo e exploratório e dois estudos transversais. A leitura dos artigos selecionados foi realizada. Existem algumas dificuldades no uso de preparações alcóolicas para higienização das mãos como o forte e desagradável odor do álcool e a sensação de mãos pegajosas, as fragrâncias que, às vezes, não são bem toleradas pelos profissionais de saúde, ocasionando dermatites de contato ou irritativas, o uso de luvas de procedimento com talco que ao entrar em contato com a preparação alcoólica forma um resíduo indesejável nas mãos[5]. Em relação a antissepsia cirúrgica das mãos com PBA, sem enxágue, tem sido recomendado pela OMS e pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos Estados Unidos da América (EUA), devido à comprovada eficácia antimicrobiana, facilidade de aplicação, menor dano à pele e economia de tempo[3-5]. Alguns estudos revelaram vantagens e custo-efetividade das preparações alcóolicas no preparo da mão cirúrgica como tempo de procedimento, melhor condição da pele, maior eficácia antibacteriana, redução de custos, economia de água e redução de resíduos sólidos[4]. Um estudo realizado em um hospital privado do sul do Brasil mensurou os custos no CC com a utilização da solução alcoólica em detrimento da escovação cirúrgica com outros antissépticos e concluiu uma redução de 47%[5] do consumo de escovas cirúrgicas. O PBA gera menos secura na pele, requerendo apenas cerca de um terço do tempo para antissepsia das mãos e, também é eficaz na eliminação de microrganismos em relação ao sabão e água[2]. Alguns requisitos básicos para a seleção de produtos para higiene das mãos em serviços de saúde são: selecionar a preparação alcoólica para a higienização das mãos verificando sua eficácia antimicrobiana, a boa tolerância cutânea, custo acessível e disponibilidade no mercado, além da averiguação do devido registro ou notificação na Anvisa e a utilização de critérios precisos para o alcance de um produto de qualidade que proporcione uma melhor adesão à prática e sustentada da higienização, prevenindo as IRAS[5].

Considerações finais

Por limitação metodológica, essa revisão narrativa não evidência cientificamente os benefícios do uso de PBA na antissepsia cirúrgica das mãos, contudo suscita o seu uso, sem o uso escova e água, devido seu custo-efetividade quando comparado às práticas tradicionais como o uso de iodopovidona e clorexidina. A solução alcoólica, ainda, é pouco utilizada nas instituições brasileiras e os fatores predisponentes para essa realidade devem ser analisados com maior profundidade. Para utilização de melhores práticas, infere-se adotar abordagens programáticas, implementar políticas e programas e realizar estudos clínicos controlados e randomizados para comprovar efetivamente o uso de PBE para antissepsia cirúrgicas das mãos, bem como o controle no cumprimento de seu uso.

Descritores

Enfermagem em centro cirúrgico; Controle de infecções; Antissepsia; Educação e saúde; Desinfecção das Mãos.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Sá, MAR; Rocha, MFO; Lima, DCA; Santos, EJ; Farias, PS; Tunón, GIL; Tudury, EA; Rocha, LB. Comparação da eficácia de diferentes métodos de antissepsia pré-operatória das mãos. Ver Investigação, 2018; 17(4).

2 Oliveira, AC; Gama, CS; Paula, AO. Adesão e fatores relacionados à aceitação do álcool por fricção antisséptica entre profissionais de enfermagem. Rev. esc. enferm. UFMG, São Paulo, 2017; 51.

3 Anvisa. Nota Técnica Nº01/2018 GV/MS/GGTES/ANVISA: orientações gerais para higiene das mãos em serviços de saúde. Brasília, 2018.

4 Kawagoe, JY. Tendências e desafios do preparo cirúrgico das mãos. Rev. SOBECC, São Paulo, 2016; 21(4).

5 Prates, J; Monteiro, AB; Lopes, F; Stumpfs, D; Guglielmi, G; Navarez, G; Bobsin, RC; Caregnato, RCA. Implantação de antissepsia cirúrgica alcoólica das mãos: relato de experiência. Rev. SOBECC, São Paulo, 2016; 21(2):116-121.

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE ACIDENTES COM ARANHAS NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Autores

Sabrina de Carvalho[1];
Bernarda Cesira Cassaro[2];
Camila Adriana Suffiatti[3];
Danieli Parisotto[4];
Talita Aguilar[5];
Renata Mendonça Rodrigues[6]

E-mail para correspondência

sabrinaaadecarvalho@gmail.com

Resumo

Introdução

Cerca de 35.000 espécies de aranhas existem no mundo, mas somente 20 a 30 apresentam risco significativo ao homem.[1] No Brasil, destacam-se três gêneros que apresentam grande relevância médica: *Phoneutria, Loxosceles* e *Latrodectus*. As aranhas são animais carnívoros que alimentam-se de insetos e possuem hábitos domiciliares e peridomiciliares. As *Phoneutrias* conhecidas popularmente como aranhas armadeiras, não constroem teia geométrica e caçam principalmente à noite, os acidentes com este gênero ocorrem dentro das residências ou nas proximidades pelo manuseio de materiais de construção, lenhas ou entulhos, e corresponde a 42,2% dos casos de araneísmo notificados no Brasil, predominantemente nos estados do Sul e do Sudeste. As *Loxosceles* conhecidas como aranhas marrons constroem teias em cascas de árvores, tijolos e atrás de móveis, sempre ao abrigo da luz direta, seus casos notificados se concentram nos estados do Sul, principalmente Santa Catarina e Paraná. Várias são as espécies, sendo as principais

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Bióloga, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

L. intermedia, L. laeta e L. gaucho causadoras de lesão. As *Latrodectus* conhecidas popularmente como viúvas negras, constroem teias entre vegetações e gramados, os acidentes geralmente ocorrem com fêmeas quando comprimidas contra o corpo.[2] Estudos comprovam que o araneísmo pode ser associado ao processo de expansão urbana.[3] Inicialmente tínhamos a intenção de fazer um estudo ecológico comparando os três estados do Sul do Brasil, entretanto, somente Santa Catarina possuía registros, deste modo, só este estado foi analisado.

Objetivo

Caracterizar os casos de acidentes com aranhas no estado de Santa Catarina.

Método

Trata-se de um estudo transversal, que visou conhecer o perfil epidemiológico dos acidentes por araneísmo que ocorreram no estado de Santa Catarina. Foram analisadas as notificações registradas nas bases Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e Diretoria da Vigilância Epidemiológico (DIVE), do período que compreende os anos de 2016 a 2018. Os dados foram obtidos através do TABNET.[4] Foram coletadas para análise as seguintes variáveis sexo, local da picada, espécie de aranha, zona de ocorrência e sazonalidade. Os resultados são apresentados em forma de frequência relativa considerando porcentagem dos mesmos.

Resultados e Discussão

Através das análises dos dados obtidos, pode-se ressaltar a frequência dos acidentes acometidos no estado de Santa Catarina, destacando-se a espécie da aranha *Loxosceles*. Esta é a forma mais grave de araneísmo, sendo que a picada normalmente é imperceptível e os agravos podem evoluir de 24 a 72 horas, de instalação lenta e progressiva, causam dor, edema e eritema no local, sendo pouco perceptíveis e valorizadas pelos pacientes na forma cutânea, podendo evoluir para a forma hemolítica, levando ao óbito.[2] Entre os anos de 2016 a 2018, foram notificados 16.786 casos de acidentes por araneísmo na região sul do Brasil, incluindo na análise os 16.777 casos registrados em Santa Catarina, e 8 casos notificados no estado do Paraná e 1 caso no Rio Grande do Sul dos quais não interferem diretamente nos resultados apresentados. Deste total de notificações caracterizou-se os acidentes quanto a espécie de aranha envolvida, (32,5 %) Loxoscelismo, (15 %) Foneutrismo, (40,4 %) outras espécies, (11,9 %) ignorados por falta de dado e (0,09 %) Latrodectismo. Pode-se ressaltar que os acidentes ocorridos neste período acometeram mais mulheres, (50,2 %) em relação aos homens (49,7 %). Quanto ao local da picada destacam-se o pé (16,5 %), mão (11,9 %), perna (11,7 %), coxa (11,1 %), dedo da mão (10 %), braço (9,5 %), tronco (9,4 %), dedo do pé (9,1 %), cabeça (4,9 %), antebraço (4,2 %) e ignorados (1,5 %). Em relação a zona de ocorrência dos acidentes, a área urbana corresponde a (54,8%), área rural (42,6 %) e periurbana (0,7 %). Os acidentes foram mais comuns no primeiro (37,3%) e último trimestre (25,4%) deste período, evidenciando que são mais frequentes em temperatura elevada. Foi possível analisar as variáveis, porém nota-se um déficit na alimentação de dados e referentes às notificações por parte dos estados do Rio Grande do Sul e Paraná, inviabilizando a análise e o comparativo fidedigno das ocorrências dos casos.

Considerações Finais

Através do estudo foi possível conhecer as informações e as notificações existentes sobre os acidentes por araneísmo. Ressalta-se que a maior porcentagem de acidentes ocorre na região urbana e estão relacionados com o gênero Loxosceles e acomete, majoritariamente mulheres, sendo os pés o local mais frequente das picadas. Diante deste perfil, salienta-se a importância da equipe multidisciplinar orientar quanto a higiene dos ambientes, limpeza de móveis de madeiras posicionados próximos a paredes, atentar-se às vestimentas e calçados, ressaltar o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) como luvas, botas e roupas compridas, além disto, os usuários devem ser instruídos em casos de acidentes a lavar o local da picada com água corrente em abundância e procurar o Serviço de Emergência Médica (SEM) o mais rápido possível. É válido destacar a escassez de elementos disponibilizados pelos sistemas, causando deficiência na coleta de dados. É fundamental que todos os casos sejam notificados para o controle dos índices de incidência e prevalência de acidentes, além de garantir a efetividade da prevenção, no tratamento e o avanço na produção de tecnologias e recursos terapêuticos, capacitação de profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, para avaliar e garantir a assistência correta a estes agravos.

Descritores

Acidentes; Aranha; Aranídeos; Enfermagem.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Referências

1 Nóbrega, VM et al. Epidemiologia do Araneísmo de 2005 a 2013 no Centro de Assistência Toxicológica, João Pessoa-PB, Brasil. Revista Brasileira Ciências da Saúde, 2018.

2 Ministério da Saúde. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Acidentes por Animais Peçonhentos. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, outubro de 2001.

3 Guerra, AFP et al. Perfil dos acidentes com aranhas no estado de Goiás no período de 2007 a 2011. Scientia Medica, janeiro de 2015.

4 DIVE. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Sistemas de informação: TABNET- SNAN. Florianópolis/SC. Disponível em: http://tabnet.dive.sc.gov.br/#tab3. Acesso em: 15 mar 2019.

CARACTERIZAÇÃO DE INFECÇÕES HOSPITALARES E RESISTÊNCIA BACTERIANA NO HOSPITAL REGIONAL DO OESTE – CHAPECÓ/SC DURANTE O TRIÊNIO 2015-2017

Autores

Heloisa Schatz Kwiatkowiski[1];
Gabriela Gonçalves de Oliveira[2]

E-mail para correspondência

helosk2015@hotmail.com

Resumo

Introdução

Infecções por micro-organismos multirresistentes são um problema mundial de Saúde Pública. Dados mostram que de cada 100 pacientes hospitalizados, 7 em países desenvolvidos e 10 em países em desenvolvimento irão adquirir pelo menos uma Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (IRAS). Profissionais da saúde, especialmente a equipe de enfermagem, devido ao contato direto com os pacientes e superfícies dos locais em que eles se encontram, são suscetíveis a serem colonizados por patógenos resistentes. As mãos desses profissionais são consideradas como o principal meio para a transmissão de bactérias entre os pacientes.[1] Atualmente, há grande preocupação com a resistência aos antibióticos em enterobactérias predominantes dos gêneros *Klebsiella*, *Serratia*, *Enterobacter*, *Escherichia*, *Salmonella*, *Proteus*, *Acinetobacter* e *Pseudomonas*. Várias bactérias

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

2 Docente. Pós-doutora em Bioquímica e Imunologia – USP. Docente adjunta da Universidade Federal da Fronteira Sul, *campus* Chapecó.

possuem mecanismos de resistência intrínseca, ou cromossomal às polimixinas, por exemplo, as quais tiveram a retomada de sua utilização nos últimos tempos. Uma grande preocupação é que bactérias mais prevalentes produtoras de carbapenemases como a *Klebsiella pneumoniae* também possam adquirir os genes de resistência à polimixina. Uma vez que o tratamento ainda segue a associação de ambas classes medicamentosas, e a indústria farmacêutica tem investido menos em desenvolvimento de novos fármacos, se observará infecções de difícil manejo.

Objetivos

Caracterizar as infecções hospitalares no Hospital Regional do Oeste, nos setores de Terapia Intensiva, além de: perfil de resistência bacteriano, tratamento utilizado, e desfecho, no período de 2015 a 2017.

Método

Foi realizado um estudo transversal, retrospectivo, no período de 2015 a 2017 no Hospital Regional do Oeste, onde se analisou um número total de pacientes de 1273, distribuídos respectivamente, por ano: (2015, n= 435), (2016, n=399) e (2017, n= 439), provenientes, sobretudo dos setores de Terapia Intensiva adulta, pediátrica e neonatal, além de se avaliar também o número de todas as infecções relacionadas ao hospital, no mesmo período (n = 3802). A análise foi feita por meio da consulta de prontuários, registro do SCIRAS e laudos laboratoriais do LACEN e laboratório do hospital. Para a classificação de infecções tem-se utilizado os Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde da ANVISA de 2017.[2] A identificação de bactérias multirresistentes foi realizada no Laboratório de Microbiologia do HRO, manualmente por disco-difusão até 2015 e, posteriormente, de modo automático com a máquina VITEK® 2 compact. Os testes de genes de resistência foram encaminhados ao LACEN-SC e as análises estatísticas realizadas por meio do programa GraphPad Prism 7.04.

Resultados e Discussão

No triênio investigado, a partir de dados fornecidos pelo hospital, em relação a todas infecções em todos os setores, observou-se um número total de infecções hospitalares de 1222 (2015), 1240 (2016) e 1340 (2017), sem alteração significativa de um ano a outro. Os setores que contribuíram para o maior número de infecções observadas foram respectivamente: UTI Adulto (1116 – 29,4%), Clínica Médica (742 – 19,5%), Neurologia (8,8%), Clínica Traumato-Ortopédica (253 – 6,7%), Oncologia (238 – 6,2%), Pronto Socorro (6,2%), Centro Cirúrgico (220 – 5,8%), perfazendo um total de 82,6% dos casos, sem apresentar diferença estatística. O restante dos setores contabilizou 17,4% dos casos relatados. Observados os micro-organismos multirresistentes, percebeu-se a prevalência de Klebsiella pneumoniae (71,7%), Pseudomonas aeruginosa (15%), Acinetobacter baumanii (4,5%) e outros (8,8%), sendo que entre os anos estudados não houve variação na prevalência de tais micro-organismos, apenas mantiveram os índices. A Klebsiella pneumoniae mostrou-se o micro-organismo mais prevalente em relação aos sítios estudados, sendo eles urina, aspirado quantitativo, aspirado traqueal, hemocultura, coprocultura, swab retal, swab nasal, secreção e cateter. Destes, o sítio que foi mais prevalente foi a urina, que demonstrou diferença estatística $p<0,05$. Em relação ao desfecho, levando-se em conta o ano de 2017, observaram-se variáveis como altas, transferências e óbitos dos pacientes em diversas faixas etárias e verificou-se que de 131 pacientes analisados 27,5% tiveram alta, 16% transferências para outros setores e 56,5% óbitos de forma prevalente nas faixas etárias de adultos e idosos. Perceberam-se dados semelhantes nos outros anos estudados e apesar das variações, não houve diferença estatística. Em relação aos procedimentos invasivos como cateter, sonda, dreno, ventilação mecânica e cirurgia, a prevalência do uso desses procedimentos foi maior em relação ao cateterismo, sonda e ventilação mecânica ($p<0,05$) relativo a adultos e idosos no triênio avaliado. A ANVISA, reconhecendo a importância central da prevenção deste agravo, determinou, em 2010, que sua notificação fosse obrigatória para todos os casos ocorridos em hospitais que apresentassem mais de 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e posteriormente, todos os hospitais passaram a fazer as notificações. A partir de janeiro de 2014, todos os serviços de saúde com qualquer número de leitos de UTI passaram a ter, obrigatoriamente, que notificar mensalmente á ANVISA seus dados e marcadores de resistência microbiana relacionados a estas infecções, além de notificar infecções de sítio cirúrgico (ISC) relacionadas ao parto cirúrgico: cesariana. Também foram incluídos, além dos indicadores já existentes, os indicadores de pneumonia associada à ventilação mecânica (PAV) e de infecção do trato urinário (ITU) associadas à sonda vesical de demora.[2] Conclusão: Em nosso estudo até o momento, observou-se uma prevalência maior de K. pneumoniae associada a sítios de infecção e procedimento invasivos que corroboram dados observados na literatura. A infecção do trato urinário (ITU) é uma das causas

prevalentes das IRAS de grande potencial preventivo, visto que a maioria está relacionada à cateterização vesical. As ITUs são responsáveis por 35-45% das IRAS em pacientes adultos. Os agentes etiológicos responsáveis por essas ITU costumam, inicialmente, pertencer à microbiota do paciente. As bactérias Gram negativas são as mais frequentes, mas Gram positivos são de importância epidemiológica, especialmente do gênero Enterococcus. A sobrecarga financeira relacionada a cada episódio de ITU alcança em média U$ 675,00 dólares, até um adicional de U$ 2,800 dólares nos casos que evoluem com bacteremia, aumentando o período pós-operatório em média para mais de 2,4 dias em pacientes cirúrgicos.[2] Desta forma, o SCIRAS e outros comitês, como o Núcleo de Segurança do Paciente, devem estar atentos a esses dados, intensificar campanhas preventivas, educação permanente, entre outros, no sentido de minimizar este grande agravo de saúde.

Descritores

Mortalidade; Microbiologia; Transmissão; Diagnóstico; Tratamento farmacológico.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

UFFS – EDITAL Nº 398/UFFS/2017.

Referências

1 WHO. World Health Organization. Global Action plan on antimicrobial resistance, 2015.

2 ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Critérios Diagnósticos de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde – 2017.

ANÁLISE DOS ATENDIMENTOS REALIZADOS NO PRONTO ATENDIMENTO DE UM HOSPITAL PÚBLICO NO EXTREMO OESTE CATARINENSE

Autores

Aline Marques Paimell[1];
Edi Golo[2];
Rosana Amora Ascari[3]

E-mail para correspondência

aline_paymell@hotmail.com

Resumo

Introdução

Nas últimas décadas o Brasil tem sofrido mudanças no Sistema de Saúde. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda é um desafio que exige esforço intenso e solidário entre as esferas de governo, que envolve a Gestão do Sistema, os Conselhos de Saúde e os Recursos Humanos do setor. O empenho desses segmentos constituiu a base para a viabilização e a implantação de serviços acolhedores, qualificados e resolutivos, e para permitir avanço no acesso e na inclusão de todos os cidadãos a esse sistema.[1] O cuidado em saúde no SUS foi ordenado em níveis de atenção, como a assistência básica, média e de alta complexidade, visando melhor programação e planejamento das ações e serviços do sistema de saúde. Nesse sentido, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) compõem a estrutura física básica de atendimento aos usuários do SUS e têm como principal fundamento ser a porta de entrada preferencial ao sistema de saúde.[1] Quando as UBS funcionam adequadamente, a população consegue resolver a maioria dos seus problemas de saúde, podendo reduzir as

1 Acadêmica da 7ª fase do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC);
2 Administradora. Hospital Municipal Dr. Luiz Carlos Barreiro – Dionísio Cerqueira-SC, Instituto Santé;
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

filas nos níveis de média e alta complexidade que correspondem às Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e à assistência hospitalar de especialidades respectivamente. As UBDS são interligadas as unidades de pronto-atendimento (PA), que são estruturas de complexidade intermediária entre as UBS e as portas de urgência hospitalares que compõem uma rede organizada de atenção às urgências.[1] Os serviços de urgência e emergência hospitalar atendem diariamente uma grande demanda de indivíduos com queixas de saúde não urgentes, provavelmente pela facilidade de acesso, o que sobrecarrega os serviços de urgência com o desenvolvimento de ações assistenciais que podem ser realizadas em serviços de atenção primária. Tal fato pode interferir na qualidade de atendimento dispensada à população que realmente carece de atendimento emergencial. Observa-se diariamente a grande demanda de usuários que procuram os serviços de urgência e emergência, em especial o pronto socorro hospitalar em Dionísio Cerqueira – SC, Brasil, fronteira com Argentina, fato que instigou o presente estudo.

Objetivo

Caracterizar a demanda de serviços em um pronto atendimento hospitalar público num município de fronteira no extremo oeste catarinense, segundo a classificação de risco, local de residência, queixa principal de saúde e busca prévia de atendimento em serviços de saúde.

Método

Trata-se de uma pesquisa com abordagem quantitativa de caráter transversal, descritivo, retrospectivo e documental, realizada junto ao pronto atendimento hospitalar em um município de fronteira no extremo oeste catarinense, a partir dos relatórios gerados pelo sistema de gestão do próprio serviço – sistema de informação H2005. Nesse sentido, apresenta-se a seguir os resultados parciais do estudo, referente aos meses de setembro e outubro de 2018. Na análise estatística utilizou-se variáveis descritas por frequências absolutas e relativas. Para avaliar a associação entre as variáveis, o teste qui-quadrado de Pearson foi aplicado. Em caso de significância estatística, o teste dos resíduos ajustados foi utilizado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p<0,05$) e as análises foram realizadas no programa SPSS versão 21.0. A presente investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Udesc sob parecer nº 2.915.951 em 25 de setembro de 2018.

Resultados e Discussão

Em dois meses de coleta, passaram pelo pronto atendimento hospitalar n=4.737 usuários, sendo do sexo feminino (53,7%). A faixa etária de maior demanda foi a de 0 à 20 anos (33,7%), seguida de 21 à 40 anos (28,2%), 41 à 60 anos (21,0), 61 à 80 anos (14,4%) e acima de 80 anos (2,6%). Quanto a cidade, a maioria dos usuários atendidos foram do município de Dionísio Cerqueira/SC (59,3%), seguida de Barracão/PR (31,3%) e Bom Jesus do Sul (6,3%). Considerando desta forma que 60,6% dos atendimentos realizados foram do estado de Santa Catarina, 38,8% do estado do Paraná e 0,6% de outros estados. Na busca prévia por serviços de saúde, 4252 atendimentos (89,8%) não tiveram informações, ou seja, houve a falha no preenchimento por parte dos colaboradores do atendimento. Pacientes que vieram do posto de saúde para o hospital foram 248 indivíduos (5,2%), que não procuraram atendimentos anteriores (2,2%), pacientes que estiveram anteriormente no Pronto Socorros (2,1%), pacientes que vieram de clínicas particulares ou atendimentos via Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) foram 0,7%. Quanto a unidade de origem, ou seja, de onde o paciente veio, identificou-se que 64,2% vieram de suas residências, sem a busca prévia por soluções da saúde nos postos de saúde do seu bairro, somente 5,8% vieram do posto de saúde para o Hospital, de vias públicas (rua/Trabalho/Creche/APAE/Academia) foram 4,9%, Bombeiro/SAMU/Polícia/Funerária 4,6% e Colégio/Clínicas Particulares e Outros hospital totalizaram 1,6% dos atendimentos. Quanto a classificação de risco, constatou-se que a classificação verde - Semi-urgente, obteve (68%) dos atendimentos, Amarelo – Urgente (22,3%), seguindo de Azul - Não urgente, (1,3%) e Vermelho – Emergência (0,9%). Entre os procedimentos realizados, 96,1% foram consultas em Pronto Socorro e 3,9% realizaram procedimentos. Tiveram alta (95,4%), internaram (4,3%), óbitos (0,1%) e encaminhados para referência (0,3%). Os pacientes classificados como azul, vieram mais da origem: Rua/Trabalho/Creche/APAE/Academia e Posto de Saúde, estes, fizeram mais procedimento de enfermagem e foram mais para internação, óbito ou encaminhados para referência quando comparados aos demais pacientes. A classificação Verde predominou com faixa etária até 40 anos, vieram do domicílio ou de Rua/Trabalho/Creche/APAE/Academia, fizeram mais consulta em pronto socorro e tiveram mais alta do que os demais. Pacientes classificados em amarelo têm mais de 60 anos, vieram mais de Bombeiro/SAMU/Polícia/Funerária, fizeram mais consulta em pronto socorro e tiveram mais internação e/ou fo-

ram encaminhados para referência quando comparados aos demais. Pacientes classificados como vermelho tem mais de 60 anos, vieram mais de Bombeiro/SAMU/Polícia/Funerária e tiveram mais internação quando comparados aos demais.

Conclusão

Há uma grande falha na porta de entrada do sistema, como preconiza o SUS, os serviços de urgência/emergência são sobrecarregados pelo grande volume de pacientes com casos de baixa complexidade e que poderiam ser atendidos nas unidades básicas de saúde, mas não o fazem. É de responsabilidade dos gestores municipais, o planejamento das ações e serviços de saúde que visem à resolutividade da atenção primária, contribuindo para que o pronto atendimento hospitalar possa se tornar referência somente para urgência e emergência como preconiza o SUS, proporcionando menores custos e maior resolutividade da assistência à saúde.

Descritores

Atenção Primária à Saúde; Classificação de risco; Gestão e Gerenciamento dos Serviços de Saúde.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Instituto Santé e Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Referências

1 Freire AB, Fernandes DL, Moro JS, Kneipp MM, Cardoso CM, De Lima SBS. Serviços de urgência e emergência: quais os motivos que levam o usuário aos pronto-atendimentos? Saúde (Santa Maria), 2015; 41(1):195-200. Disponível em: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/15061. Acesso em: 01 abr 2019.

2 Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17 set 2018.

3 Sanches GJC, Carvalho CAP. Perfil brasileiro do atendimento no serviço de emergência de um hospital do nordeste brasileiro. Arq. Ciênc. Saúde; 2015; 22(2):33-7.

CUIDADO REALIZADO PELOS ENFERMEIROS DAS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA ÀS GESTANTES NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL: a voz das gestantes

Autores

Aline Schlösser[1];
Érika Eberlline Pacheco dos Santos[2];
Joel Morschbacher[3];
Alana Fabíola da Silva[4];
Natalia Geny Degasperin[5];
Diana Fátima de Brazil[6]

E-mail para correspondência

schlosser_letys@hotmail.com

Resumo

Introdução

O pré-natal constitui-se em um conjunto de atividades realizadas durante a gravidez, visando proporcionar atendimento apropriado à gestante e ao feto. Para realizar um bom atendimento durante o pré-natal, devem ser feitos cuidados individualizados às gestantes, preconizando sempre a qualidade, por meio do acolhimento, criação de vínculo e disponibilidade de acesso às informações, além da prevenção de doenças e reabilitação de possíveis problemas relacionados à saúde da mulher e do bebê, na gestação, parto e puerpério[1]. Dessa forma, o cuidado de enfermagem no pré-natal deve ir além de atividades técnicas. Nele deve ser trabalhada a humanização e a atenção integral às gestantes. A escuta é um recurso para conhecer quais são as dificuldades que

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina.
3 Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina.
4 Acadêmica do curso de graduação em Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina – UNOESC – Campus São Miguel do Oeste.
5 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina. São Miguel do Oeste.
6 Enfermeira. Graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São Miguel do Oeste.

cada mulher possa estar sentindo, e a partir disso, fornecer as orientações e os cuidados necessários[2].

Objetivos

Descrever o cuidado realizado pelos enfermeiros das Estratégias Saúde da Família (ESF) às gestantes no pré-natal de risco habitual.

Método

Pesquisa descritiva exploratória, fundamentada na abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada nas ESF's localizadas em um município do Extremo Oeste de Santa Catarina. Foram incluídas no estudo gestantes maiores de 18 anos que realizaram o acompanhamento do pré-natal nas ESF's do município e estavam no 3º trimestre de gestação. A coleta de dados foi realizada entre junho e agosto de 2017 por meio da aplicação de um roteiro de entrevista semi-estruturado, previamente elaborado com dados sóciodemográficos e questões relacionadas à percepção das gestantes ao cuidado de enfermagem durante o pré-natal. Primeiramente foi realizada uma conversa com os enfermeiros das unidades para identificar as possíveis gestantes participantes da pesquisa. Posteriormente foram feitas consultas nos prontuários e gerado uma lista das possíveis participantes. O primeiro contato com as gestantes ocorreu por meio de ligação telefônica, onde foram explicados os objetivos da pesquisa e realizado o convite para participação da mesma. Em caso de aceite, era agendado uma data e horário para a entrevista, as quais foram realizadas nas dependências da ESF de origem da gestante, em uma sala que garantiu a privacidade e sigilo das informações, ou, na residência das mesmas, conforme a preferência. As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada por meio da Análise de Conteúdo de Bardin. Todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução 466/12 e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Oeste de Santa Catarina sob o número de parecer nº 2094227 e CAAE: 68127917.1.0000.5367.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa um total de 12 gestantes, as quais relataram que os cuidados prestados pelos enfermeiros incluem a verificação da pressão arterial, pesar e medir a altura uterina, marcar exames e agendar os encaminhamentos prescritos pelo médico, além da realização de agendamento de consultas e registros de dados importantes no prontuário. [...] Na verdade ela [a enfermeira] não faz consulta é só o médico que faz, no caso ela [a enfermeira] só mede minha pressão, meu peso, altura [...]. É de extrema relevância o esclarecimento por parte do enfermeiro durante a consulta de enfermagem sobre a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez, e informá-la dos serviços que estão à sua disposição. No entanto, observa-se grande demanda administrativa e um abandono das atividades assistências de sua competência[3]. As gestantes observam que, mesmo os enfermeiros sendo atenciosos e prestativos, apresentam pouca participação na prestação dos cuidados no pré-natal. Relataram que alguns enfermeiros realizam grupos de gestantes, nos quais falam sobre os cuidados com o recém-nascido, outros têm conversas informais, entregam materiais informativos com relação ao pré-natal e puerpério, e colocam-se à disposição para sanar dúvidas. [...] mesmo a atenção é só dela [a médica] mesmo, orientações só vem dela. [...] da médica e os cuidados que a mamãe tem que ter, então com ela [enfermeira] foi mais conversas. [...] Dessa forma, percebe-se deficiência nas ações prestadas pelo enfermeiro no pré-natal, a qual fragiliza a assistência, fazendo com que as gestantes procurem alternativas para sanar seus temores e dúvidas quanto às suas condições de saúde durante o pré-natal[4]. Por conseguinte, para garantir um pré-natal de qualidade, é necessário que os enfermeiros melhorem a forma de abordagem com as gestantes, principalmente partindo do conhecimento das necessidades das mesmas, as quais se respaldam no modo de vida e na cultura[5].

Conclusão

Fica evidente que os cuidados prestados às gestantes pelos enfermeiros se limitam a atividades majoritariamente técnicas. Assim, as gestantes perceberam que mesmo os enfermeiros sendo atenciosos e prestativos, têm pouca participação na prestação dos cuidados no pré-natal. O estudo apontou que os enfermeiros das ESF's têm uma participação frágil no cuidado pré-natal, prestando uma assistência pautada no modelo biomédico, além de atividades burocráticas. O enfermeiro deve fornecer apoio às gestantes durante o pré-natal, proporcionando um cuidado humanizado e integral por meio da criação de vínculo. Deve também, implementar grupos de gestantes e atividades para interação e troca de experiência entre elas. É necessário que o enfermeiro pro-

porcione apoio às gestantes e seus familiares, incentivando e auxiliando em todas as suas necessidades.

Descritores

Gestantes; Assistência de enfermagem; Pré- natal.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Barreto CN, Ressel LB, CC Santos, Wilhelm LA, SC Silva, Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. Rev. Enferm. UFPE [Internet]. 2013 jun; 7(6): 4354-63.

2 Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MA, Lucena NB. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Revista Mineira de Enfermagem. 2012; 16(3):315-23.

3 Matos DS, Rodrigues MS, Rodrigues TS. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. Enfermagem Revista. 2013; 16(1):18-33.

4 Pilz AF, da Costa Somavilla VE. Concepção do pré-natal realizado pela enfermeira na óptica das usuárias. VITTALLE – Revista de Ciências da Saúde. 2015; 27(1):20-9.

5 Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. Revista brasileira de enfermagem. 2009; 62(3).

CULTURA DA PAZ: um resgate histórico

Autores

Kaciane Boff Bauermann[1];
Rosana Amora Ascari[2];
Letícia de Lima Trindade[3]

E-mail para correspondência

kacianebb@hotmail.com

Resumo

Introdução

A cultura de paz está relacionada à prevenção e à resolução não violenta dos conflitos. Nesse sentido, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) vem promovendo cooperação entre as nações através da educação, da ciência e da cultura, com o intuito de favorecer o respeito universal à justiça, ao estado de direito e aos direitos humanos e liberdades fundamentais afirmados aos povos do mundo[1]. Trata-se de uma cultura baseada em tolerância e solidariedade, que respeita todos os direitos individuais, assegura e sustenta a liberdade de opinião e que se empenha em prevenir conflitos, resolvendo-os em suas fontes. A cultura de paz procura resolver os problemas por meio do diálogo, da negociação e da mediação, de forma a tornar a guerra e a violência inviáveis[1]. A referida cultura surgiu como a alternativa emergente, urgente e final, antes dos eventos das diferentes expressões de violência em que se desenrola o ser humano[2].

Objetivos

Descrever o que a literatura aborda sobre a promoção da cultura da paz no ambiente laboral.

1 Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária em Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste e da Universidade Comunitária da Região de Chapeco, Unochapecó.

Método

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura desenvolvida no período de dezembro de 2018 à fevereiro de 2019, a qual integra a dissertação de mestrado intitulada "Violência no trabalho de profissionais da Estratégia Saúde da Família: diagnóstico e intervenção em municípios de Santa Catarina" do Mestrado Profissional de Enfermagem na Atenção primária em Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). A revisão narrativa foi desenvolvida após a busca de material científico para embasar a construção da argumentação teórica da dissertação.

Resultados e Discussão

O "Manifesto 2000", instrumento que apela à participação individual em direção a uma cultura de paz coletou 15 milhões de assinaturas em prol da cultura de paz[1], e elencou seis princípios, à saber: "respeitar a vida; rejeitar a violência; ser generoso; ouvir para compreender; preservar o planeta; redescobrir a solidariedade."[1] A paz é um processo constante, cotidiano, mas não passivo, em que a humanidade deve esforçar-se para promovê-la e administrá-la[1]. No cotidiano do labor em saúde é possível reconhecer situações de violência, sobre a qual alguns pesquisadores[3] ponderam sobre a "violência institucional e gerencial", apresentada como práticas hostis, agressões (física, emocional, verbal, sexual), negligência ou ato omissivo, de caráter intencional, cometida por uma instituição ou por quem, em dado momento, a represente, com objetivo de proveito ou vantagem, desmoralização, a quem é considerado inferior. Ainda, outra forma frequente de violência vivenciada por profissionais em ambientes de cuidados a saúde é a "violência dos pacientes" que, em geral, são as agressões perpetradas por pacientes, familiares ou acompanhantes. O trabalho em saúde exige profissionais com facilidade em relacionar-se, capazes de se adaptar às constantes mudanças existentes na área da saúde, resolver problemas de forma objetiva, por meio de diálogos construtivos e tolerantes, com compreensão, empatia e acolhimento. Essas habilidades podem ser desenvolvidas utilizando os conceitos de cultura de paz e não violência[4]. Promover uma cultura de paz para um ambiente de trabalho saudável implica rever ideias, atitudes e ações nas relações de trabalho. É por meio de uma reflexão sobre processos estruturais, coletivos e individuais que podemos criar as condições para resolver conflitos, promovendo um ambiente saudável no trabalho[4]. Falar em cultura de paz é falar dos valores essenciais à vida democrática, tais como, igualdade, respeito aos direitos humanos, respeito à diversidade cultural, justiça, liberdade, tolerância, diálogo, reconciliação, solidariedade, desenvolvimento e justiça social[1]. No mundo interativo, tudo é uma questão de conscientização, mobilização, educação, prevenção e informação de todos os níveis sociais em todos os países. A elaboração e o estabelecimento de uma cultura de paz requer profunda participação de todos, tendo como pano de fundo de qualquer mobilização a tolerância, a democracia e os direitos humanos – em outras palavras, a observância desses direitos e o respeito pelo próximo, valores caros para a cultura de paz. Em todo esse processo, cabe aos cidadãos organizarem-se e assumirem sua parcela de responsabilidade participando inteiramente no desenvolvimento de suas sociedades; aos países cabe a cooperação multilateral; às organizações internacionais, a coordenação de suas diferentes ações[1]. Há documentos fundamentais, como a Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948, a Constituição Federal que estabelece a dignidade da pessoa humana, a democracia, a renúncia à guerra como instrumentos de litígio, muitos avanços na questão de uma cultura de fim da violência[5].

Considerações finais

Foi possível um aprofundamento sobre a temática abordada, sobretudo, a interface existente entre as situações de violência vivenciadas no ambiente laboral em saúde e a necessidade de estabelecimento de uma cultura de paz, com o desenvolvimento dos valores essenciais, promovendo um ambiente de trabalho saudável. Faz-se necessário promover a cultura da paz nas diferentes relações que permeiam as atividades do trabalhador em saúde, a quiçá, fomentar a cultura da paz na menor unidade social – a Família, para que possamos contribuir com o fim da violência.

Descritores

Cultura; Violência; Trabalhador; Pessoal de Saúde.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Unesco. Cultura de paz: da reflexão à ação; balanço da Década Internacional da Promoção da Cultura de Paz e Não Violência em Benefício das Crianças do Mundo. – Brasília: UNESCO; São Paulo: Associação Palas Athena, 2010. 256 p. Disponível em: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000189919. Acesso em: 30 dez 2018.

2 Ortiz, CAR. Teología y cultura de paz. Cultura de Paz. Managua, Nicaragua. 2014; 20(62). Disponível em: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/1001-Texto%20del%20art%C3%ADculo-1876-1-10-20140829.pdf. Acesso em: 02 dez 2018.

3 Azevedo, YN; Scharaiber, LB. Institutional violence and humanization in health: notes to debate. Ciênc. saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2017; 22(9):3013-3022. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002903013&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 03 jan 2019.

4 Brasil. Ministério da Saúde. Reflexões sobre a cultura de paz e não violência no trabalho / Secretaria-Executiva, Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reflexoes_cultura_paz_nao_violencia_trabalho.pdf. Acesso em: 27 dez 2018.

5 Karnal, L; Coen, M. O inferno somos nós: do ódio à cultura de paz. Campinas, SP: Papirus 7 mares, 2018.

DESAFIOS DA GESTÃO NO SUS E SUAS IMPLICAÇÕES NA PRÁTICA DO CUIDADO

Autores

Raquel de Lima Machado[1];
Andressa Peripolli Rodrigues[2];
Margot Agathe Seiffert[3];
Mariéli Terezinha Krampe Machado[4];
Lucimara Sonaglio Rocha[5];
Sandra de Mello Cardoso[6]

E-mail para correspondência

enfermagem@hospitalsaoroque.com

Resumo

Introdução

No Sistema Único de Saúde (SUS) a atividade de gestão implica em coordenar, articular, negociar, planejar, acompanhar, controlar, avaliar e auditar o sistema de saúde em nível municipal, estadual e nacional. Esses atos têm como objetivo o bem comum e seguem os preceitos do direito e da moral. O SUS tem, entre as suas fragilidades, as dificuldades referentes à insuficiência de financiamento e de apoio técnico. O gestor municipal deve ter clareza de suas limitações e buscar superá-las de forma responsável. Isto pode significar o espaço entre o sucesso e a reprovação do projeto de saúde e principalmente no crescimento ou não da qualidade de vida e saúde da população de seu município. Em detrimento das inúmeras mudanças que aconteceram na Saúde Pública, houve e ainda há a necessidade de se aprofundar os estudos e conhecimentos que envolvem o processo de gestão pública em saúde. É necessário que os gestores estejam preparados e qualificados para entender os problemas e os desafios que se apresentam no processo de gestão em saúde. Assim, para muitos gestores, assumir a Secretaria Municipal de Saúde

1 Enfermeira, Especialista, Hospital São Roque;
2 Enfermeira, Doutora, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
3 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
4 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
5 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha;
6 Enfermeira, Mestre, Docente do Instituto Federal Farroupilha.

é uma missão profissional nova, para outros tantos, representa a continuidade de uma agenda já muito exercitada, com vasto acúmulo de conquistas e desafios superados. No entanto, houve avanços e desafios da implementação do SUS nos municípios e desta forma muitas dificuldades surgem no cotidiano.

Objetivos

Identificar as dificuldades encontradas pelos gestores municipais de saúde que compõe a 12ª Coordenadoria Regional de Saúde e como específicos verificar o conhecimento dos gestores acerca do SUS; identificar o conhecimento sobre os instrumentos de planejamento e verificar as dificuldades no processo de regionalização.

Método

Pesquisa qualitativa e descritiva. Foram convidados a participar da pesquisa os 23 gestores (Secretários Municipais de Saúde) de municípios da região de abrangência da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde do RS (CRS), mas apenas 10 concordaram em participar da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas no ano de 2018 realizadas nos locais de trabalho. A análise dos dados foi realizada pelo método de análise temática. A pesquisa só teve início após parecer consubstanciado favorável do comitê de ética, sob o número 2.566.169.

Resultados e Discussão

Dos dez gestores que aceitaram participar da pesquisa, metade deles já foi gestor. Três já atuaram na mesma Secretaria de Saúde, um teve experiência na gestão hospitalar e outro na Secretaria Municipal de Educação. Todos eles disseram apresentar dificuldades na gestão atual. Um desafio para todos os entrevistados é a relação interpessoal. É necessário que a equipe tenha conhecimento e valorize o trabalho do outro, de maneira que se construam conformidades no que se refere aos objetivos a serem atingidos, bem como o modo mais adequado ao se chegar à resolução do problema que se apresenta. Também é importante que os serviços disponham de estruturas adequadas, materiais e equipamentos, número adequado de profissionais para que seja oferecida uma assistência de qualidade e que seja resolutiva. Além disso, trabalho na área da saúde é coletivo e dessa foram é um dos desafios para a gestão em saúde. Requer, muitas vezes, práticas multi e interdisciplinares (contemplando a atuação de médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, agentes comunitários de saúde, dentre outros), valorizando a necessidade do cuidado de acordo com as necessidades do paciente. Outro desafio é o orçamento, que é uma ferramenta de administração das finanças do governo, na forma de um plano de execução de suas políticas e representa elemento importante das ações governamentais e da administração pública. Também foi apontado o planejamento, no entanto, nesse quesito, podem ser adotadas várias metodologias, em sua elaboração, mas o planejamento municipal deve ser sempre um processo participativo, envolvendo trabalhadores e usuários, além de ascendente, ou seja, partindo das unidades de Saúde e da leitura das necessidades de cada território. Devido ao desafio de assegurar a operacionalização de todas diretrizes do SUS, é necessário ter bons instrumentos de planejamento, além de arranjos entre municípios para oportunizar a organização de uma rede de serviços menos fragmentada, com políticas públicas mais estruturadas, equânimes e definição de prioridades sanitárias e financeiras que satisfaçam às carências de um conjunto de municípios.

Conclusão

Os gestores municipais precisam enfrentar o desafio de melhorar não somente os processos de trabalho centrados no médico e na medicalização, mas também a forma como se faz a gestão do sistema e dos serviços de saúde. Essa é a perspectiva do SUS. Além disso, o excesso burocrático pode travar processos, tendo como consequência o descumprimento do planejamento e a demora na distribuição de insumos, trazendo prejuízos ao trabalho desenvolvido pela enfermagem e equipes multiprofissionais. Os dirigentes devem lutar também pela autonomia para empreender a gestão dos recursos financeiros, materiais e do trabalho relacionados à saúde municipal de acordo com a realidade da comunidade. Neste desafio, o gestor tem a seu favor diversas estratégias para a formação de gestores, desenvolvidas pelo CONASEMS, pelos COSEMS, pelas Secretarias Estaduais de Saúde e pelo Ministério da Saúde.

Descritores

Gestores, SUS, Gestão em saúde.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Brasil. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – Brasília: Conasems, 2009. 200p. (Reflexões aos novos gestores municipais de saúde).

2 Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

3 Minayo MCS. O desafio do conhecimento. 12. ed. São Paulo, 2010.

4 Mendes EV. Os grandes dilemas do SUS. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

5 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.

TERAPIA ASSISTIDA POR ANIMAIS COMO POSSIBILIDADE DE CUIDADO PARA A HOSPITALIZAÇÃO EM PEDIATRIA: revisão integrativa

Autores

Joslaine Bicicgo Berlanda[1];
Thais Cristina Signori Dombrowski[2];
Crhis Netto de Brum[3];
Samuel Spiegelberg Zuge[4]

E-mail para correspondência

jobicicgoberlanda@gmail.com

Resumo

Introdução

A hospitalização é uma experiência traumática para qualquer indivíduo, principalmente quando abrange o público infantil e adolescente. Nesta perspectiva, a equipe de enfermagem tem um importante papel na implantação de estratégias diferenciadas para que essa experiência se torne menos traumática, sendo uma delas a Terapia Assistida por animais (TAA). A TAA adequa-se como ferramenta lúdica e efetiva para o cuidado de enfermagem e saúde, corroborando, satisfatoriamente, no processo saúde-doença em pediatria e hebiatria[1].

Objetivo

Analisar as evidências científicas disponíveis sobre a utilização da TAA na hospitalização de crianças e adolescentes.

1 Acadêmica em Enfermagem, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
2 Enfermeira, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente, Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
4 Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura[2], o qual se subsidiou a partir de artigos extraídos das seguintes bases de dados: SciVerse Scopus, Web of Science, National Library of Medicine National Institutes of Health (Pubmed) a qual abarca a Medical Literature Analysis and retrieval System Online (Medline) e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (Lilacs), atendendo os seguintes parâmetros de inclusão: estudos que tivessem seus resumos disponíveis nas bases de dados, na íntegra, online e gratuitos, em português, inglês ou espanhol, que apresentassem a interação de crianças ou adolescentes com animais no processo de hospitalização e os seguintes parâmetros de exclusão: teses, dissertação, monografias e seus respectivos capítulos, revisões narrativas integrativas e sistemáticas da literatura. A coleta dos estudos ocorreu de março a abril de 2018, a partir da seguinte questão de pesquisa: Como as evidências científicas têm apontado a utilização da TAA na hospitalização de crianças e adolescentes? Para análise dos dados utilizou-se a classificação hierárquica das evidências por meio de sete níveis. Para avaliar o delineamento da pesquisa utilizou-se o referencial de Pollit e Beck[3]. E em relação aos aspectos éticos, respeitaram-se as ideias, conceitos e as definições dos autores, esboçadas fidedignamente, descritas e citadas conforme as normas do periódico em questão, bem como respeitou-se a Lei nº 9.610/98 dos Direitos Autorais.

Resultados e Discussão

A amostra da revisão foi composta de 14 estudos primários, sendo um de 2004, 2006, 2009, e 2010, três de 2015 e três de 2016, dois 2017 e dois em 2018. Em relação ao idioma, doze foram publicados em inglês e dois em português, sendo que três foram realizados no Brasil. Os autores compreenderam as seguintes áreas do conhecimento conforme a CAPES: enfermagem, medicina, biologia, bioquímicos e medicina veterinária, docentes professores. Cinco eram quantitativos descritivos exploratórios, sendo três quase experimentais, cinco clínico randomizado e um qualitativo descritivo exploratório. Em relação ao nível de evidência: quanto mais perto do nível 1, mais se aproxima de um ensaio clínico randomizado, cujo é melhor para transpor para o cotidiano clínico, quanto mais próximo ao nível 7, mais se aproxima do estudo descritivo. Assim, três estudos apresentaram o nível 2; quatro o nível 3; cinco o nível 4 e um o nível 6. Três buscavam programar, protocolar e padronizar a utilização de animais, três eram sobre a opinião e conhecimentos dos pacientes, acompanhantes ou profissionais da área da saúde, e oito eram sobre a redução da dor, medo, ansiedade, estresse referentes à hospitalização e procedimentos médicos. Seis dos estudos inclusos se tratavam sobre TAA, trouxeram mudanças nos parâmetros vitais, diminuição da dor, medo, ansiedade da hospitalização e dos procedimentos médicos. Assim, a TAA pode promover a saúde física por meio de três mecanismos como a diminuição da solidão, depressão, e ansiedade, efeitos do sistema nervoso simpático e aumento do estímulo para a prática de exercícios[4]. Cinco estudos utilizaram o método de comparação, onde realizaram a pesquisa por meio de dois grupos, um sempre com o acompanhamento do cachorro, e o outro com procedimentos padrões ou com utilização de outro método como quebra-cabeça, ou um cachorro de pelúcia, em ambos os resultados trouxeram uma mudança significativa positiva quando comparado, os grupos que utilizaram o cachorro mostravam mais mudanças nos parâmetros vitais, fisiológicos e psicológicos. Três destes estudos trouxeram além da mudança significativa no paciente também em seus acompanhantes quando referido ao estresse e ansiedade. Destes, quatro dos estudos demonstraram que a redução dos sinais psicológicos de estresse, ansiedade e medo foram significativos não apenas aos pacientes que estavam internados, mas também para seus acompanhantes ou familiares. Reitera-se ainda que, na análise dos resultados, há evidências da eficácia da utilização de animais na redução da dor, medo, ansiedade e parâmetros vitais quando tratados sobre a hospitalização de crianças e adolescentes, principalmente em oncologia. A redução da dor pode estar associada pela mudança hormonal quando ocorre essa interação, pois o contato com o cachorro libera endorfina que induz a sensação de bem estar, também há aumento da ocitocina, prolactina e dopamina tanto nos humanos quanto nos animais ao realizar o contato de cinco a 24 minutos.[5] Nos 14 estudos incluídos na amostra, passaram pelo comitê de infecção das instituições, os cachorros utilizados nas atividades deveriam passar mensalmente por um veterinário, tomar banho semanalmente, e ter sua carteirinha de vacinação em dia. Também em todos os artigos os pacientes deveriam lavar suas mãos antes e depois do contato com o cachorro. Nenhum estudo trouxe infecção constatada pela interação com o animal.

Considerações finais

A relevância desta revisão consiste na síntese dos estudos primários que apontam estratégias viáveis

para auxiliar no processo de internação pediátrica e hebiátrica, auxiliando na adaptação do ambiente, diminuição do medo, estresse, ansiedade, e dor, gerando evidência para apontar caminhos para a prática clínica. Quanto ao nível de evidência, embora, na amostra tenha-se constatado cinco estudos com nível 2, sugere-se estudo sustentado em revisões sistemáticas a fim de metanalisar os desenhos dos estudos aqui apresentados.

Descritores

Hebiatria, Atividade Assistida por Animais, Pediatria, Hospitalização, Terapia Assistida por Animais.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

PIBIC/UFFS Edital nº640/GR/UFFS/2017.

Referências

1 Kawakami CH; Nakano CK; Relato de experiência: Terapia assistida por animais (TAA) - mais um recurso na comunicação entre paciente e enfermeiro. Anais do 8. Simp. Bras. Comun. Enferm. Maio de 2002;

2 Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. Texto & contexto enferm. [Internet]. 2008; 17(4):758-64. Disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf

3 Brum CN de et al. Revisão sistemática da literatura: desenvolvimento e contribuição para uma prática baseada em evidência na Enfermagem. In: Lacerda M, Costenaro CRGS. Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015. P 78-94.

4 Machado JAC; Rocha JR; Santos LM. Piccinin A. Terapia Assistida por Animais (TAA). Revista Científica Eletrônica de Medicina Veterinária. 2008, Ano VI – Número 10; Disponível em: http://faef.revista.inf.br/imagens_arquivos/arquivos_destaque/yBDakPBzygjagIw_2013-5-28-12-0-12.pdf. Acesso em 28 mar 2019.

5 Ichitani T. Efeito da Atividade Assistida por Animais na sensação de dor em crianças e adolescentes hospitalizados. Sistema de Publicação Eletrônica de Teses e Dissertações. 2015.

SENTIMENTOS DO CUIDADOR SOBRE A DESCOBERTA DO DIAGNÓSTICO DO JOVEM QUE VIVE COM HIV

Autores

Natan Luiz Rech[1];
Érika Eberlline Pacheco dos Santos[2];
Carla Sturm[1];
Natalia Geny Degaspern[1];
Rafaela Fátima de Godoi[1];
Bruna Theis[3]

E-mail para correspondência

natanreck.nr@gmail.com

Resumo

Introdução

O cuidador surgiu como uma fonte de ajuda para os doentes, no equilíbrio físico e mental, na qualidade de vida e a obtenção do tratamento. Assim, independentemente da condição de saúde dos jovens que vivem com HIV, os cuidadores são essenciais no cotidiano destes, tendo um papel essencial na vida dos jovens, propiciando apoio, convívio, escuta e compreensão. Na maioria dos casos, é a partir do cuidador que os jovens que vivem com HIV têm conhecimento da doença, e são eles que possibilitam além do cuidado o cumprimento correto do tratamento[1]. A partir do cuidado realizado por eles que os jovens que vivem com HIV passam a se sentir seguros e protegidos[2].

Objetivos

Descrever os sentimentos do cuidador sobre a descoberta do diagnóstico do jovem que vive com HIV.

1 Acadêmicos de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São Miguel do Oeste.
2 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São Miguel do Oeste.
3 Enfermeira graduado pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Campus São Miguel do Oeste.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória com abordagem qualitativa. Recorte de um trabalho de conclusão de curso desenvolvido no Departamento de IST e AIDS/HEPATITE, de um município do Extremo-Oeste de Santa Catarina. Os participantes do estudo foram cuidadores dos jovens que vivem com HIV, que realizam acompanhamento no referido Departamento. Consideramos nesse estudo cuidadores que vivem com os jovens que vivem com HIV, tendo parentesco consanguíneo ou não. Assim foram incluídos: cuidadores dos jovens que vivem com HIV, e pessoas que participam ativamente dos cuidados dos jovens que vivem com HIV. Foram excluídos: cuidadores menores de 18 anos. Para se ter acesso a estas informações, foi realizada uma conversa com a enfermeira do Departamento de IST e AIDS/HEPATITE, a qual organizou uma lista com nome da jovem que vive com HIV, nome do cuidador e contato telefônico. Assim foi realizado contato telefônico com todos os cuidadores, aos que aceitaram participar da entrevista, foi agendado data, horário e local para a realização da mesma. As entrevistas foram realizadas em uma sala disponibilizada pelo Departamento de IST e AIDS/HEPATITE, algumas nas dependências da UNOESC e outras na residência do cuidador. A coleta de dados ocorreu entre os meses de julho e setembro de 2017, com um roteiro de entrevista semiestruturado. Tal entrevista foi gravada, posteriormente transcrita evitando a perda dos detalhes da fala. Os dados da pesquisa foram analisados conforme a Análise de Conteúdo de Bardin. Para o desenvolvimento da pesquisa foram observados os aspectos éticos conforme a Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa cinco cuidadores, conforme seus relatos foi possível perceber que ouve uma diferença entre os cônjuges e a família quando receberam a notícia do diagnóstico da infecção do HIV do jovem, onde o primeiro grupo disse que o diagnóstico não afetou as relações e não gerou sentimento negativo. Quanto ao grupo dos familiares, a grande maioria dos cuidadores relatou que os sentimentos sobre a descoberta do diagnóstico foi um momento de tristeza, desespero, e ansiedade, pela ignorância do que era o HIV, suas formas de transmissão e tratamento, e por que normalmente as notícias ouvidas por estes, estão relacionadas a morte de outra pessoa que vivia com o HIV. Muitas das vezes, as pessoas que vivem com HIV, por medo do sofrimento que a notícia do diagnóstico pode causar aos familiares ou demais cuidadores, acabam não compartilhando a descoberta. O que muitas das pessoas que convivem com as pessoas que vivem com HIV não sabem, e que o apoio recebido dos familiares, amigos, e conhecidos, se torna uma fonte de ajuda, visto que, são estes que se fazem mais presente na vida do mesmo, lhe oferecendo cuidados diários, e também sentimentos de amor, carinho, amizade, que agregam a uma melhora significativa da pessoa infectada[1]. Muitas das vezes a descoberta do diagnóstico por parte do cuidador pode vir a ocorrer por outras vias, que não pelo jovem que vive com HIV, isso por causa da demora excessiva na revelação por parte do jovem, o que pode muitas vezes levar a informações não coesas, deixando os cuidadores confusos e desconfiados. Essa situação, implica em problemas com a adesão ao tratamento, pode gerar distúrbios de comportamento, aumentar o estresse psicológico, tanto da pessoa que vive com HIV como do cuidador e da família como um todo. Portanto, é necessário que as relações entre o jovem que vive com HIV e os cuidadores sejam abertas e francas, resultando em um aperfeiçoamento psicossocial e auxiliando os jovens no convívio com a doença[3]. No que se refere a revelação para os cônjuges, foi a próprio jovem que vive com HIV que revelou o diagnóstico, alguns logo após conhecerem seu parceiro, outros após um certo tempo, esperando conhecer melhor o mesmo para a revelação. Assim, os cuidadores que eram cônjuges relatam que esta descoberta foi algo normal, não afetando de forma alguma sua relação com a jovem que vive com HIV, nem gerando qualquer sentimento negativo. Quanto ao convívio entre casal, e necessário que o diagnóstico seja compartilhado logo, porém, muitos sentem insegurança e medo para compartilhar, por não saberem da reação e se este conservará em segredo[4].

Considerações finais

Por meio dos relatos dos cuidadores, foi possível compreender os sentimentos enfrentados por eles no que se refere ao momento da descoberta do diagnóstico do jovem que vive com HIV. Assim, os achados desse estudo apresentam contribuições para enfermagem, pois indicam a ampliação das práticas em saúde, a necessidade de realizar um cuidado que auxilie e valorize os cuidadores no enfretamento de seus sentimentos, principalmente no momento em que descobrem o diagnóstico do jovem que vive com HIV.

Descritores

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Adolescentes; Cuidador; Pesquisa Qualitativa.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Cardoso, AL; Marcon, SS; Waidmani, MAP. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de hiv/aids e sua família. Revista enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):326-27.

2 Silveira, EAA; Carvalho, AMP. Familiares de clientes acometidos pelo HIV/AIDS e o atendimento prestado em uma unidade ambulatorial. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2002 nov/dec; 10(6)813-18.

3 Guerra, CPP; Seidl, EMF. Crianças e adolescentes com HIV/Aids: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. Rede de Revistas Científicas de América Latina e Caribe, Espanha e Portugal. Paideia, 2009 jan/abr; 16(42): 59-65.

4 Galano, E et al. Vivencias dos adolescentes soropositivos para HIV/Aids: estudo qualitativo. Revista Paulista de Pediatria. 2016 jun; 34(2): 171-77.

A ORIENTAÇÃO DE ENFERMAGEM PARA ENFRENTAMENTO DA EPIDEMIA DA SÍFILIS: uma revisão da literatura

Autores

Franklin Cipolato[1];
Marina Klein Heinz[2];
Arnildo Korb[3]

E-mail para correspondência

franklincipolato1999@hotmail.com

Resumo

Introdução

A Sífilis apareceu nos primórdios da Idade média e é conhecida como a doença que atinge pessoas de todas as idades, sexo e classes sociais. É uma infecção sexualmente transmissível (IST) causada pelo agente etiológico *Treponema pallidum*, apresentando fases distintas (sífilis primária, secundária e terciária) com sintomas específicos, intercalada por períodos latentes. O não uso de preservativos e a falta de conclusão dos tratamentos por parte dos pacientes dificulta o combate à doença, o que justifica ser a infecção sexualmente transmissível mais recorrentes entre jovens adultos, gestantes e idosos. Seu reaparecimento preocupa os profissionais de saúde, uma vez que, homens e mulheres ainda são negligentes ao contato sexual sem o uso de preservativo e ainda apresentam medo do julgamento social. É por esses fatores que a sífilis se tornou um problema de saúde pública.

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

2 Academica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

3 Doutor em Meio Ambiente e Desenvolvimento. Docente Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Objetivos

identificar o número de casos sobre o agravo da sífilis, bem como destacar a importância da prevenção para a sua erradicação.

Método

Trata-se de uma revisão da literatura cuja coleta de dados foi realizada no Google Acadêmico no mês de março de 2019. Os critérios de inclusão compreendiam informações relevantes em relação a nova epidemia da Sífilis, publicações a partir do ano de 2017 e número de casos específicos no Brasil. Além disso, foi realizado uma pesquisa quantitativa[1] quantificando os dados para responder o questionamento, através de uma pesquisa de dados do boletim epidemiológico de 2018.

Resultados e Discussão

Foram encontrados quinze artigos que correspondiam aos critérios de inclusão propostos. Sífilis é uma doença adquirida principalmente por via sexual (sífilis adquirida), podendo ser transmitida também verticalmente através da placenta da mãe para o feto (sífilis congênita), por via indireta (objetos, tatuagem) ou por transfusão sanguínea. A doença apresenta quatro estágios de infecção, o primeiro estágio, conhecido como a fase primária, caracteriza-se por episódios clinicamente evidentes, com períodos intercalados de infecção latente assintomática, podendo se estender por vários anos. Na sífilis secundária, a disseminação ocorre dentro de oito semanas após o contágio, e as regiões mais comumente afetadas incluem a pele, a cabeça e a área do pescoço, é frequentemente leve e imita outras condições dermatológicas, destacando que 33% daqueles que não trataram a sífilis primária desenvolvem o segundo estágio. Já na fase terciária ou latente, acontece após um período latente de vários meses a anos, cerca de 15% dos indivíduos não tratados desenvolvem sinal terciários de infecção[1]. Além dos estágios, é estimado que a prevalência de sífilis em mulheres grávidas no Brasil varie entre 1,4% e 2,8%, já com transmissão vertical aproximadamente em 25%[2]. Dados do Boletim Epidemiológico da Sífilis 2018 mostram que a taxa de detecção da sífilis adquirida aumentou de 44,1 para cada grupo de 100 mil habitantes, em 2016, para 58,1/100 mil em 2017[3]. No mesmo período, a sífilis em gestantes cresceu de 10,8 casos por mil nascidos vivos para 17,2. Já a sífilis congênita, passou de 21.183 casos em 2016 para 24.666 em 2017. O número de óbitos por sífilis congênita foi de 206 casos em 2017, enquanto em 2016, haviam sido 195[3].O tratamento a base de Penicilina ainda não é tão conhecido por toda a comunidade, ainda existe uma resistência com relação à medicação, tanto por parte do paciente quanto de alguns profissionais de saúde, muitas vezes mal orientados. Se a sífilis for diagnosticada no início, a cura é mais rápida. Assim, é necessário que os profissionais de enfermagem, principalmente inseridos nas unidades básicas de saúde, busquem o diagnóstico precoce da doença, implementem o método de teste rápido e o atendimento imediato em seguida. Além disso, é necessário que procurem métodos para o incentivo ao uso de preservativos. Essas ações visam minimizar o dano à saúde e o rompimento do ciclo de transmissão, principalmente, com atenção especial às mulheres em idade fértil, com chances de uma gestação. Pessoas com sífilis devem ter sua atenção redobrada na proteção contra outras doenças sexualmente transmissíveis, pois pesquisas comprovam que a sífilis aumenta o risco de contração do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Além de aumentar o risco de contrair o vírus, o treponema acelera a evolução do HIV para a AIDS.

Considerações finais

podemos concluir que é necessário uma divulgação e distribuição das informações sobre a sífilis – diagnóstico, prevenção, controle, tratamento e pós-tratamento, para que se consiga atingir todo tipo de público, de qualquer classe social e econômica, por meio da escola, hospital, unidades básicas de saúde e meios de comunicação na qual a enfermagem está inserida. Além disso, visita domiciliar, para uma boa educação das famílias, garantia de tratamento para casos positivos seguindo os protocolos do Ministério da Saúde (MS) e palestras dentro das comunidades. Portanto, o enfermeiro é o profissional habilitado a executar todas essas ações assistenciais, administrativas e educativas no que se refere ao fortalecimento das atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde no âmbito do SUS, sendo essencial seu papel na luta a favor da redução da transmissão desta doença que pode tornar-se letal e de mais difícil enfrentamento.

Descritores

Enfermagem; Prevenção; Infecção.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Ferreira, CAL. Pesquisa quantitativa e qualitativa: Perspectivas para o campo da educação. Revista Mosaico 2015; 8(2):173-182.

2 Shubert CO, Silva SL, Soares CM, Carvalho M, Cunha JC, Santis LFM, et al. Transmissão Vertical da Sífilis: O enfermeiro e as ações de prevenção. Revista Ciência Atual 2018; 11(01):01-13.

CUSTO DIRETO DAS COBERTURAS INDUSTRIALIZADAS UTILIZADAS PARA A PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA LESÃO POR PRESSÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Autores

Yndaiá Zamboni[1];
Ana Flávia Niewinski[1];
Olvani Martins da Silva[2];
Gloriana Frizon[3];
Tânia Tacca[4]

E-mail para correspondência

yndaiazamboni@hotmail.com

Resumo

Introdução

A Lesão por Pressão (LP), anteriormente chamada úlcera por pressão, são feridas localizadas na pele e/ou tecidos subjacentes provocadas por pressão e/ou cisalhamento. Pode se desenvolver em um curto período de tempo que varia de duas a seis horas, quando há uma pressão constante nas proeminências ósseas ou quando a perfusão adequada não é estabelecida por obstrução do fluxo sanguíneo habitual, o que leva à necrose tecidual. Seu desenvolvimento aumenta o tempo de internação e a carga de trabalho da equipe multiprofissional[1], além de gerar maiores custos ao sistema. Como há uma ampla variedade de produtos disponíveis para o tratamento de lesões, a enfermagem é quem escolhe a cobertura adequado para cada ferida. Isso envolve a análise das evidências para auxiliar na tomada de decisões[2]. O custo com cuidado a feridas tem aumentado, como relatado em

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira. Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Regional do Oeste – HRO;
4 Enfermeira. Especialista. Gerente de Enfermagem do Hospital Regional do Oeste - HRO

estudo que avaliou 11 pacientes que continham LP, observou-se um gasto anual de R$4.370,16, sendo que R$3.353,80 foram gastos com coberturas; assim como destacou que as formas de prevenção, no entanto, representam uma diminuição de 25 a 50% no risco de lesões[3]. Tal medida é possível ser utilizada a favor da gestão de forma à reduzir gastos públicos e manter a qualidade do cuidado, evitando complicações preveníveis.

Objetivos

Analisar o custo direto das coberturas industrializadas utilizadas para a prevenção e tratamento da lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva de um hospital público.

Método

Estudo do tipo transversal, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Geral de um hospital público no oeste de Santa Catarina, com coleta de dados no período de julho a agosto de 2018, que possibilitou acompanhamento do prontuário de 40 pacientes, adultos, acima de 18 anos, com período de internação superior a 24 horas, de ambos os sexos, com histórico de enfermagem completo. Foram excluídos prontuários de pacientes adultos que ocupavam leitos no lado pediátrico da UTI. Os desfechos de interesse foram: custos com insumos utilizados para prevenção da lesão por pressão (AGE, Creme Hidratante, Protetor Cutâneo Creme); custo das coberturas utilizadas para tratamento das lesões (Hidrocolóide, Hidrofibra, Hidrogel, Papaína 2 % e 10%). A coleta de dados ocorreu periodicamente, onde foram analisados os registros dos prontuários dos pacientes e do processo de enfermagem, para isso, foram utilizados instrumentos de coleta adaptados do estudo de Chacon[4]. No presente estudo, os pacientes que utilizaram papaína, foi na concentração de 2%; para mensurar a quantidade gasta por cada paciente, seguiu-se a prescrição de enfermagem, que preconizava curativos com 5g e/ou 10g, de acordo com a necessidade do paciente. Para análise, os dados foram transcritos para uma tabela do Excel, onde receberam tratamento matemático simples. Para o cálculo do volume de papaína, AGE e Creme Barreira considerou-se a unidade de medida do medicamento multiplicada pelo número de vezes utilizada ao dia, multiplicada pelo número de dias de uso do paciente, expressada pela seguinte fórmula: VP= UMedx QDxnº dias. Posteriormente os dados forma importados para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20, sendo apresentados por média e desvio padrão, mediana e intervalo interquartílico, mínimo e máximo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade do Estado de Santa Catarina sob parecer consubstanciado nº 2.668.365, de 22 de maio de 2018.

Resultados e Discussão

Em relação ao custo das coberturas para prevenção e tratamento de LP, foi considerado apenas o uso de produtos industrializados. Como produtos padronizados pela instituição e que foram utilizados nos pacientes, encontravam-se o creme protetor barreira, Ácidos Graxos Essenciais (AGE) e papaína. Nos dados coletados, obteve-se uma média de 864 ± 807,13 gramas, totalizando 34.560 gramas, gerando um custo total de R$ 51.724,80. O AGE é utilizado tanto para as prevenções das lesões como na estimulação da cicatrização da ferida, onde, no presente estudo, a média foi de 19,12 ± 5,27ml, totalizando 765ml, a um custo total de R$58,14. A papaína é aplicada para o tratamento de LP, com ação desbridante químico. No período do estudo, seu uso nos pacientes que desenvolveram LP, teve um média de 74,87 ± 252,50, totalizando 2.995 gramas, com custo médio de R$9,73 gerando um custo total de R$389,41. A pele com muita umidade, assim como, alterações na mobilidade do paciente, potencializa a ocorrência de LP, por isso é importante a utilização de cremes hidratantes[1] e cremes de proteção como creme barreira. Quando utilizado esses produtos, acarreta em diminuição de custos com tratamento de lesões por pressão. No presente estudo, o uso do creme protetor barreira, obteve um custo elevado, no entanto, é necessário considerar que dos 40 pacientes internados, apenas 10 desenvolveram LP, o que leva a acreditar que a proteção da pele tenha sido eficaz. O AGE pode ser indicado, pois ele atua tanto como prevenção quanto tratamento, por estimular a resposta imune e auxiliar no processo cicatricial, devido a presença do ácido linoleico o qual favorece à granulação. Além disso, inibe o desenvolvimento de *Sthaphylococcus aureus*, o que evita uma infecção[2]. Como agente protetor e revitalizador, o AGE desempenha importante função no organismo, logo, ele é um custo necessário para melhores cuidados do paciente. A papaína acelera o processo cicatricial, gerando bons resultados e baixo custo[5].

Conclusão

O custo direto das coberturas industrializadas utilizadas para a prevenção e tratamento da lesão por pressão em uma unidade de terapia intensiva ao

longo do período do estudo foi de R$ 52.172,35. Sugere-se que mais estudos de custos sejam realizados em instituições de saúde, pois conhecer os custos dos insumos torna o enfermeiro um gerenciador consciente de sua unidade.

Descritores

Lesão por Pressão; Terapêutica; Custos Diretos de Serviços; Unidades de Terapia Intensiva.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Mejía EMS, Mendoza AJ, Gálvez LER, Aguilar AA. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. Enfermería Universitaria, out. 2015; 12(4):173-181.

2 Ferreira AM, Souza BMV, Rigotti MA, Loureiro MRD. Utilização dos ácidos graxos no tratamento de feridas: uma revisão integrativa da literatura nacional. Revista da Escola de Enfermagem da USP, jun. 2012; 46(3):752-760.

3 Sousa RG, Oliveira TL, Lima LR, Stival MM. Fatores associados à úlcera por pressão (UPP) em pacientes críticos: revisão integrativa da literatura. Universitas: ciências da saúde, jan./jun. 2016; 14(1):77-84.

4 Chacon JMF. Custo do tratamento conservador da úlcera por pressão estágios III e IV em pacientes hospitalizados. Universidade Federal de São Paulo, 2014; 115 folhas.

5 Leite AP, Oliveira BGRB, Soares MF, Barrocas DLR. Uso e efetividade da papaína no processo de cicatrização de feridas: uma revisão sistemática. Revista Gaúcha de Enfermagem, 2012; 33(3):198-207.

CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DOS PACIENTES COM LESÃO DE PELE INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Autores

Yndaiá Zamboni[1];
Ana Flávia Niewinski[1];
Rosana Amora Ascari[2];
Jacira Oliveira[3],
Olvani Martins da Silva[4]

E-mail para correspondência

yndaiazamboni@hotmail.com

Resumo

Introdução

A pele é composta por uma variedade de células, macroelementos e fluídos, que formam uma barreira hidrolipídica, se tornando a proteção primária a agentes invasores externo. Ela, protege os tecidos internos contra agentes físicos, químicos e biológicos, impedindo que adentre substâncias nocivas[1]. Entretanto, pacientes críticos em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) estão sujeitos a desenvolver algumas lesões na pele decorrente da umidade e da restrição de movimentos. As condições do paciente podem afetar diretamente a saúde de sua pele, uma vez que ela é uma das fontes de defesa frente aos micro-organismos por atuar como barreira protetora[2]. Quando essa barreira sofre uma quebra por condições internas ou externas, ocasiona dano as células cutâneas, originando uma lesão, como a exemplo em condições das lesões cutâneas pelas Dermatites Associadas a Incontinência (DAI) ou no caso das Lesões por Pressão (LP)[2-3]. A DAI se caracteriza por ser

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina,Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira. Especialista, Hospital Regional do Oeste – HRO;
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

uma lesão na pele causada pela umidade, que produz um processo inflamatório na região perianal e suas proximidades. Comumente ocorre em pessoas com incontinência urinária e/ou fecal que ficam frequentemente expostas por longos períodos, como, por exemplo, em pacientes que necessitam de cuidados intensivos[3]. Já as LP, são feridas localizadas na pele e/ou tecidos subjacentes provocadas por pressão, fricção e/ou cisalhamento[2].

Objetivos

Descrever as características demográficas dos pacientes que desenvolveram lesões de pele em uma unidade de terapia intensiva em um hospital público no oeste de Santa Catarina.

Método

Estudo transversal, realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva geral de em um hospital público no oeste catarinense. O período de coleta de dados foi de julho de 2018 à agosto de 2018. Como sujeitos, os prontuários dos pacientes internados no período, com amostragem por conveniência. Foram incluídos no estudo pacientes adultos, acima de 18 anos, com período de internação superior à 24 horas, de ambos os sexos, excluiu-se os pacientes com histórico de enfermagem incompleto. A amostra utilizada foi de 40 pacientes. A coleta de dados ocorreu posterior a liberação da instituição e do comitê de ética e pesquisa com seres humanos. A pesquisadora fez visita na unidade periodicamente, onde realizava consulta nos prontuários dos pacientes e analisava o processo de enfermagem, onde obtinha o histórico de enfermagem e anotações de exame físico e de escalas avaliativas do estado do paciente. Os dados foram coletados seguindo os instrumentos de coleta. Cada paciente era identificado no instrumento com nome e leito, posteriormente eram separadas todas as coletas por dia e guardadas para futura análise. Os dados foram transcritos para uma tabela do Excel, posteriormente importados para a *Statistical Package for Social Science* (SPSS) versão 20, as variáveis categóricas foram expressas por números e percentuais absolutos e as contínuas foram apresentadas por suas médias e desvio padrão. A pesquisa obedeceu aos preceitos éticos foi encaminhada ao comitê de ética em pesquisa com seres humanos da Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC e foi aprovada em 22 de maio de 2018 sob parecer consubstanciado nº 2.668.365.

Resultados e Discussão

De acordo com os dados coletados, a maioria dos pacientes tinha idade de 56 (40-70) anos, do sexo feminino, casados, brancos, com primeiro grau incompleto, procedentes de municípios vizinhos à Chapecó. O uso do álcool e tabaco esteve presente em 40% e 47,5%, respectivamente, o que representa uma grande parte dos indivíduos estudados. A principal causa de doença secundária dos pacientes foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), seguido da associação de HAS e diabetes. O tabaco e a bebida alcoólica deixam os radicais livres instáveis, provocando efeitos contrários sobre a pele, o que ocasiona o envelhecimento cutâneo devido a morte ou mau funcionamento das células[4], deixando a pele fina e, portanto, a pessoa fica mais sujeita a desenvolver lesões cutâneas. Sobre as doenças crônicas, não há estudos que comprovem com evidências que tais doenças desencadeiem ou auxiliem no desenvolvimento da lesão por pressão ou dermatite associada à incontinência. Entretanto, é de conhecimento que a diabetes influencia em diversos problemas cutâneos, retardando a cura de processos aparentemente benignos e de curta duração. Pacientes com diabetes, tem sintomas como pele seca e ressecada e lesões de pele ou feridas que demoram para cicatrizar[5].

Conclusão

Os principais achados em relação as características demográficas dos pacientes que desenvolveram lesão de pele na Unidade de Terapia Intensiva foi relativo ao sexo, onde a maioria eram pacientes mulheres, brancas, o uso de álcool e tabaco apareceu em uma parcela da população, assim como, a hipertensão arterial sistêmica estava presente na maioria das internações. Dessa forma, estudar as características demográficas dos pacientes internados na UTI é de suma importância, pois direciona a equipe multiprofissional para o atendimento dos mesmos de forma a buscar melhores meios para direcionar o cuidado e proporcionar uma assistência de qualidade, não se limitando apenas no paciente, mas pensando em sua extensão que é a família. Sugere-se que novos estudos sejam realizados abordando essa temática, uma vez que as lesões de pele são uma realidade no ambiente intensivo.

Descritores

Lesão por Pressão; Dermatite das Fraldas; Assistência Centrada no Paciente; Dados de Saúde Gerados pelo Paciente; Unidades de Terapia Intensiva.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Stocco LS, Silva SF, Faria, LG. Permeação Cutânea. II Simpósio de Assistência Farmacêutica, São Paulo, SP, mai. 2014.

2 Souza CNS, Barreto AF, Rocha VS, Santos ES. Lesão por Pressão: Fatores Desencadeantes e Atualização do National Pressure Ulcer Advsory Panel (NPUAP). Unit – Universidade Tiradentes, mai. 2017; 1(1).

3 Chianca TCM, Gonçales PC, Salgado PO, Machado BO, Amorim GL, Alcoforado CLGC. Dermatite associada à incontinência: estudo de coorte em pacientes críticos. RGE - Rev Gaúcha Enferm, 2016; 37: e68075.

4 Cotinguiba GG, Silva JRN, Azevedo RRS, Rocha TJM, Santos AF. Método de Avaliação da Defesa Antioxidante: Uma revisão de Literatura. Unopar Cient Ciênc Biol Saúde, 2013; 15(3): 231-7.

5 Nascimento TCO, Navarine TCRR, Anízio BKF, Anízio BF, Costa MML, Santos IBC. Conhecimento de pacientes com diabetes mellitus sobre lesões nas extremidades. Rev enferm UFPE on line, jul. 2014; 8(7): 1888-97.

RELAÇÃO ENTRE ANSIEDADE E BURNOUT ENTRE PROFISSIONAIS DA ÁREA DA ENFERMAGEM

Autores

Éliton Vitor Miranda[1];
Micheli Menin[2];
Aline Rejane Barbian[3];
Pâmela Vitória Frantz[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A enfermagem tem um papel importante nos serviços de saúde, os profissionais estão expostos no seu trabalho diário a um grande número de fatores que contribuem para a carga mental e psíquica, que estão frequentemente associadas. Os problemas de saúde mental, embora sejam ainda invisíveis para grande parte da sociedade, são bastante comuns nos serviços de saúde, cobrando dos profissionais esforços redobrados nas práticas do cuidado. Algumas profissões, em especial as ligadas à enfermagem, tendem a expor seus profissionais a ambientes e contextos que colaboram para o adoecimento mental, prejudicando também a saúde física, reduzindo a eficiência de seu trabalho e a qualidade do atendimento prestado ao paciente[1]. O cuidar para a enfermagem, sempre foi valorizado como fundamental na profissão, mas o que precisa acontecer é uma expansão do seu conceito, a fim de incluir o cuidado também para quem cuida[2]. Pois, esse conceito parece não se aplicar quando se fala de profissionais da saúde, que por sua vez, estão expostos a grandes fatores como a ansie-

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
2 Acadêmico de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó;
3 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc;
4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc;
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Unochapecó.

dade, que acompanha a maior parte das pessoas no processo existencial. Ao sentirem algum sofrimento físico ou mental, que exija mudança no seu cotidiano, é esperada uma elevação dos níveis de ansiedade, sendo provocada por um aumento inesperado ou previsto de tensão ou desprazer. Pode desenvolver-se em qualquer situação, seja ela real ou imaginária, quando a ameaça é grande para ser ignorada, intitulada ou descarregada[3]. Estudos variados demonstram que profissionais da Enfermagem tendem a apresentar níveis altos de ansiedade, seja pelo convívio com o sofrimento humano, com o processo de morte do paciente, como nas relações de hierarquia ou pelas grandes jornadas de trabalho. A ansiedade pode modificar o ritmo e a produtividade dos profissionais, impactando em ausências, afastamentos do trabalho e desequilíbrio emocional. O profissional começa a manifestar sintomas não característicos, que são confundidos com desinteresse, preguiça e comodismo, que darão entrada a possíveis transtornos psiquiátricos como por exemplo a síndrome de Burnout, que gera cansaço emocional, sensação de esgotamento e perda de interesse pelo trabalho[1]. É um transtorno adaptativo crônico associado às demandas e exigências laborais, cujo desenvolvimento é traiçoeiro e irreconhecível pelo indivíduo, pois ele não percebe ou não quer demonstrar que precisa de ajuda, já que esse é seu trabalho[2].

Objetivos

Analisar a relação entre a ansiedade e o burnout de profissionais da área de enfermagem.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratória, quantitativo. A coleta de dados foi realizada em um Hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina, entre os meses de Agosto á Outubro de 2017, com 81 profissionais da área da enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem). Para a coleta foi utilizado um instrumento de pesquisa contendo: 1) Questionário sócio demográfico, econômico e social; 2) Escala de Ansiedade de Beck; e 3) Maslach Burnout Inventory. Os dados foram digitados de forma duplo independente em banco de dados, após foi realizado análise estatística (descritiva e de correlação de pearson) no software SPSS. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, protocolada no Comitê de Ética em Pesquisa, com CAAE: 71071817.3.0000.5367 e do parecer número 2.193.272.

Resultados e Discussão

Segundo as características sociodemográficas e social da população do estudo foi possível identificar que do sexo feminino, 59,2% dos profissionais apresentavam escolaridade até o segundo grau completo, 64,2% conviviam com esposo(a) ou companheiro (a), e 54,3% apresentavam renda mensal de dois a três salários mínimos. A avaliação do nível de ansiedade apontou que 70,4% dos profissionais apresentaram grau mínimo de ansiedade, 17,3% dos profissionais apresentaram grau leve de ansiedade, 9,9% dos profissionais apresentaram grau moderado de ansiedade e 2,5% dos profissionais apresentaram grau severo de ansiedade. A análise das três subescalas do inventário de burnout apontaram que a exaustão emocional apresentou média de 21,30 (± 6,290), a despersonalização média de 9,46 (± 3,369) e a baixa realização profissional apresentou média de 18,38 (± 4,554). Assim, foi possível identificar que a ansiedade apresenta correlação significativa moderada e direta com Exaustão emocional (r=0,467; ≤0,01) e baixa e direta com a despersonalização (0,366; ≤0,01). Desta forma, quanto maior for o nível de ansiedade, maior será a exaustão emocional e a despersonalização dos profissionais da área da enfermagem. Os transtornos psicológicos caminham juntos e estão entrelaçados, podendo ser iniciados com uma simples crise de ansiedade, que é desencadeada por fatores como, as altas demandas enfrentadas no trabalho, a falta de equipamentos, a ligação direta com o paciente, a aproximação com o processo de morte e adoecimento, bem como pelo duplo vínculo empregatício devido a desvalorização salarial, e que com o tempo se não ser tratada corretamente pode evoluir para o burnout e prejudicar a qualidade do atendimento prestado ao paciente[4]. O trabalho é um fator importante na formação da identidade de cada um, e na inserção social das pessoas, pois o bem-estar adquirido pela harmonia entre as expectativas relacionadas ao trabalho e à efetivação das mesmas é um fator contribuinte para a qualidade de vida[5].

Conclusão

Conclui-se que a partir dos achados, existe uma relação entre os níveis de ansiedade e as subescalas da avaliação do burnout (exaustão moderada e despersonalização), tornando-se primeiramente necessário esclarecer os fatores que levam à ansiedade do profissional da enfermagem, para assim estabelecer estratégias a fim de diminuir os níveis de ansiedade e a manifestação do burnout, possibilitando uma

melhor qualidade de vida no trabalho e garantir uma melhora na assistência prestada.

Descritores

Enfermagem; Burnout; Ansiedade; Saúde mental.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Sena, AFJ; et al. Stress and anxiety among nursing employees in hospitals. J nurs health. 2015; 5(1):27-37.

2 Rebelo, HIA. O burnout nos profissionais de equipas multidisciplinares de apoio à medida do Rendimento Social de Inserção, no distrito da Guarda. Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de mestrado. 2013. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13616/1/Tese%20Helena_Rebelo.pdf

3 Veloso, LUP; et al. Prevalence of anxiety in nursing professionals of urgency and emergency. Rev enferm UFPE on line. 2016; 10(11):3970.

4 Murofose, NT; Abranches, SS; Napoleão, AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. Rev latinoam enferm. 2005; 13(2):255-61.

5 Kurogi, MS. Qualidade de vida no trabalho e suas diversas abordagens. Rev Ciências Gerenciais. 2008; 12(16):49-62.

RELAÇÃO ENTRE CAPACIDADE PARA O TRABALHO E FADIGA DOS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM COM DUPLA JORNADA DE TRABALHO

Autores

Simone Gonçalves de Azevedo[1];
Andressa da Silva Lopes[2];
Karen Cristina Kades Andrigue[3];
Kélen Antunes[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[66]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

As atividades dos profissionais de enfermagem são consideradas uma das mais antigas de nossa sociedade, sendo vista como as primeiras formas de prestação de assistência à saúde do indivíduo. Em várias pesquisas realizadas junto às instituições de serviços de saúde, observa-se a constante duplicidade de jornada de trabalhos desses profissionais, em sua maioria do sexo feminino, tendo como principal objetivo pessoal o aumento da renda salarial e o sustento familiar[1]. A qualidade de vida (QV) desses profissionais aos longos dos anos passou a ser amplamente debatida face os altos índices de distúrbios no âmbito biopsicosocioespiritual e os longos períodos de afastamento do trabalho. Segundo estudos já realizados em âmbito nacional e internacional, estes vêm demonstrando que as longas jornadas de trabalho, tem auxiliado no aumento do estresse, causando

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó, Unochapecó;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó; Unochapecó;
3 Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária de Chapecó, Unochapecó;
4 Enfermeira, Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc;
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul, UFFS Chapecó;
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem. Docente da Universidade Comunitária de Chapecó, Unochapecó.

baixa produtividade, baixo desempenho, insatisfação e um aumento do absenteísmo junto às instituições[2]. Com estes levantamentos, pode-se observar que existem poucos estudos referentes à qualidade de vida no trabalho (QVT), podendo-se perceber inúmeras situações que interferem nesta QVT tais como: comunicação interpessoal; relações de trabalho conflituosas; o processo de trabalho; dentre outras[3]. Outro ponto de extrema importância a ser destacada, vem sendo a longos turnos de trabalho destes profissionais, sendo estas divididas em períodos de 24 horas por dia, 7 dias da semana de forma ininterrupta, obrigando a assistência em finais de semana e nos feriados, períodos estes em que outras categorias profissionais, estariam usufruindo do lazer, do tempo para dormir e do convívio familiar e social[4].

Objetivos

Analisar a relação entre a capacidade para o trabalho e a fadiga dos profissionais de enfermagem com dupla jornada de trabalho.

Método

Estudo do tipo quantitativo de delineamento transversal, realizado com 52 enfermeiros ou técnicos de enfermagem que mantivessem dupla jornada de trabalho no de um Hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina no período de agosto a setembro de 2017. O instrumento de coleta de dados continha: 1) questionário sociodemográfico, econômico e características funcionais do trabalho; 2) índice de capacidade para o trabalho (7 itens); e 3) escala de Fadiga de Chald (constituída de 11 itens). Os dados foram tabulados duplamente e analisados sob estatística descritiva e correlação de pearson. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e procurou respeitar os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com o número de aprovação CAEE: 71075717.7.0000.5367 e do parecer número: 2.192.149.

Resultados/Discussão

Segundo a avaliação das características sociodemográficas dos profissionais com dupla jornada destaca-se que a maioria eram do sexo feminino (88,5%), apresentavam idade entre 30 a 39 anos (34,6%), apresentavam escolaridade com segundo grau completo (71,2%), mantinha carga horária de 40 a 60 horas semanais (48,1%) e trabalhavam de um a cinco anos na função (63,5%). Porém, a classificação do nível da escala de Capacidade de Trabalho dos profissionais de enfermagem aponta que 5,8% dos profissionais apresentavam uma moderada capacidade para o trabalho, 63,5% dos profissionais apresentavam uma boa capacidade para o trabalho e 30,8% dos profissionais apresentavam uma ótima capacidade para o trabalho. Já a escala de fadiga apresentou média 11,37 (± 6,559), sendo que o mínimo da pontuação foi zero e o máximo 24 pontos. Neste caso, quanto maior for a média da escala, mais fadigado encontra-se o profissional com dupla jornada. De acordo com a relação entre a capacidade para o trabalho e a fadiga do profissional de enfermagem com dupla jornada foi possível observar uma correlação baixa e inversa ($R = -0,298$; $p \leq 0,05$). Assim, quanto maior for à capacidade para o trabalho do profissional de enfermagem com dupla jornada, menor será a sua fadiga. As influências dos fatores relacionados à QV dos profissionais da enfermagem estão diretamente relacionadas aos fatores físicos, mentais e sociais dos indivíduos. A fadiga dos profissionais se relaciona com a QVT, com os vínculos profissionais existentes no âmbito do trabalho, apresentando-se pontualmente com desgastes físicos e psicológicos como a síndrome de Burnout, afetando muitas vezes toda a equipe de saúde e o atendimento direto aos pacientes envolvidos no processo de assistência de enfermagem[5].

Conclusão

As atividades de enfermagem são de suma importância para as equipes de saúde, sendo considerado um trabalho árduo e altamente estressante, face trabalhar em uma linha muito tênue entre a vida e morte. Assim, aponta-se que as equipes de enfermagem são compostas em sua maioria por profissionais do sexo feminino, sendo que muitas possuem tripla jornada de trabalho, uma vez que além do trabalho, muitas acabam se envolvendo em questões familiares, como filhos e a manutenção de sua residência, além da manutenção da renda familiar. Assim, conclui-se que a dupla jornada de trabalho aos longos dos anos pode vir a manifestar-se em diversas formas de patológicas no indivíduo como distúrbios do sono, cansaço, depressão e estresse, influenciando diretamente na saúde ocupacional do trabalhador em sua QVT, aumentando o absenteísmo das instituições de saúde. Desta forma, é de suma relevância que as instituições promovam espaços a fim de minimizar estas condições, proporcionando ao trabalhador melhores condições de trabalho, assim como uma melhora em sua qualidade de vida.

Descritores

Fadiga; Qualidade de vida; Jornada de trabalho; Dupla jornada de trabalho; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Karino, ME; et al. Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola. Cienc Cuid Saude. 2015; 14(2):1011-1018.

2 Soares, JP; et al. Qualidade de vida, estresse, nível de atividade física e cronotipos dos auxiliares/técnicos de enfermagem em unidades de pronto atendimento em Palmas-TO. Rev CPAQV. 2017; 9(1):1-9.

3 Gaiva, MAM. Qualidade de vida e saúde. Rev enferm UERJ. 1998;6(2):377-82.

4 Marques, ALN; et al. Qualidade de vida e contexto de trabalho de profissionais de enfermagem da ESF. Rev Rene. 2015; 16(5):672-81.

5 Marcitelli, CRA. Qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde. Ensaio e Ciência. 2011; 15(4):215-228.

PLANEJAMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO MEDIANTE A UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTOS GERENCIAIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: estudo bibliométrico

Autores

Jacqueline Hermes[1];
Carine Vendruscolo[2];
Juliana Andréia Duarte Araújo[3];
Denise Antunes de Azzambuja Zocche[4]

E-mail para correspondência

jacqueline_hermes@hotmail.com

Resumo

Introdução

Atenção Primária à Saúde (APS) é o termo utilizado internacionalmente, para referir-se à estratégia de organização desse ponto da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que objetiva um atendimento continuo e sistematizado, por meio de ações preventivas, curativas e de promoção, voltadas às necessidades de saúde dos indivíduos e da comunidade[1]. Para isso, é necessário que o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica (EqAB), como é reconhecida a APS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorra por meio de planejamento e realização de ações coordenadas, direcionadas a melhorar às condições de saúde da população. Nesse contexto, existem muitos desafios, e o uso de instrumentos que orientam a organização da APS, como: saberes e métodos e a

1 Enfermeira, Mestranda do Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste. Prefeitura Municipal de Itapiranga-SC;

2 Enfermeira, Doutora, Professora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;

3 Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde, Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste. Prefeitura Municipal de Xanxerê-SC;

4 Enfermeira, Doutora, Professora do Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde do Departamento de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

combinação de tecnologias pode ser uma estratégia para facilitar o alcance dos resultados almejados[2]. O processo de inovação nos modos de produzir saúde, mediado por tecnologias materiais e não materiais é fortemente influenciado pela dinamicidade dessas tecnologias, o que influencia a organização e a gestão do trabalho em saúde[3]. Nessa direção, destaca-se o enfermeiro como profissional que, via de regra, desempenha a função de gerente, no âmbito da APS.

Objetivos

Analisar a produção bibliográfica acerca do tema planejamento das ações e o uso de instrumentos gerenciais na prática dos profissionais de saúde atuantes em serviços de saúde na APS e a participação do enfermeiro nesse processo organizacional e gerencial.

Método

Estudo bibliométrico, que consiste na quantificação e avaliação objetiva da produção científica, mas que não se limita a uma classificação puramente estatística dessa produção[4]. A busca de estudos foi referente aos anos de 2014 a 2018, nas bases de dados Lilacs e Scopus, utilizando os seguintes descritores: Gestão de Serviços de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Instrumentos de Planejamento e Atenção Primária à Saúde. Foram adotados como critérios de inclusão: somente artigos, texto completo disponível, publicações em português, inglês e espanhol, dentro do período proposto e que retratassem o tema. O cruzamento dos descritores com a utilização do operador boleando "AND" resultou inicialmente em 177 artigos na base de dados do Scopus e 32 artigos no Lilacs. Após a aplicação dos critérios de inclusão restaram 13 artigos a serem analisados, mediante leitura dos manuscritos na íntegra e ilustração dos principais achados em uma matriz elaborada pela pesquisadora.

Resultados e Discussão

A partir de uma estimativa do quantitativo de estudos, de acordo com o periódico e ano de publicação, pode-se observar que a Revista Ciência e Saúde Coletiva destaca-se, com o maior número de publicações que versam sobre a temática (nove dos 13 artigos). O ano de 2017 representou o período de maior publicação (seis artigos), seguido por 2018 (três artigos). Esse achado demonstra uma preocupação recente com a temática do estudo. Reflete a percepção de profissionais e estudiosos sobre a necessidade emergente de aperfeiçoar a organização e o planejamento do trabalho frente às equipes de saúde coletiva. De modo geral, os estudos apontam que os diferentes profissionais que integram as equipes que compõe a APS/AB no País, reconhecem a importância do planejamento das ações. Em relação a utilização de instrumentos gerenciais, a maioria deles demonstra ter conhecimento de maneira satisfatória e realizar a avaliação e organização dos serviços, isso se deve a boa cobertura da Estratégia de Saúde da Família nesses municípios, no entanto em municípios de pequeno porte o planejamento é realizado com menor frequência e eficiência[5]. Citam como fatores dificultantes desta prática: excesso de demanda, necessidade de cumprir números e situações político-administrativas que interferem no trabalho[5]. O enfermeiro, foi o profissional mais citado frente as ações gerenciais, por seu comprometimento com a saúde do individuo e da coletividade, além da capacidade administrativa e bom relacionamento com os demais integrantes da equipe multidisciplinar, No entanto, essa função é realizada, na maioria das vezes, de maneira informal, não respeitando uma padronização dos serviços; também não há registro de atribuições especificas ao cargo e nem mesmo remuneração especifica para tal[5].

Considerações finais

Demonstrou que o processo de trabalho na APS/AB é realizado, predominantemente, de forma fragmentada, mesmo que a literatura aponte a necessidade de um trabalho integrado e compartilhado, esta ainda é uma prática pouco executada. Vários são os fatores que permeiam e interferem no trabalho compartilhado, em equipe: agenda individual de cada profissional, excesso de demanda nas unidades, metas de produção a cumprir, a formação acadêmica dos profissionais (não instrumentaliza para trabalhar em equipe e para as práticas mais colaborativas). Para modificar essas práticas de saúde seria necessário rearranjar o modelo de atenção, instituindo o uso de ferramentas e instrumentos gerenciais, bem como capacitando as equipes para trabalhar com esses recursos, de forma colaborativa e uma organização de gestão compartilhada (cogestão). O enfermeiro, membro das equipes generalistas da AB, destaca-se no cargo gerencial das equipes, no entanto é necessário formalizar e reconhecer essa função, padronizar condutas e rotinas, buscar desenvolver, ainda na formação e mediante processos de educação permanente, habilidades administrativas e sensibilizar as equipes para a cogestão nos serviços de saúde, bem como motivar esses profissionais, para enfim garantir uma assistência mais efetiva. Nesse sentido, evidenciou-se

a importância de mais pesquisas nessa área, além de um maior engajamento da união, através da formulação de políticas orientadoras de gestão, formação e qualificação pessoal na APS/AB. Os estudos analisados destacam a necessidade, observada pelos profissionais contemporâneos, quanto à organização e melhor planejamento dos serviços, com vistas a facilitar o acesso, à resolutividade e qualidade das ações desenvolvidas nesse ponto de atenção da Rede.

Descritores

Gestão de Serviços de Saúde, Unidade Básica de Saúde, Instrumentos de Planejamento, Atenção Primária à Saúde.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Oliveira, MAC; Pereira, IC. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. Rev bras enferm *on line*, Brasília, 2013 set; 66(esp):158-64.

2 Fontana, KC; Lacerda, JT; Machado, PMO. O processo de trabalho na atenção básica à saúde: Avaliação da Gestão. Saúde debate *on line*, Rio de Janeiro, 2016 jul-set; v. 40, n. 110, p. 64-80.

3 Soratto, J; Pires, DEP; Dornelles, S; Lorenzetti, J. Estratégia saúde da família: Uma inovação tecnológica em saúde. Texto contexto enferm *on line*, Florianópolis, 2015 abr-jun; 24(2): 584-92.

4 Araújo, CA. Bibliometria: Evolução histórica e questões atuais. Em questão *on line*, Porto Alegre, 2016 ago; 12(1):12-32.

5 Carvalho, BG; Peduzzi, M; Nunes, EFPA; Leite, FS; Silva, JAM. Gerência de unidade básica de saúde em municípios de diferentes portes: Perfil e instrumentos gerenciais utilizados. Rev Esc Enferm USP *on line*, São Paulo, 2014 jul; 48 (5):907-14.

PREVALÊNCIA DE REINTERNAÇÃO DE PACIENTES COM PLANEJAMENTO TERAPÊUTICO MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL PÚBLICO CATARINENSE

Autores

Rosana Amora Ascari[1];
Márcia Dreher[2];
Gardi Regina Weinhal[3];
Mônica Johner[44]

E-mail para correspondência

rosana.ascari@hotmail.com

Resumo

Introdução

O planejamento da alta hospitalar se apresenta como uma peça chave para a consolidação dos princípios de integralidade, referenciamento seguro e otimização da gestão dos leitos hospitalares. Assim, observa-se que na prática, apesar dos esforços da equipe multidisciplinar na implantação de round assistencial e de alta hospitalar, ou seja, de estudos de caso pela equipe multiprofissional para o planejamento assistencial à pacientes dependentes ou de internação prolongada, de forma individualizada e humanizada, a reinternação em curto espaço de tempo ainda acontece, o que pode comprometer a gestão de leitos e correta aplicação de recursos públicos. O trabalho da equipe multiprofissional é fundamental na orientação e treinamento do paciente/cuidador para programação da alta, proporcionando uma desospitalização segura e com autonomia dos envolvidos.

1 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc Oeste);

2 Enfermeira. Gerente das Unidades de Internação, Oncologia e Regulação interna de leitos. Hospital Regional Terezinha Gaio Basso;

3 Enfermeira. Enfermeira Assistencial das Unidades de Internação. Hospital Regional Terezinha Gaio Basso;

4 Enfermeira. Enfermeira Assistencial das Unidades de Internação Hospital Regional Terezinha Gaio Basso.

Ressalta-se o quanto é importante a adequada orientação ao paciente e acompanhante no momento da alta hospitalar, para evitar e minimizar, assim, eventos adversos e reinternação hospitalares, e garantir a sua saúde e a melhor qualidade de vida.[1] Muitos eventos podem ser atribuídos a uma programação de alta inadequada, onde falta informação e um seguimento que o paciente deve ter no sistema de saúde fora do hospital.[2] A alta precoce exige planejamento apropriado para o indivíduo, e deve levar em conta sua condição socioeconômica.[2] Assim o planejamento de alta vem ao encontro com o princípio da integralidade na superação da fragmentação do cuidado. A gestão eficaz do planejamento da alta hospitalar é um processo de trabalho que permite a continuidade do cuidado após a hospitalização do paciente. A alta bem planejada se torna uma importante ferramenta à assistência do paciente tanto do ponto de vista da qualidade e agilidade no atendimento, quanto ao referenciamento adequado, garantia da integralidade preconizada nas diretrizes do sistema de saúde nacional e otimização da gestão dos leitos hospitalares.

Objetivo

Analisar a prevalência de fatores gerados de reinternação hospitalar em unidades de internação adulta de pacientes com registro de planejamento terapêutico multiprofissional em internação anterior num hospital público do extremo oeste catarinense.

Método

Trata-se de um estudo transversal, exploratório e descritivo com abordagem quantitativa com vista à melhoria do processo de gestão em saúde e garantia da qualidade dos cuidados de saúde, desenvolvido no segundo semestre de 2018. A coleta de dados foi realizada no banco de dados do Hospital Regional Terezinha Gaio Basso no Extremo Oeste Catarinense, contendo os registros de pacientes com reinternações em até 30 dias em unidades de internação adulta com planejamento de alta hospitalar realizada, ou seja, pacientes em que o caso clínico foi discutido em round semanal pela equipe multiprofissional em internação anterior. O período de realização do estudo foi de setembro à dezembro de 2018. Utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 24.0 para as análises estatísticas e, este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Udesc sob nº 2.916.027.

Resultados e Discussão

A amostra foi caracterizada por 159 pacientes internados em unidades de uma internação adulta que foram discutidos em round com a equipe multiprofissional entre os meses de setembro à dezembro de 2018, deste total, 42 reinternaram em 30 dias (26,4%), 47 reinternaram após 30 dias (29,6%) e 70 não reinternaram (44%), sendo do sexo masculino (54,1%), residente no município investigado (38,4%). A média do tempo de internação atual foi de 7 dias para o total da amostra; 6 dias para os pacientes que reinternaram em 30 dias; 8 dias para os pacientes que reinternaram em um período maior que 30 dias e 9 dias de internamento para os pacientes que não reinternaram. O tempo médio entre a alta anterior e a internação atual foi de 35 dias no total da amostra. Foram 40 reinternações pelo mesmo motivo da internação anterior, sendo as doenças do aparelho respiratório prevalentes (24,5%), seguidas das doenças do aparelho digestivo (15,1%) e aparelho circulatório (13,35%). As neoplasias obtiveram um número de 18 (11,3%) casos discutidos em round, sendo que destes 6 (14,3%) reinternaram em 30 dias, destes 4 (5,75) não reinternaram. O tratamento para o câncer, tanto cirúrgico quanto medicamentoso, pode ocasionar em uma serie de complicações durantes o tratamento, podemos observar um maior número de internações nos pacientes sob cuidados paliativos pela deterioração do quadro clínico e necessidade mais frequente de reinternação. A prevalência de "Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas" (S00 – T98) foi significativamente mais elevado nos pacientes que não reinternaram (p=0,036). Os demais motivos foram semelhantes entre os grupos. Também o tempo da internação anterior foi significativamente maior nos pacientes que reinternaram em até 30 dias, quando comparados com os que reinternaram após 30 dias (p<0,001).

Conclusão

Foi possível observar que apesar dos esforços da equipe multiprofissional hospitalar, os pacientes ainda estão reinternando, sobretudo por doenças do aparelho respiratório, digestivo e circulatório, mesmo com planejamento terapêutico multiprofissional em unidades de internação adulta. Nesse sentido, recomenda-se maior tempo de acompanhamento das reinternações em pacientes discutidos e assistidos pela equipe multiprofissional, intensificação dos encaminhamentos para as redes de apoio, maior envolvimento da equipe médica no planejamento da

alta hospitalar e alinhar o planejamento de alta com os leitos de retaguarda em município de origem do paciente. Ainda, os resultados sinalizaram do ponto de vista assistencial, um movimento em prol da continuidade de tratamento, saídas hospitalares com registros favoráveis a continuidade de cuidado à nível ambulatorial.

Descritores

Acreditação hospitalar; Processo de enfermagem; Registros de enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Instituto Santé e universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Referências

1 Chesanil FH, Fontanal G. Limites e possibilidades no planejamento da alta hospitalar. Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí/SC – Brasil. 2017. Disponível em: https://periodicos.uniformg.edu.br:21011/ojs/index.php/conexaociencia/article/.../653. *Acesso: 10 fev 2018.*

2 Martins ACS, Silva JG, Ferraz LM. Orientações de enfermagem na alta hospitalar: contribuições para o paciente e cuidadores. Comvibra, Juiz de Fora, 2010. Disponível em: http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/70/2013_70_7857.pdf. Acesso em 02 fev 2019.

PREVALÊNCIA DO USO DE MEDICAMENTOS PSICOTRÓPICOS EM ACADÊMICOS E DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE

Autores

Vanessa de Almeida[1];
Jéssica Roberta Borella[2];
Alini Amabil Balbinot[3];
, Jéssica Cristina Segsttater[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

É notável que os discentes e docentes sofrem diversas alterações na sua ordem biopsicosocioespiritual, e destes muitos recorrem ao uso de medicamentos psicotrópicos, devido a diversos "problemas", como por exemplo stress, ansiedade, depressão, entre outros[1]. A utilização desses, tem sido de forma assídua e crescente, não só no Brasil, mas no mundo. Pessoas buscando inibir ou até mesmo controlar seus sentimentos, geralmente buscando por medidas para amenizar alguns sentimentos incômodos. Mediante uma pesquisa realizada com docentes e discentes da área da saúde, o qual avaliaram 115 pessoas, destes cerca de 31,2% fazem ou fizeram uso de medicamentos psicotrópicos, por apresentar alguma alteração comportamental, em busca de ajuda, conseguimos observar a progressiva utilização desses medicamentos[2].

1 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

Objetivos

Identificar a prevalência do uso de medicamentos psicotrópicos por acadêmicos e professores da área da saúde de uma Universidade do Extremo Oeste de Santa Catarina.

Método

Trata-se de um estudo transversal, de caráter descritivo-exploratório e de abordagem quantitativa, realizado em uma Universidade do Extremo Oeste de Santa Catarina com acadêmicos e professores dos cursos da área da saúde (Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Psicologia). A coleta dos dados foi realizada no mês de setembro de 2017, por meio de um questionário estruturado, composto por questões abertas e fechadas, enviado por intermédio da ferramenta Google Formulário para as coordenações dos respectivos cursos e posteriormente enviado ao endereço eletrônico dos acadêmicos e professores. Após a obtenção dos resultados, os mesmos foram anotados em uma planilha confeccionada em Microsoft Excel para melhor distribuição e análise. Em seguida, estes dados foram transferidos para o programa *SPSS* o qual foram realizadas análises de frequência. O projeto de pesquisa passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, sob o número de aprovação, CAEE: 66358117.0.0000.5367 e do parecer número: 2.031.780, o qual respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.

Resultados e Discussão

Segundo a caracterização dos acadêmicos e professores da Universidade do Oeste de Santa Catarina foi possível evidenciar um maior predomínio de pessoas do sexo feminino (106), na faixa etária dos 18 aos 21 anos de idade (54), com uma renda familiar de um a dois salários mínimos (37), sendo 86 acadêmicos e 18 docentes. Em relação a caracterização da utilização de medicamentos psicotrópicos foi possível observar que 35 pessoas fizeram uso de algum medicamento psicotrópico na vida, destas 07 eram professores. Ainda, destaca-se que 13 apresentaram tempo de uso de 1 - 6 meses, 27 pessoas seguiam as instruções da bula do medicamento; 20 pessoas realizaram consulta médica para obter a receita do medicamento psicotrópico em consultório particular. Das 35 pessoas que fizeram o uso, apenas 21 realizam acompanhamento médico regular e 19 afirmam que o médico não forneceu informações acerca dos riscos deste medicamento. No entanto, 14 pessoas indicam que este medicamento é importante na sua vida, porém conseguem viver bem sem fazer uso dele. Ao questionar sobre hábitos de vida das pessoas foi possível observar que 50 pessoas praticam atividades físicas regularmente e que destas, 32 nunca fizeram o uso de medicamentos psicotrópicos e 38 negaram praticar qualquer exercício. Ao ser questionado sobre sua alimentação, 67 pessoas consideram ser saudável. Sobre a saúde mental das pessoas e a utilização de álcool pode-se evidenciar que 59 pessoas afirmaram que esta pode ser classificada como consideravelmente estável e 31 pessoas fazem uso de álcool aos finais de semana. Sobre a frequência dos medicamentos utilizados pelos acadêmicos e professores foi possível evidenciar que o psicotrópico que apresentou a maior frequência foi o Cloridrato de Fluoxetina (13), seguido pelo Cloridrato de Sertralina (07). Acerca dos motivos que levaram ao uso dos medicamentos psicotrópicos evidencia-se que as pessoas acabam fazendo uso dos medicamentos psicotrópicos principalmente em decorrência de ansiedade exagerada (24), seguido de estresse excessivo (20), e pelo acúmulo de trabalhos e provas (11). Em relação ao que é necessário mudar na vida das pessoas, a fim de deixar de fazer o uso do medicamento psicotrópico, pode-se observar que devem mudar principalmente: a prática de atividade física (07); a diminuição das preocupações e as horas de trabalho (04). Os medicamentos psicotrópicos têm como principal objetivo o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Os fatores para a utilização desses são, o estresse, a depressão, a ansiedade, a insônia e problemas sociais[3]. O maior problema em termos farmacológicos da prescrição equivocada e irrestrita dos calmantes é a sua capacidade de gerar tolerância e dependência tanto psicológica quanto fisiológica. Sendo assim, através da tolerância o indivíduo precisa doses maiores do mesmo fármaco para obter o resultado preconizado[4]. Como futuros profissionais da área da saúde, os estudantes, merecem destaque nesse cenário, pelo fato de sua futura responsabilidade na identificação e encaminhamento dessas pessoas para o atendimento adequado, e os professores, que são alicerces fundamentais ao incentivo às boas práticas, e ambos servem de exemplo[5].

Conclusão

Doenças mentais, têm sido definidas como mal do século, pessoas de forma inconsequente, sem consultas, sem a orientação adequada, muitos destes instigados pelo boca-boca de amigos, ou familiares,

têm utilizado medicamentos de forma constante e abrupta para amenizar ou inibir seus sentimentos, que os causam algum tipo de incômodo psicológico, alguns destes acabam ocasionando outras doenças, seja ela mental ou físicas. Existem muitos riscos envolvidos na sua utilização e o uso recorrente dessas medicações, sendo a vida universitária um período de maior grande vulnerabilidade para o início do uso dessas substâncias, por ser um período crítico na vida do acadêmico, em que passa a conquistar uma profissão e provavelmente viverá sob pressão, mesmo não atuando nas reais causas de seu estresse nem os conduzirem em seus pensamentos ou no gerenciamento de seus anseios. Assim, sugere-se atentar para ações de promoção de saúde no uso desses medicamentos, e maior conscientização da população acadêmica, para que sejam utilizados de forma correta, possibilitando o conhecimento dos efeitos adversos dessas medicações. Qualificando os futuros profissionais, e mentores da área da saúde quanto as diferentes terapias existentes.

Descritores

Medicamentos psicotrópicos; Ansiolíticos; Antidepressivos; Acadêmicos; Professores.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Nasario, M; Silva, MM. O consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade, 2016.

2 Istilli, PT et al. Antidepressivos: uso e conhecimento entre estudantes de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 2010;18(3):421-428.

3 Machado, L; Nunes, R; Cantilino, A. Saúde Mental Do Estudante de Medicina: Realidade preocupante décadas após o trabalho pioneiro do Prof. Galdino. Debates em Psiquiatria. 2018;8:42-49.

4 Moor, M; et al. Regular exercise, anxiety, depression and personality: a population-based study. Preventive Medicine. 2006;42(4):273-279

5 Gasparotto, GS; et al. Simultaneidade de fatores de risco cardiovascular em universitários: prevalência e comparação entre períodos de graduação Saúde. Saúde (Santa Maria). 2015;41(1):185-194.

ESTRESSE NO TRABALHO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Autores

Letícia Loureiro Nunes[1];
Sara Lindner[2];
Jéssica Schaurich[3];
Adrean Scremin Quinto[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

O estresse atinge noventa por cento da população mundial, sendo considerada uma epidemia global, estando está associado a perda da saúde, do bem-estar e da capacidade para o trabalho, afetando a produtividade, a qualidade de vida, além de proporcionar prejuízos econômicos para indivíduos, empresas e nações[1]. O profissional de enfermagem tem a grande responsabilidade de cuidar, exigindo uma abordagem técnica precisa, especial qualificação e constante atualização, além de habilidades para abordar e lidar com pessoas fragilizadas por algum processo mórbido. Nesse sentido, o profissional enfermeiro demanda ter agilidade manual e mental para a tomada de decisões e seleção de prioridades, principalmente quando diante de situações de urgência ou emergência[2].O cenário profissional para a enfermagem mostra-se com uma alta competitividade, desgaste cognitivo do corpo humano, e fisiológico, gerando um estresse que vem sendo considerado

1 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Graduada em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeiro, Mestrando em Biociências e Saúde, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECO

uma doença relacionado ao trabalho, assim causando um grande impacto na vida dos profissionais. O estresse surgiu no campo da saúde como um problema entre os profissionais de enfermagem, em especial por serem afetados devido a condição da longa jornada de trabalho. O Estresse demonstra grande impacto na vida dos profissionais, podendo acarretar no surgimento de comorbidades, síndromes e outros distúrbios[3].

Objetivos

Identificar o nível de estresse dos profissionais de enfermagem de um hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina.

Método

Pesquisa do tipo descritiva-exploratória de delineamento quantitativo, realizada no período de agosto a setembro de 2016 em um hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina, com 100 profissionais da saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem). A coleta de dados aconteceu por meio de um instrumento de pesquisa contendo: 1) Questionário sócio demográfico, econômico e características funcionais do trabalho; e 2) Escala de Estresse no Trabalho. Os dados coletados foram digitados de no programa *Epi-info*, versão 7 duplamente e após a verificação de erros e inconsistências foram analisados estatisticamente no Programa SPSS por meio de análise descritiva. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, com o número de aprovação, número CAAE: 47427415.4.0000.5367 e do parecer número 1.657.563.

Resultados/Discussão

A partir das características sociodemográficas foi possível identificar que a maioria eram do sexo feminino (95), tinham idade entre 20 a 29 anos (38), com 2º grau completo (53), convivia com esposo(a) ou companheiro(a) (60), com renda mensal de três a seis salários mínimos (50), com carga horária de trabalho de 40 a 60 horas mensais (51), e já trabalhava na instituição de um a cinco anos (77). A análise descritiva da Escala de Estresse no trabalho foi calculada por meio da pontuação bruta da escala. A média da pontuação foi de 48,41 ± 1,214; e intervalo de confiança 95% 45,99 – 50,82; o mínimo da pontuação bruta foi 25 e o máximo 93. A consistência interna da Escala de Estresse no Trabalho foi avaliada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach (0,92). Isso indica que os escores dos 23 itens sugerem medidas confiáveis as variáveis pesquisadas. A realização do teste de Komogorov-Smirnov evidenciou uma concentração das respostas no escore 50 da Escala de Estresse no trabalho. Isso denota que a escala apresenta aderência a uma distribuição normal, apresentando uma curva simétrica. Segundo a classificação do nível de Estresse no trabalho entre os profissionais da enfermagem, foi possível identificar que a maior prevalência dos casos estavam relacionadas: a um Médio Nível Estresse (52), seguido de um Baixo Nível de Estresse no trabalho (44) e Alto Nível de Estresse (4). De acordo com os dados apresentados nota-se que os profissionais de saúde estão em um médio nível de estresse. Neste contexto, destaca-se que o estresse sofrido pelo profissional enfermeiro ocorre por meio de agentes estressores relacionados principalmente pela dupla jornada de trabalho, elevada exigência de responsabilidade, assistência prestada junto à pacientes graves, carência de profissionais qualificados e elevada demanda de pacientes, estando atreladas ainda às questões relacionadas ao ambiente de trabalho e os riscos vivenciados [4]. Assim como, por fatores ambientais e ergonômicos, que ocorrem principalmente em ambientes desfavoráveis, acentuados pela dificuldade de organização na equipe, falta de programação do plantão (horário), estrutura física inadequada, execução excessiva de uma tarefa, levando neste contexto ao desgaste físico e psicossocial do profissional enfermeiro[5].

Conclusão

Foi possível identificar por meio deste estudo que o estresse está cada vez mais presente na vida do profissional enfermeiro. Da mesma forma, visualiza-se que a incidência de fatores de risco que proporcionam o aparecimento dos níveis de estresse estão presentes em todos os ambientes internos e externos, tendo seu aparecimento em maior incidência de forma discreta, envolvendo o ambiente, fatores emocionais e sociais, que inicialmente não são perceptíveis pelos profissionais. Frente aos resultados sugere-se criar estratégias que possibilitem amenizar os efeitos estressantes, o qual deve-se preconizar a promoção e prevenção de saúde dentre a equipe de enfermagem, enfatizando a importância e a relevância em torno da saúde do trabalhador. Da mesma forma, enfatiza-se a importância de os profissionais buscarem alternativas para redução do estresse, como a prática de atividade física e laboral, momentos de lazer com a família e suporte com os colegas de profissão.

Descritores

Profissionais; Estresse; Enfermagem; Trabalho.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Cardoso, EM; et al. Saúde mental e trabalho: estresse em trabalhadores da saúde na cidade de Manaus. Rev Ciências da saúde da amazônia. 2016;2:59-78.

2 Santos, JS; Gonçalves, VCS. Estresse em enfermeiros na unidade de emergência adulto: revisão de literatura. Nursing. 2012;14(167):203-208.

3 Morais Filho, IM; Almeida, RJ. Estresse ocupacional no trabalho em enfermagem no Brasil: uma revisão integrativa. Revista Brasileira em promoção da saúde. 2016;29(3):447-454.

4 Ferreira, RG. Estresse do profissional de enfermagem no serviço noturno: uma questão de saúde. Rev Saúde e desenvolvimento. 2016;7(4):147-165.

5 Paula, A; Haiduke, IF; Marques, IAA. Ergonomia e Gestão: complementaridade para a redução dos afastamentos e do stress, visando melhoria da qualidade de vida do trabalhador. Rev Conbrad. 2016;1(1):121-136.

QUALITY OF DIAGNOSES, INTERVENTIONS AND OUTCOMES (Q-DIO) E A AVALIAÇÃO DOS REGISTROS DE ENFERMAGEM

Autores

Suéli Regina Sulzbach[1];
Susane Karine Kerckoff Machado[2];
Édlamar Kátia Adamy[3];
Rosana Amora Ascari[4];
Carla Argenta[5]

E-mail para correspondência

sueli_sulzbachh@outlook.com

Resumo

Introdução

Os registros de enfermagem incorporam e respaldam os cuidados de enfermagem, proporcionando um acompanhamento da evolução do paciente e da continuidade dos cuidados para ele ofertados, além de prover aporte para avaliação da assistência prestada, ou seja, os registros de enfermagem acarretam benefícios para os profissionais, para a instituição, para o sistema e saúde, e é claro, para os pacientes[1]. Muitos dos registros de enfermagem são formulados de maneira incompleta, falhando na questão dos fatores relacionados, sinais e sintomas dos diagnósticos e os detalhes dos resultados e das intervenções raramente são documentados[2]. O Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) surgiu com a finalidade de avaliar a qualidade dos registros de enfermagem, podendo ser utilizado como indicador comparando os registros, na avaliação do impacto de programas de educação permanente e no sistema de

1 Acadêmica de Enfermagem. Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc Oeste);
2 Acadêmica de Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc Oeste);
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc Oeste);
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc Oeste);
5 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc Oeste).

auditoria de enfermagem. Essa ferramenta avalia a qualidade dos registros do histórico de enfermagem e da evolução, avaliando as questões relacionadas aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem[1]. As instituições hospitalares têm a função de prestar serviços de qualidade e eficiência aos clientes/pacientes, e isso requer que o hospital invista em melhorias permanentes na assistência e gestão[3]. O Processo de Acreditação Hospitalar é um parâmetro de avaliação que intenciona a melhoria da qualidade assistencial, visando aprimorar o atendimento e os resultados[4]. Os profissionais da enfermagem constituem-se em uma categoria de grande importância no que se refere à assistência aos pacientes e por representarem o maior contingente de trabalhadores no serviço hospitalar, são relevantes no processo de acreditação hospitalar[3].

Objetivos

Descrever o que a literatura científica aborda sobre a utilização do instrumento Q-DIO e sua relação com o preenchimento da documentação dos serviços de enfermagem e acreditação hospitalar.

Método

Trata-se de um estudo de revisão narrativa, do tipo exploratória e descritiva, desenvolvida no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES), utilizando-se os descritores "Acreditação hospitalar", "Processo de enfermagem" e "Registros de enfermagem", além do uni-termo Q-DIO, no segundo período de 2018, nos idiomas português e inglês, referente aos anos de 2010 à 2018. Foram encontrados 20 produções entre artigos e teses. Destes estudos, uma teses e dois artigos contemplaram os objetivos propostos. O Manual de Acreditação Hospitalar e o Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem também serão analisados.

Resultados e Discussão

Ao considerar que a enfermagem depende de informações precisas e pertinentes para a assistência e sucesso no processo de cuidar, os registros de enfermagem devem possibilitar a comunicação de maneira adequada e devem ser completos e coerentes[3]. Ao levar em conta que os prontuários são constituídos por cerca de 50% de dados e informações acerca do paciente inerentes aos cuidados de enfermagem[5], pode-se ter um reflexo da qualidade da assistência observando a qualidade dos registros. Ao analisar os registros é possível avaliar a assistência e justamente para este fim pesquisadores desenvolveram o instrumento Q-DIO[2]. O Q-DIO é um instrumento que foi desenvolvido por pesquisadores da Suiça, Holanda e Estados Unidos da América (EUA) em 2007. Em 2012 foi traduzido e validado para o português, permitindo sua utilização no Brasil[1]. O Q-DIO é constituído por uma escala tipo *Lickert* composta por 29 itens distribuídos em 4 domínios, os quais avaliam se estão e como estão, em questão de integralidade e coerência, documentados nos registros as informações sobre os diagnósticos de enfermagem como processo e produto, as intervenções e os resultados[4]. O Processo de Enfermagem (PE) e os Sistemas de Linguagem Padronizados (SLP) tem o objetivo de aprimorar a documentação do cuidado[4], visto que esses métodos trabalham com Diagnósticos, Resultados e Intervenções de enfermagem, o que confere padronização e cientificidade aos registros. Dentre as ações preconizadas pelo Manual de Acreditação Hospitalar, os registros devem ser completos e deve ser realizada avaliação dos procedimentos de enfermagem e seus resultados; o serviço deve dispor de manuais com normas, rotinas e procedimentos documentados atualizados e disponíveis; devem ser realizados trabalhos de educação e treinamento continuado; as ações devem ser auditadas através de registros nos prontuários[3]. Com a ferramenta Q-DIO é possível avaliar inúmeras características nos registros e apontar se as informações para determinada ação não estão documentadas, se estão parcialmente documentadas ou se a documentação se encontra completa, ao delimitar os fatores que são levados em consideração ao elencar os itens[1], o que torna a avaliação padronizada e não subjetiva, não correndo risco de variar de acordo com o aplicador. Em determinada instituição, o Q-DIO foi utilizado como um método de intervenção educativa, tendo sido aplicado antes e depois de treinamentos e capacitações sobre PE e SLP com os profissionais de enfermagem[4]. Ao comparar os resultados da aplicação do instrumento antes e depois, a média aumentou, o que representa resultado satisfatório em relação à educação continuada, o que contribui na construção e desenvolvimento do conhecimento de enfermagem[4]. Até o momento, há apenas um estudo sobre sua utilização e exploração nos serviços de saúde brasileiros.

Considerações finais

Ao analisar os fatores que interferem e condicionam no processo de acreditação hospitalar e as características avaliadas pelo Q-DIO nos registros de

enfermagem, percebe-se que podem ser utilizadas em conjunto, pois registros de qualidade interferem no processo de acreditação hospitalar e o processo de acreditação influencia na melhoria dos registros, o que cria uma via de mão dupla. O Q-DIO ainda é insipiente na realidade brasileira, no entanto, foi constatado que a avaliação dos registros pelo mesmo pode identificar a necessidade de treinamentos e capacitações e assim os registros podem ser melhorados, o que qualifica a assistência. O PE, além de qualificar as ações de enfermagem, padroniza as atividades por meio da cientificidade, torna os registros mais completos e proporciona uma correta mensuração da assistência prestada. Os registros de enfermagem reproduzem a dedicação e a importância dos serviços prestados pela enfermagem e, quando efetivos e de qualidade, refletem em valorização da classe profissional. Contudo, investimentos em tecnologias de cuidado para avaliação do serviço e melhorias permanentes, como educação continuada e capacitações, são efetivas e contribuem qualitativamente na assistência prestada.

Descritores

Acreditação hospitalar; Processo de enfermagem; Registros de enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Linch, GFC. Validação do Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) para uso no Brasil e nos Estados Unidos da América. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2012.

2 Linch, GFC et al. Cross-Cultural Adaptation of the Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes (Q-DIO) Instrument into Brazilian Portuguese. International Journal of Nursing Knowledge, 2012. Disponível em: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.2047-3095.2012.01210.x. Acesso em: 01 abr 2019.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. 3. Ed. Brasília: Editora MS; 2002.

4 Linch GFC, Lima AAA, Souza EM, Nauderer TM, Paz AA, Costa C. Impacto de uma intervenção educativa na qualidade dos registros de enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2017; 25:e2938. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/pt_0104-1169-rlae-25-e2938.pdf. Acesso em: 01 abr 2019.

5 Cofen. Guia de Recomendações para registros de enfermagem no prontuário do paciente e outros documentos de enfermagem. 2016.

RELAÇÃO ENTRE QUALIDADE DE VIDA COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM COM DUPLA JORNADA DE TRABALHO

Autores

Andressa da Silva Lopes[1];
Leonardo Ribeiro Salvatori[2];
Karen Cristina Kades Andrigue[3];
Kélen Antunes[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A Qualidade de Vida (QV) envolve questões culturais, sistemas de valores nos quais está inserido e a relação entre suas metas, perspectivas, modelos e apreensões. O termo QV possui uma representação bastante ampla, podendo ter relação com diversas emoções do ser humano, assuntos familiares, sociais, ambientais e individuais que veem sendo largamente debatidas atualmente[1]. Dessa forma, compreende-se como QV no trabalho o arranjo de aspectos estabelecidos em uma entidade prestadora de serviços, que proporciona aos seus funcionários, o desenvolvimento integral de suas competências físicas e intelectuais, somadas ao bem-estar físico, psíquico, instrumental e coletivo[2]. No que diz respeito aos profissionais de

1 Acadêmica de enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

2 Acadêmico de enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

3 Enfermeira, Doutoranda em Ciências da Saúde, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

4 Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS/CHAPECÓ

5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó

6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

saúde, a QV, particularmente na enfermagem, está vinculada a questões intrínsecas à própria atividade laboral, o qual destaca-se o contato direto com o sofrimento e a morte os mais determinantes, além da baixa remuneração salarial[3]. Além disso, muitos profissionais se submetem a dupla jornada de trabalho para complementar sua renda, o que corrobora em prejuízos para a saúde destes trabalhadores. Sendo assim, a remuneração salarial vem a ser um elemento de alta significância quando se trata de qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, visto que ao dobrar a jornada de trabalho o enfermeiro contende a exaustão e as aflições do turno de trabalho anterior, além de gerar insatisfação no trabalhador, desgaste físico e mental, dificulta as relações interpessoais no âmbito do trabalho[3].

Objetivo

Analisar a relação entre a qualidade de vida e a capacidade para o trabalho de profissionais de enfermagem com dupla jornada de trabalho.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, de delineamento transversal, realizado em um Hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina no período de agosto a setembro de 2017, com 52 enfermeiros ou técnicos de enfermagem que mantivessem dupla jornada de trabalho. A coleta de dados ocorreu por meio de um instrumento contendo: 1) questionário sociodemográfico, econômico e características funcionais do trabalho; 2) escala WHOQOL-Bref (constituída de 26 itens - dividido em cinco domínios (físico; psicológico; sociais; meio ambiente; e qualidade de vida global); 3) índice de capacidade para o trabalho (7 itens). Os dados foram digitados duplamente e analisados estatisticamente (descritiva e correlação de pearson). A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e procurou respeitar os preceitos éticos da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, com o número de aprovação CAEE: 71075717.7.0000.5367 e do parecer número: 2.192.149.

Resultados e Discussão

Segundo as características sociodemográficas dos profissionais com dupla jornada foi possível identificar que a maioria eram do sexo feminino (46), com idade entre 30 a 39 anos (18), escolaridade com segundo grau completo (37), com carga horária de 40 a 60 horas semanais (25), com tempo na função de um a cinco anos (33). Na avaliação da Escala do WHOQOL-BREF as médias que compõem cada domínio foram: Domínio físico (1,93; ± 0,241); Domínio psicológico (1,82, ± 0,338); Domínio relações sociais (1,88; ± 0,385); Domínio meio ambiente (1,60; ± 0,260); Domínio da qualidade de vida geral (16,11; ± 1,653). Já a classificação do nível da escala de Capacidade de Trabalho dos profissionais de enfermagem foi possível identificar que três profissionais apresentavam uma moderada capacidade para o trabalho, 33 profissionais uma boa capacidade para o trabalho e 16 profissionais uma ótima capacidade para o trabalho. A relação entre a qualidade de vida e a incapacidade para o trabalho dos profissionais com dupla jornada apontou que: o Domínio Físico apresentou correlação significativa baixa e direta com o Item 6 (R= 0,305; p≤0,05). Assim, quanto maior o domínio físico, maior será o prognóstico dos profissionais sobre a capacidade para o trabalho em dois anos. O Domínio Psicológico apresentou correlação moderada com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) (r=0,449; p≤0,01), e os itens 6 (r= 0,380; p≤0,01) e 7 (r=0,599; p≤0,01) do índice de capacidade para o trabalho. Assim, quanto maior for o domínio psicológico, maior será a capacidade para o trabalho, assim como, maior será o prognóstico do profissional para a capacidade para o trabalho daqui a 2 anos e maior será a capacidade de apreciar a vida, de se sentir alerta e de ter esperança no futuro. O domínio das relações sociais apresentou correlação significativa baixa e direta com a capacidade para o trabalho (r=0,352; p≤0,01) e baixa e direta com o item 7 da escala da capacidade para o trabalho (r=0,339; p≤0,05). Neste contexto, quanto maior for as relações sociais, maior será a capacidade para o trabalho e maior será a capacidade de apreciar a vida, de se sentir alerta e de ter esperança no futuro. No entanto, diante das necessidades de manter as capacidades físicas e mentais para exercer funções, muitas vezes essas aptidões são comprometidas em decorrência da dupla jornada de trabalho[2]. A dupla jornada de trabalho está diretamente relacionada com a QV, pois aqueles que têm mais tempo disponível conseguem realizar algumas atividades de lazer que promovam a saúde e QV[5]. Porém, além destas condições, destaca-se a insatisfação salarial, fazendo com que os profissionais da enfermagem sejam obrigados a optarem por mais de uma jornada de trabalho, corroborando para que esses profissionais passem a maior parte de suas vidas no ambiente de trabalho, gerando assim o desgaste e sofrimento ao profissional, propiciando o aparecimento de doenças físicas, mentais e emocionais que acarretam em prejuízos na sua QV e no próprio trabalho[4].

Conclusão

Os profissionais de enfermagem são responsáveis por prestar cuidados assistenciais aos indivíduos e precisam ter boa QV psicoemocional e fisiológica. Mesmo com todos os avanços obtidos, ainda há muito para mudar, pois os mesmos recebem muitas cobranças e responsabilidades o que acarreta em prejuízos para sua QV e saúde. Portanto, salienta-se a necessidade de avaliar a QV dos profissionais da enfermagem, tornando-se indispensável para que possam ser implementadas medidas de prevenção nos serviços de saúde, a fim de buscarem melhorias da QV dos profissionais, tanto nas práticas assistenciais, quanto nas políticas públicas.

Descritores

Qualidade de Vida; Jornada de Trabalho; Cuidados de Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Ramos, EL et al. Qualidade de vida no trabalho: repercussões para a saúde do trabalhador de enfermagem de terapia intensiva. Rev pesqui cuid fundam. 2014; 6(2):571-583.

2 Oliveira de Góis, RM; et al. A qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no trabalho noturno e na dupla jornada de trabalho no ambiente hospitalar. Rev ciênc bioló saúde on line. 2015; 3(1):11-20.

3 Costa, EC; Sant'ana, FRS. Jornada de trabalho do profissional de enfermagem e fatores relacionados à insatisfação laboral. Rev eletrônica acervo saúde. 2017; 9(4):1140-1045.

4 Matoso, LML, Rodrigues DNJ. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem no ambiente hospitalar. Rev eletrônica da Fainor. 2016; 9(2):2-19.

5 Maciel, MED; Oliveira, FN. Qualidade de vida do profissional técnico de enfermagem: a realidade de um hospital filantrópico em Dourados-MS. Rev psico saúde *on line.* 2014; 6(1):83-89.

TEORIA ADMINISTRATIVA DE TAYLOR: na enfermagem

Autores

Diane Leite Morari[1];
Alessandra Paula Watte[2];
Cassiane Vargas Nogueira[3];
Milena Testa[4];
Adrean Scremin Quinto[5]

E-mail para correspondência

diane.morari@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

A Teoria da Administração Científica iniciada por Frederick W. Taylor (1856 – 1915) fundamenta-se na aplicação de métodos da ciência positiva, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar a máxima produtividade. Essa teoria provocou uma verdadeira revolução no pensamento administrativo e no mundo industrial. Para o aumento da produtividade propôs métodos e sistemas de racionalização do trabalho e disciplina do conhecimento operário colocando-o sob comando da gerência, a seleção rigorosa dos mais aptos para realizar as tarefas e a fragmentação e hierarquização do trabalho. Investiu nos estudos de tempos e movimentos para melhorar a eficiência do trabalhador e propôs que as atividades complexas fossem divididas em partes mais simples facilitando a racionalização e padronização. Propõe incentivos salariais e prêmios pressupondo que as pessoas são motivadas exclusivamente por interesses salariais e materiais de onde surge o termo "homo economicus"[1]. Percebe-se que procedimentos do instrumentador, auxiliar de sala, enfermeira, são muito mais prescritivos. Os procedimentos num centro cirúrgico, por exemplo, têm a presença do taylorismo, apesar de ser profissio-

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ.
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
4 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
5 Enfermeiro. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

nais especialistas que dominam o campo de conhecimento. Os centros cirúrgicos, UTIs e outras unidades hospitalares nas quais a previsão, a segurança, a rapidez e a responsabilidade são valorizadas, são também com frequência, capazes de implantar enfoques mecanicistas com sucesso, como os procedimentos de higienização dos profissionais que devem ser obedecidos sem discussão ou questionamentos, e acabam sendo incorporados mecanicamente pelos profissionais. A divisão do trabalho aliada à padronização das tarefas tem norteado à prática da enfermagem. A assistência de enfermagem é fragmentada em atividades, onde a cada elemento executor é determinada uma ou mais tarefas[2]. Ter o distanciamento do elemento executor de seu principal objetivo, que é a assistência integral de enfermagem, fixando-a na maioria das vezes em tarefas. Nota-se que existe uma preocupação com "o como fazer" e na melhoria do "rendimento" do trabalho, com maior "economia de tempo e movimento", sem prejuízo do bem-estar do doente, indo ao encontro dos princípios da Teoria da Gerência Científica. A equipe de enfermagem tem uma preocupação notória em cumprir as tarefas, em executar as atividades que lhe são designadas e em verificar seu desempenho através da quantidade de procedimentos realizados[3].

Objetivos

Compreender as interfaces da teoria de Taylor na gestão de enfermagem, bem como o processo de aprendizagem e a importância da compreensão das teorias da administração e suas influências para o trabalho da enfermagem.

Método

A partir de aulas expositivas e dialogadas sobre as teorias administrativas surge a necessidade de aprofundar a teoria de Taylor construindo assim uma revisão de literatura que busca aprofundar a mesma, além de entender qual a relação desta com o dia a dia da enfermagem. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica constituída por artigos científicos que abordaram a temática "teorias administrativas e suas influências na enfermagem", em base de dados online. Procedeu-se, então, à análise de todo o material, seguindo-se as etapas: leitura exploratória de todos os artigos; leitura seletiva para selecionar aqueles pertinentes ao tema desta pesquisa; e leitura analítica para apreciação e julgamento das informações, destacando-se os principais aspectos abordados sobre o tema.

Resultados e Discussão

Há algumas décadas, vem-se vivenciando a organização do trabalho Taylorista sobre os trabalhadores destacando-se: a fragmentação do trabalho com separação entre concepção e execução, que associada ao controle gerencial do processo e à hierarquia. O modelo Taylorista difundiu-se no mundo e influenciou fortemente todos os ramos da produção, o setor da saúde até hoje vem sendo influenciado, principalmente quando se fala em ambiente hospitalar[4]. A Teoria da Administração Científica, proposta por Frederick W. Taylor visa ao alcance da máxima produtividade, utilizando métodos da ciência positiva, racionalista e metódica para lidar com problemas administrativos. Taylor visou aprimorar a eficiência do trabalhador, e propôs que as atividades complexas fossem divididas em etapas mais simples de modo a racionalizar e padronizar o processo de produção. Propôs também incentivo salarial e prêmios, partindo do pressuposto que os trabalhadores são motivados unicamente por interesses salariais e materiais. Em 1913, utilizando os mesmos princípios desenvolvidos por Taylor, Henry Ford iniciou a tecnologia da linha de montagem na fabricação de automóveis, conhecida como Fordismo. A diferença é que Ford utilizou máquinas e ferramentas especializadas numa linha de montagem em esteira, com crescente divisão do trabalho. A fusão dos modelos taylorista e fordista propagou-se pelo mundo, influenciando praticamente todos os ramos de produção. Alguns pontos negativos desses modelos são: fragmentação do trabalho (separando-se a concepção da execução, o que causa desmotivação e alienação dos trabalhadores quando associada à rígida hierarquia) e cargas de trabalho excessivas e extenuantes[5]. Verifica-se, dessa forma, que a teorização das diversas correntes administrativas, acerca da organização do trabalho, encontram-se ainda muito centradas no aumento da produtividade e eficiência da organização, permanecendo o usuário em segundo plano.

Conclusão/Considerações

Conclui-se que a teoria administrativa de Taylor, destaca-se na sociedade desde o seu surgimento até dias atuais estando como forma de organização do trabalho e dos trabalhadores nas diversas profissões atuais. Quanto a sua aplicação na enfermagem entende-se que é uma das principais organizações de trabalho, principalmente em hospitais, destacando-se a hierarquização, divisão de tarefas e alta produtividade. Neste sentido, resgatar as teorias administrativas em seus aspectos sejam eles positivos

e negativos, contribuem para a fundamentação de escolhas e também para a experimentação de novos modelos perante os diversos ambientes de trabalho.

Descritores

Organização e Administração; Racionalização; Gestão em Saúde; Equipe de Enfermagem; Bacharelado em Enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Motta FCP. Teoria geral da administração: uma introdução. 19 ed. São Paulo: Pioneira; 1995.

2 Kurgant PA. A Prática Da Administração Em Enfermagem. Revista Da Escola De Enfermagem Da USP. 1991; 25(2):121-122.

3 Collet N; Cesarino CB; Santos IF. Método Funcional Na Administração Em Enfermagem: Relato De Experiência. R. Bras. Enferm. Brasília. 47(3), 8-264. jul./set. 1994.

4 Matos E; Pires D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem: Texto contexto - enfermagem. 2006; 15(3),508-514.

5 Jabbur MFLO. O enfermeiro e a gestão dos serviços de enfermagem. Universidade Tuiuti do Paraná. 0-42. Curitiba. 2011.

ESTRESSE ORGANIZACIONAL ENTRE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Autores

Sara Lindner[1];
Letícia Loureiro Nunes[2];
Jéssica Schaurich[3];
Adrean Scremin Quinto[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[6]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

O estresse tem sido definido como um conjunto de respostas do organismo, sendo uma forma de adaptação a diversos eventos ou situações, englobando todos os tipos de sentido, sejam eles objetivos ou subjetivos. Assim, quando o estresse se apresenta de forma constante ou excessiva torna-se prejudicial ao ser humano, podendo causar sensação de desgaste mental e físico, acompanhado por falhas intermitentes da memória, apatia, falta de atenção, baixa autoestima, e desinteresse pelas coisas, e desta forma comprometendo a qualidade de vida do indivíduo. Neste sentido, aponta-se que a rotina de trabalho dos profissionais de saúde é marcada por intercorrências, incertezas e riscos, sendo estes, alguns fatores que podem ser desencadeadores de estresse para os profissionais da saúde, além disso, o excesso de ruídos, o relacionamento com a equipe e a relação com os familiares e pacientes podem ser fontes adicionais de estresse neste contexto[1]. Sendo assim, dentre os profissionais da saúde o enfermeiro é responsável por acolher e cuidar, resolvendo problemas

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Graduada em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeiro, Mestrando em Biociências e Saúde UNOESC. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó - UNOCHAPECÓ

dos pacientes e também de sua equipe, além disso, a sobrecarga, a pressão dos companheiros de trabalho, algumas atitudes ofensivas, falta de reconhecimento e comprometimento são também fatores de estresse entre profissionais[2].

Objetivos

Identificar o nível de estresse organizacional dos profissionais de enfermagem de um Hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva-exploratória, de abordagem quantitativa, realizada com 100 profissionais da saúde (enfermeiros e técnicos de enfermagem) de um hospital da região do Extremo Oeste de Santa Catarina. A coleta de dados aconteceu no período de agosto a setembro de 2016, por meio de um instrumento de pesquisa contendo: 1) Questionário sócio demográfico, econômico e características funcionais do trabalho; e 2) Escala de Estresse Organizacional. Os dados coletados foram digitados de forma duplo independente no programa *Epi-info*, versão 7, e após a verificação de erros e inconsistências foram analisados estatisticamente no Programa SPSS por meio de análise descritiva. A pesquisa respeitou os preceitos éticos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, com o número de aprovação, número CAAE: 47427415.4.0000.5367 e do parecer número 1.657.563.

Resultados e Discussão

Segundo as características sociodemográficas foi possível identificar que 95% eram do sexo feminino, 38% tinham idade entre 20 a 29 anos, 53% com 2º grau completo, 60% convivia com esposo(a) ou companheiro(a), 50% com renda mensal de três a seis salários mínimos, 51% com carga horária de trabalho de 40 a 60 horas mensais, 77% já trabalhava na instituição de um a cinco anos. Destaca-se que dentre as variáveis sociodemográficas, a predominância do sexo feminino tem se mostrado significativo na profissão de enfermagem, sendo considerada culturalmente como provedora do cuidado[3]. A análise descritiva da Escala de Estresse Organizacional foi calculada por meio da pontuação bruta. A média da pontuação foi de 62,06 ± 4,622; e intervalo de confiança 95% 52,89 – 71,23; o mínimo da pontuação bruta foi Zero e o máximo 197. A consistência interna da Escala de Estresse no Trabalho foi avaliada por meio do coeficiente Alpha de Cronbach (0,98). Isso indica que os escores dos 60 itens sugerem medidas confiáveis as variáveis pesquisadas. A realização do teste de Komogorov-Smirnov evidenciou uma concentração das respostas entre os escores 10 e 20 da Escala de Estresse Organizacional. Isso denota que a escala não apresenta aderência a uma distribuição normal, apresentando uma curva assimétrica. Segundo a classificação do nível de Estresse Organizacional entre os profissionais da enfermagem foi possível identificar que a maior prevalência de casos estava relacionada a um baixo nível estresse (85%) seguido de um médio nível de estresse (14%) e alto nível de estresse (1%). Dentre as características que podem potencializar o estresse do profissional de enfermagem em relação às condições organizacionais, destaca-se o tempo de atuação profissional no serviço de saúde, pois o mesmo apresenta uma interação direta com o paciente e familiares, muito mais do que os demais profissionais da área da saúde, podendo facilitar situações desagradáveis e estressantes que interferem no seu contexto organizacional[4]. Além disso, outros fatores podem potencializar o estresse organizacional, como a busca comprometida com a excelência no desempenhar das funções, a desmotivação, a diferença de pensamentos em relação a equipe profissional/organização, bem como o adoecimento dos trabalhadores e a elevação dos agentes estressores, e que torna o clima organizacional uma importante variável na análise do estresse. Uma das maiores causas de estresse está mais relacionada ao ambiente de trabalho, podendo comprometer o exercício profissional adequado e a satisfação no trabalho de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar, estando ligado diretamente ao ambiente organizacional e ao estresse no trabalho, mostrando inter-relações entre essas variáveis[5].

Conclusão

Nesta pesquisa foi possível identificar um número elevado de profissionais com nível médio de estresse organizacional, assim percebe-se que no cotidiano de trabalho são inúmeros os fatores desencadeadores do estresse organizacional entre profissionais da enfermagem, que estão relacionados principalmente a proximidade com o sofrimento humano, sobrecarga de trabalho, dificuldade de comunicação entre os profissionais e o acúmulo de funções na prática diária, mas também a um conjunto de acontecimentos que desestrutura a equipe podendo levar a doenças físicas e mentais. Apesar disso, espera-se que este estudo possa contribuir para futuras pesquisas, buscando amenizar, e quem sabe desenvolver estratégias

de promoção à saúde para evitar ou controlar estresse entre os profissionais de enfermagem das instituições hospitalares.

Descritores

Estresse; ocupacional; profissionais; enfermagem.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Mello, RDCC; Reis, LB; Ramos, FP. Estresse em profissionais de enfermagem: importância da variável clima organizacional. Rev Interinstitucional Psic. 2018;11(2):193-207.

2 Ueno, LGS et al. Estresse ocupacional: estressores referidos pela equipe de enfermagem. Rev enferm UFPE. 2017;11(4):1632-8.

3 Figueiredo, MG; Diniz, GRS. Mulheres, casamento e carreira: um olhar sob a perspectiva sistêmica feminista. Nova Perspectiva Sistêmica. 2018;27(60):100-119.

4 Theme, FMM; Costa, MAS; Guilam, MCR. Estresse ocupacional e autoavaliação de saúde entre profissionais de enfermagem. Rev Latinoam Enferm. 2013;21(2): 475-483.

5 Félix, DB; et al. Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: um estudo com profissionais da área de enfermagem. ReCaPe. 2017;7(2):530-543.

TEORIAS ADMINISTRATIVAS E OS CAMPOS DE TRABALHO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO

Autores

Andressa Lurdes Fagundes[1];
Fernanda Jost Gerhard[2];
Gabriely Valcarenghi[3];
Adrean Scremin Quinto[4]

E-mail para correspondência

andressafagundes@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

Ser um administrador é uma das interfaces de um enfermeiro, suas ações são baseadas em uma ou mais teorias, bem como suas demais atividades práticas assistenciais. Enfatiza-se o papel administrativo do enfermeiro focando no usuário, a quem presta cuidado, de maneira direta ou indireta. A enfermagem é uma ciência multicêntrica, com suas particularidades e seus próprios conceitos e teorias baseados nas práxis assistenciais do cuidado, porém, quando falamos em administração, utilizamos as Teorias Administrativas, as mesmas estudadas em diversas outras profissões[1]. Com base nisso, traz-se as concepções de alguns autores das teorias de Taylor e Fayol associadas ao cotidiano da enfermagem.

Objetivo

Analisar a importância do embasamento literário das teorias de Taylor e Fayol para os profissionais enfermagem, em suas diversas áreas de conhecimento e atuação.

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
3 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.
4 Enfermeiro. Docente da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ.

Métodos

Trata-se de uma revisão de literatura, realizada por acadêmicas da 7ª fase do curso de enfermagem da Universidade Comunitária da Região de Chapecó – UNOCHAPECÓ, em meio extraclasse, associando a busca de conhecimentos complementares aos preceitos do Componente Curricular Ferramentas de Gestão em Saúde e Enfermagem - Núcleo 14. Em sala de aula foram expostas as principais teorias que norteiam o cuidado nos diferentes campos de atuação do enfermeiro, após ser disponibilizado o material de apoio deu-se a construção do presente estudo.

Resultados e Discussão

A Teoria da Administração Científica, princípio sistemático de Frederick W. Taylor (1856 – 1915), também conhecida simplesmente como Teoria de Taylor, baseia-se na execução de métodos da ciência, racional e metódica aos problemas administrativos, a fim de alcançar grande produtividade. Para o aumento da produção propôs-se métodos e sistemas de racionalização do trabalho, bem como, disciplina do conhecimento operário; a seleção severa dos mais habilitados para realização das tarefas; a divisão e hierarquização do trabalho. Designaram-se estudos de tempo e movimento focado na melhoria da eficiência do trabalhador para assim propor atividades divididas em partes, facilitando a racionalização e padronização[2]. Assim, essa teoria foca o mecanicismo, pressupondo que os profissionais da enfermagem são motivados apenas por seus salários ou possibilidade de prêmios, instiga-os a focar suas ações de cuidado em um ambiente exclusivamente técnico baseado na quantidade. Logo, evidencia-se a figura de um enfermeiro inserido no contexto biomédico e curativista, ou seja, focando a doença e afastando o ideal cuidado integral. Já a Teoria Clássica de Fayol apresenta-se como um acréscimo a teoria de Taylor, uma vez que incide a abordagem analítica de Taylor para uma abordagem sintética, global e universal. Propõem a racionalização da estrutura administrativa e a "empresa" passa a ser percebida como uma composição dos diversos órgãos que constitui a sua estrutura. A preocupação maior de Fayol é para com a direção da empresa dando destaque às funções e operações no interior da mesma. Delibera assim os princípios da boa administração, sendo dela a clássica visão das funções do administrador: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar[2]. Muitas das particularidades do modelo burocrático podem ser vistos em Taylor e Fayol: a divisão do trabalho se estabelece na especialização funcional; hierarquia e autoridade definidas; sistema de regras e regulamentos que descrevem direitos e deveres dos ocupantes dos cargos; sistema de procedimentos e rotinas; impessoalidade nas relações interpessoais, promoção e seleção baseada na competência técnica, dentre outros[2]. Aos enfermeiros que trabalham com educação continuada, por exemplo, cabe compreender todo o contexto que envolve os profissionais (colaboradores) dentro das organizações, uma vez que estes conhecimentos engrandecem e contribuem para o desenvolvimento de um serviço de educação continuada eficiente e com resultados. Remetendo aos dias atuais nos serviços de saúde onde a enfermagem atua, observa-se a estruturação de segmentos ou órgãos que atuam individual e hierarquicamente de maneira distinta. Nesta concepção da teoria clássica a divisão por departamentos e consequentemente por autoridades responsáveis deve servir para organizar os serviços assistenciais em sua totalidade e não separá-los de seu objetivo, o cuidado do usuário.

Considerações finais

Por fim, o cotidiano de trabalho da enfermagem é parte integrante do processo de saúde, tanto no modelo de assistência individual como coletiva. Por sua vez, são partes complementares de um mesmo trabalho. A prática de enfermagem é entendida como o conhecimento corporificado em um nível técnico e relações sociais específicas, visando ao atendimento de necessidades humanas, que podem ser definidas biológica, psicológica, social e espiritualmente. Ela é constitutiva das práticas sociais em geral e das práticas de saúde em particular2. Ao se pensar no contexto histórico da teoria científica e na atuação diária da enfermagem nos serviços de saúde ainda é possível se perceber, na atualidade, algumas semelhanças, uma vez que há de se atentar para as formas de atendimento ao usuário, ou seja, a prestação da assistência de enfermagem de maneira assistencial. Ao trazer a Teoria de Fayol para os dias de hoje percebemos que os resultados se refletem no serviço de saúde, por meio do não alcance de metas e objetivos propostos. Organizar é importante, tanto atividades como responsabilidades, entretanto, é primordial que todos caminhem buscando o mesmo objetivo e não em percursos individuais, já que todos os setores compõem o mesmo ofício, o cuidado.

Descritores

Administração; Cuidado; Organizar.

Eixo Temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 CARVALHO, L. Aprenda as teorias administrativas aplicadas a enfermagem e descubra qual é o seu estilo de liderança: Enfermeiro Aprendiz, set. de 2016.

2 MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006;15(3):508-14.

ESTADO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS ESCOLARES

Autores

Jessica Roberta Borella[1];
Vanessa de Almeida[2];
Caroline Dendena de Souza[3];
Andressa Catto[4];
Crhis Netto de Brum[5];
Samuel Spiegelberg Zuge[66]

E-mail para correspondência

samuel.zuge@unochapeco.edu.br

Resumo

Introdução

O período de vida entre seis e 10 anos de idade se caracteriza por maior atividade física e ritmo de crescimento constante com ganho mais acentuado de peso próximo ao estirão da adolescência[1]. Estas crianças que estão em idade escolar necessitam de um aporte equilibrado de nutrientes na sua alimentação, visto que suas necessidades diárias são maiores. Nessa fase da vida, alguns nutrientes como o ferro e proteínas merecem uma atenção especial, pois previnem a anemia, mas todos os nutrientes são importantes. Os alimentos energéticos quando consumidos em equilíbrio previne a desnutrição. Assim, destaca-se que a alimentação adequada da criança e do adolescente garantem uma melhor qualidade na vida na fase adulta[1], bem como, uma melhor qualidade no processo de aprendizagem. Pesquisas demonstram uma redução dos índices de desnutrição, a qual, vem perdendo "espaço" para o sobrepeso e a obesidade entre as crianças, devido a diversos fatores, como, socioeconômico, ambientais, familiares, sociais e influência da mídia quanto ao consumo de alimentos ultra processados ou semiprontos. Com isso, cresce os números de casos de doenças crônicas

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ
3 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
4 Enfermeira, Graduação em Enfermagem, Universidade do Oeste de Santa Catarina - UNOESC
5 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul – UFFS/Chapecó
6 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Comunitária de Chapecó - UNOCHAPECÓ

não transmissíveis, entre elas a diabetes mellitus. O Ministério da Saúde, conceitua o estado nutricional como o resultado do equilíbrio entre o consumo de nutrientes e o gasto energético do organismo para suprir as necessidades nutricionais[2]. Da mesma forma, a obesidade pode ser definida como uma condição clínica caracterizada pelo acúmulo de gordura no organismo, isto é, resultante da ingestão de gordura em excesso em relação ao gasto calórico[3].

Objetivos

Avaliar o estado nutricional de crianças escolares.

Método

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, realizado em uma escola municipal do extremo oeste de Santa Catarina, no período de agosto de 2017, com 209 crianças na faixa etária dos três a nove anos. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo dados sociodemográficos e questões que envolvem o estado nutricional da criança, o qual foi respondido pelo responsável pela criança. Após os dados foram digitados no software Epi-info 7 e analisados no software SPSS por meio de análise de frequência. O presente projeto está alicerçado nos preceitos éticos da Resolução 466/2012, o qual recebeu aprovação pelo Comitê de Ética de Pesquisa, CAEE: 65255917.5.0000.5367 e parecer: 1.966.108.

Resultados e Discussão

Destaca-se que 82,3% dos questionários foram respondidos pela mãe, 16,7 % pelo pai e 1% por outro membro da família. Segundo a caracterização da criança aponta-se que 53,6% eram do sexo feminino, 74,6% das crianças receberam aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, 12,4% das crianças apresentavam alguma condição crônica de saúde e maior prevalência encontra-se nas doenças do sistema respiratório (8,9%), os pais relataram que 59,8 % das criança realizam alguma atividade física, as demais não realizavam nenhuma atividade. Em relação ao peso da criança foi possível observar que 57,9% apresentavam peso normal, 15% apresentavam excesso de peso e 11% apresentavam-se obesas. Os pais relataram que 93% das crianças tem o hábito de almoçar em casa, 63,2% tem o hábito de comer ou beber algo antes de dormir, e dormem em média mais de oito horas (55,5%). O alimento de maior preferência no café da manhã é o leite (72,7%), seguido do pão (64,6%), do café (32,5%) e da bolacha (29,7%), os demais alimentos apresentaram uma média de ingestão de 20 a 8% entre a preferência das crianças. Já no almoço o alimento de maior preferência da criança é o arroz (92,8%), seguido do feijão (87,1%), carne (86,6%) e massas (81,8%). De forma geral, foi avaliado quais eram as preferências da alimentação das crianças: brócolis (16%), chuchu (15,2%), carne e arroz (15%), sorvete (14,7%) e pizza (14,5%). A criança é um ser humano em pleno desenvolvimento, assim destaca-se que as experiências vividas nos primeiros anos de vida são fundamentais para a formação do adulto que ela será no futuro. Por isso, é importante que a criança cresça em um ambiente saudável, principalmente no que tange a sua alimentação[4]. Para que uma alimentação seja considerada saudável é necessário um equilíbrio entre os macronutrientes (carboidratos, lipídios e proteínas) e micronutrientes (vitaminas e minerais), bem como a ingestão de água, apesar de não ser considerada um alimento, é de extrema importância para nosso organismo. As pesquisas comprovam que a boa alimentação tem um papel fundamental na prevenção e no tratamento de doenças. Há milhares de anos, Hipócrates já afirmava que teu alimento seja teu remédio e que teu remédio seja teu alimento.

Conclusão

Ao final deste estudo, concluiu-se que o estado nutricional das crianças em idade escolar não é totalmente adequado, pois observou-se um número significativo de crianças caminhando para a obesidade infantil, perfazendo-se, pela fase adulta, resultando em uma qualidade de vida prejudicada e o aumento de doenças crônicas não transmissíveis, que são as maiores causas de internação hospitalar. As crianças são facilmente "moldadas" e impactadas diante dessas situações, portanto o ambiente escolar tem sido um forte aliado para a promoção da saúde, juntamente com a Atenção Básica de Saúde, mais especificamente o papel do profissional enfermeiro, frente a esta equipe que pode lançar mão de programas de educação e incentivo ao maior consumo de alimentos in natura ou minimamente processados, a prática de atividades físicas e a ingestão adequada de água, orientações essas que podem ser repassadas para os pais ou responsáveis pelas próprias crianças.

Descritores

Estado Nutricional; Crianças; Idade escolar; Obesidade.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Grillo, LP; et al. Estado nutricional e práticas de educação nutricional em escolares. O Mundo da Saúde, São Paulo. 2016; 40(2):230-238.

2 Brasil. Vigilância alimentar e nutricional--SISVAN, orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde [internet]. Ministério da Saúde. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf

3 Gazeta, ER; Passos, SD; Goncalves, VM. Principais temas em pediatria para residência médica. 1. ed. São Paulo: Medcel, 2009.

4 Brasil. Saúde da Criança: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento [internet]. Ministério da Saúde. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca

DANÇA CIRCULAR SAGRADA: MEDIDA TERAPÊUTICA NA SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Autores

Tainara Zamboni[1];
Talila Casagrande[2];
Kiciosan da Silva Bernardi Galli[3];
Renata Mendonça Rodrigues[4]

E-mail para correspondência

tainarazamboni@hotmail.com

Resumo

Introdução

Em 2006, o Brasil através do Ministério da Saúde (MS), instituiu o Programa Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), com o intuito de ampliar a resolubilidade o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo a qualidade, eficácia, eficiência e segurança nos serviços de saúde por meio do uso dessas práticas[1]. Passando a ofertar diferentes formas de cuidado com tecnologias leves, construindo assim um modelo de atenção integral, estimulando à promoção e prevenção a saúde de forma humanizada e individualizada. Em 2017, através da Portaria nº 849/2017, o MS ampliou o rol das práticas que fazem parte do PNPIC, incluindo a Dança Circular Sagrada[2]. A Dança Circular Sagrada nasceu na Europa em 1950, com Bernhard Wossien, que percebeu que a dança devia cumprir um papel de agregar as pessoas através da simplicidade e alegria. E através da união de diferentes ritmos deu origem a Dança Circular Sagrada[3]. A grande adesão das pessoas à dança se deu pela simplicidade dos movimentos, que são feitos em grupo e respeitam o espaço e o tempo de cada participante. Durante a dança é

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina;
4 Bióloga. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina.

perceptível à harmonização entre corpo, mente e coração[3-4]. Através da participação do Programa de Extensão Saúde e Equilíbrio, da UDESC, vivenciamos o dia a dia de crianças institucionalizadas em um abrigo, pensando em uma maneira de contribuir para o enfrentamento dessa realidade buscamos responder a seguinte questão: A Dança Circular Sagrada pode ser utilizada pela enfermagem como instrumento de cuidado com o intuito de melhora no estilo de vida de crianças e adolescentes institucionalizados? Partindo deste questionamento deu-se origem ao trabalho de conclusão de curso intitulado EU ENTREI NA RODA: Enfermagem no cuidado de crianças institucionalizadas[5]. A iniciativa deste trabalho em envolver a Dança Circular Sagrada no processo terapêutico de crianças institucionalizadas reforça a importância dos profissionais de saúde em não só buscarem ações que auxiliem na melhoria do estado biopsicoemocional, enxergando o indivíduo em sua integralidade, mas colocando-as em prática e assim atuando efetivamente na promoção da saúde. Dessa forma, seja utilizando a Dança Circular Sagrada ou outra estratégia de intervenção, o profissional da saúde torna-se de suma importância no processo de inserção e reabilitação no novo meio social das crianças institucionalizadas.

Objetivos

Este estudo teve como objetivo conhecer a relação da Dança Circular Sagrada no estilo de vida/comportamento de crianças que vivem em uma instituição beneficente, denominada casa lar do oeste de Santa Catarina.

Método

Pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória. As atividades aconteceram entre os meses de março e abril de 2018, onde foram realizadas rodas de Dança Circular Sagrada com 14 crianças e adolescentes com idade entre 06 e 17 anos. As rodas de dança aconteceram com data e hora previamente definidas junto à coordenação da instituição, e tiveram duração de 60 minutos, iniciando com danças expansivas, após danças mais lentas e finalizando com danças meditativas. Para coleta de dados utilizou-se um roteiro de entrevista com as crianças e adolescentes, que foi aplicado depois de cada roda de dança e outro com as mães sociais, aplicado antes do início da intervenção e após seis encontros de Dança Circular Sagrada. Para a análise dos dados utilizou-se a Análise de Conteúdo, seguindo as seguintes etapas: 1. Pré-análise; 2. Exploração do material; 3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Seres Humanos (CEPSH) da UDESC[5].

Resultados e Discussão

No primeiro momento foram descritos como ocorreram às rodas de Dança Circular Sagrada em cada encontro, o envolvimento das crianças e adolescentes com a dança, seus sentimentos relatados e percepções das mães sociais com relação às atividades realizadas. Após, realizou-se leitura do material coletado por meio das falas e da escrita das crianças e adolescentes, elaborando-se um quadro de palavras-chave (etapa 1 da análise do discurso), a partir destas palavras-chave originou-se ás categorias de análise (etapa 2 da análise do discurso). As categorias de análise seguiram a afinidade das palavras e o que as crianças e adolescentes queriam expressar, considerando os sentimentos expressados durante a roda. Dessa forma, os resultados encontrados foram que a dança trouxe: Felicidade; Aprendizado; Serenidade; Concentração; União, Espiritualidade; Mudança no estilo de vida e Falta de Esperança. As mães sociais relataram que a dança circular poderá trazer benefícios se for instituída como uma atividade frequente na Casa Lar, pois foi um tempo curto de intervenção para notarem mudanças significativas nos adolescentes que participaram das rodas de dança circular sagrada. E por ultimo discutiu-se as categorias de analise do conteúdo geradas utilizando referencial teórico da Dança Circular Sagrada, Enfermagem e Humanização. De modo que todas as categorias foram ao encontro dos achados da literatura[5].

Conclusão

O desenvolvimento do estudo possibilitou analisar que a Dança Circular Sagrada possui grande potencial terapêutico quando utilizada em grupo e que a enfermagem pode utilizar como ferramenta para o cuidado humanizado atuando como medida complementar para o tratamento de vários problemas de saúde e na prevenção de agravos se inserida de forma efetiva, assim como uma nova perspectiva de cuidado e promoção da saúde5.

Descritores

Saúde da Criança. Saúde do Adolescente. Terapia através da dança. Enfermagem. Terapias Complementares.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: PNPICS. Portaria nº 971, de 03 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

2 Ministério da Saúde. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares: PNPICS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

3 SILVA, Kelly Maciel. A Dança Circular no quotidiano da Promoção da Saúde da pessoa idosa. Doutorado em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

4 PESSOA JÚNIO J.M. et al. No compasso da humanização: reflexões sobre a dança circular e o processo cuidar em Enfermagem. Rv. Enferm UFPE On Line, Recife, 9(7):2149-54, jul., 2014.

5 ZAMBONI, Tainara; CASAGRANDE, Talila. GALLI, Kiciosan da Silva Bernardi; RODRIGUES, Renata Mendonça. Eu entrei na roda: Enfermagem no Cuidado de Crianças Institucionalizadas. 2018. 71p. TCC (graduação) Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Curso de Enfermagem, Chapecó, 2018.

COMPLICAÇÕES NO PÓS-OPERATÓRIO: uma abordagem sobre a taquicardia

Autores

Aline Paimel[1];
Deborah Cristina Santin[2];
Laura Cocco[3];
Rosana Amora Ascari[4]

E-mail para correspondência

aline_paymell@hotmail.com

Resumo

Introdução

As taquicardias são consideradas arritmias que causam alterações no ritmo cardíaco caracterizado pelo aumento da frequência maior que 100 batimentos por minuto na presença de pulso. Elas se originam acima do ventrículo, dando origem a taquicardia sinusal com a ativação do sistema simpático.[1] O nódulo sinusal está localizado próximo da veia cava superior, ocorrendo a excitação cardíaca normal no átrio direito, por atingir um grande potencial de ação e de despolarização, é considerado o marcapasso do coração gerando impulsos para o miocárdio. Em muitos casos pacientes submetidos ao procedimento cirúrgico tendem a apresentar taquicardia relacionada à dor aguda, febre, reposição volêmica insuficiente, que pode evoluir para choque hipovolêmico. Nesse contexto, a reposição volêmica é muito importante para manter a manutenção da homeostase eletrolítica, da função cardíaca e da perfusão tecidual adequada, evitando insuficiências nos tecidos. Na fase pós-operatória os pacientes podem sofrer de desidratação, vômitos, diarréia, sudorese e perdas sanguíneas aumentando assim a demanda do débito cardíaco (que está relacionado com a quanti-

1 Acadêmica da 7ª fase do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC);
2 Acadêmica da 9ª fase do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC);
3 Acadêmica da 4ª fase do curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC);
4 Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

dade de sangue ejetada durante um minuto pelo ventrículo esquerdo, sendo que, isso está correlacionado com o retorno venoso e ritmo cardíaco) para suprir a demanda de oxigênio nos tecidos, ocasionando no paciente arritmia, dentre elas, a taquicardia.[2]

Objetivos

Descrever o que a literatura aborda sobre os tipos de arritmias no pós-operatório, sinais e sintomas comuns nas taquicardias e intervenções de enfermagem para minimizar possíveis complicações no pós-operatório imediato.

Método

Para atingir os objetivos propostos foi realizada uma revisão narrativa de literatura no segundo semestre de 2018 para a compreensão de conceitos e também contribuindo para o aprimoramento do conhecimento baseado no conteúdo sobre taquicardia, a partir de busca em artigos científicos. Foram selecionados artigos nas bases LILACS, MEDLINE do ano de 2013 à 2017 nos idiomas espanhol e português. A referida revisão narrativa serviu de base para a construção de curso direcionado à profissionais de enfermagem atuantes em sala de recuperação pós-anestésica, vinculado ao Programa de Extensão Educação Continuada em Saúde (PEECS).

Resultados e Discussão

A literatura sinaliza que os sintomas relacionados na taquicardia, os quais englobam dificuldade respiratória, cianose, vertigens, fraqueza, sudorese, síncope e sinais de hipoperfusão periférica. Estima-se que a mortalidade pós-operatória continua considerável: 1,5% dos adultos submetidos à cirurgia não cardíaca em regime de internação hospitalar vão a óbito nos primeiros 30 dias.[3] Substâncias como albuterol, beta agonistas, beta adrenérgicos, anfetaminas, aumentam o risco de taquicardia, podendo desencadear hipoxemia, hipertermia, hipovolemia e vasodilatação, gerando também níveis altos de ansiedade, caracterizado por sentimento incômodo de desconforto ou temor, o que pode gerar nos pacientes emoções que irão acarretar uma recuperação mais lenta. Nesse sentido há um aumento em dias de permanência no ambiente hospitalar e suscetibilidade à complicações como infecções no sítio cirúrgico, com aumento do custo envolvido nesse processo.[4] Os pacientes que possuem os sintomas de taquicardias na maioria dos casos se mantêm estáveis com uso de medicamentos bloqueadores do nódulo sinovial e beta bloqueadores dos canais de cálcio com duração de meia vida curta como verapamil, diltiazem e esmolol, o que demanda avaliação médica em tempo. A duração das taquicardias se ultrapassarem 48 horas pode ocorrer a formação de trombos na região dos átrios, hipovolemia, alterações eletrolíticas doenças subjacentes como diabetes e hipertensão arterial são fortes pré-desencadeante.[4] A equipe de enfermagem é responsável por instituir manobras de suporte básico de vida e observar a frequência e regularidade do pulso se alterada verificar sinais de arritmias letais como rebaixamento de consciência, controlando o volume de líquidos ganhos e de perdas posicionando adequadamente o paciente no leito, anotando as variações na pressão sanguínea como hipotensão ortostática (ocorre uma queda acentuada na pressão arterial sistólica (PAS) maior ou igual a 20 mmHg podendo ou não causar também uma queda na pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 10 mmHg incluindo sintomas como tontura, borramento visual, tremores, astenia, palpitação, síncope, dor de cabeça, confusão mental e quedas).[5] Analisar função cardiovascular e risco iminente de arritmia após esforço do paciente e reduzir tal esforço e orientação adequada em tempo hábil minimiza as complicações decorrentes da taquicardia no pós-operatório.

Considerações finais

Pacientes que se submetem a cirurgia eletiva ou não eletiva podem ter sintomas relacionado a taquicardia mesmo a cirurgia não sendo cardíaca e é na fases do pré, trans e pós-operatória que a equipe de enfermagem se faz responsável pelo período de recuperação anestésico-cirúrgico do paciente garantindo uma assistência qualificada e atenta a qualquer alteração incomum em todo o período perioperatório, analisando se há potenciais de riscos na função cardiovascular do paciente. A consulta de enfermagem torna-se fundamental na singularidade de cada indivíduo para obter informações importantes no histórico familiar e análise dos exames pré-operatórios, contribuindo com a segurança do paciente no ambiente hospitalar. Assim, torna-se imprescindível que o profissional de enfermagem saiba reconhecer os sinais e sintomas de taquicardia, minimizando a ocorrência de outros agravos e consequentemente diminuindo a permanência do paciente nos serviços hospitalares, evitando complicações e o aumento de gastos aos sistemas públicos.

Descritores

Taquicardia; Enfermagem; Segurança do paciente.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc).

Referências

1 Teixeira L. Taquicardia sinusal e supraventricular: Texto de apoio ao curso de especialização Atividade Física Adapta e Saúde. Disponível em http://www.luzimarteixeira.com.br/wpcontent/uploads/2011/04/tapoiotaquicardia1.pdf&gt. Acesso em: 07 ago 2018.

2 Fernandes CR; Cordeiro Filho AR. Fisiologia da Reposição Volêmica: Aspectos Imunológicos. [*S. l.*], 2017, 279-9. Disponível em: http://www.saj.med.br/uploaded/File/novos_artigos/38.pdf. Acesso em: 24 fev 2019.

3 Passsos CSM; Costa MA; Santana JÁ. Avaliação cardiovascular perioperatória segundo as diretrizes da American College of Cardiology (ACC)/ American Heart Association (AHA) e da European Society of Cardiology (ESC)/ European Society of Anaesthesiology (ESA). 2017. Disponível em: http://rmmg.org/artigo/detalhes/2044. Acesso em: 09 ago 2018.

4 Lorentz NM; Vianna BSB. Disritmias Cardíacas e Anestesia. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rba/v61n6/v61n6a13.pdf. Acesso em: 09 ago 2018.

5 Nicoletti RL; Santos M; Soares PM. Hipotensão arterial no período pós-operatório imediato. Disponível em: https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/57902. Acesso em: 12 mar 2019.

ACESSO E ACOLHIMENTO NO PROCESSO TRANSEXUALIZADOR

Autores

Robson Lovison[1];
Tania Maria Ascari[2]

E-mail para correspondência

robson0910q@gmail.com

Resumo

Introdução

O acesso à saúde não se limita a receber a todos indistintamente, mas em se receber o sujeito integral, considerando as suas necessidades auto referidas, as suas características físicas, sociais, culturais, tendo as instituições de saúde e seus profissionais, a tarefa de promoção da saúde[1], o que envolve o acolhimento que se configura como um modo de agir do trabalhador da saúde que privilegia o bom relacionamento entre todos os envolvidos, sendo que sua promoção tem bases na postura ética, na comunicação, no compartilhamento de saberes. É a forma de receber e tratar aos seus companheiros de trabalho, aos seus usuários e a comunidade[2]. Caracteriza-se como a chave para o bom desenvolvimento das ações transformadoras, é o elo entre a comunidade e a sua entrada no atendimento e a prática em saúde em seus termos técnicos e científicos. Ao aproximar-se da comunidade, pelo acolhimento, o sistema de saúde democratiza a saúde e sua promoção. O acesso e o acolhimento somente se efetivam quando incluem todas as pessoas e todos os processos definidos como funções do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo Travestis e Transexuais e o processo transexualizador, instituído por meio da Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013[3] e da Portaria nº 457/SAS/MS, de 19 de agosto de 2008.

1 Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira. Mestre em enfermagem. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Objetivo

Descrever o acesso e acolhimento em saúde no processo transexualizador de acordo com o relato e percepção de uma transexual em atendimento.

Método

Estudo transversal, descritivo e exploratório de abordagem qualitativa, que teve como cenário a cidade de Chapecó, localizada no extremo oeste de Santa Catarina. Quanto aos procedimentos trata-se de um relato de caso em que foi utilizada como instrumento de pesquisa a entrevista semiestruturada com questões disparadoras, que serviram como orientadoras para o diálogo e as narrativas desejadas, sendo aplicada a uma transexual, maior de 18 anos, residente em Chapecó e em processo transexualizador. Foi realizada em março de 2018, gravada em dispositivo adequado e posteriormente transcritas primando pelo respeito aos princípios éticos da Resolução 466/2012, sendo o projeto de pesquisa foi à apreciação e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da UDESC sob parecer 2.291.714, CAAE nº 76873917.0.0000.0118 datado de 22 de setembro de 2017.

Resultados e Discussão

A entrevistada relata que o seu processo transexualizador iniciou em 2015, após dois anos de espera, desde o seu cadastramento. O tratamento é realizado em Porto Alegre, RS, distante cerca de 450 quilômetros de Chapecó, residência da entrevistada. O governo do Estado de Santa Catarina fica responsável pelo pagamento das passagens de ônibus para o deslocamento e ajuda de custo de R$ 40,00. A entrevistada relata que no início ia até Porto Alegre para o tratamento a cada 15 dias, mas pelo desgaste, passou a ir mensalmente e relata que a ajuda de custo pode não ser mais repassada o que a impediria de continuar o tratamento. Nesta fase do processo é atendida pela assistência social, pela enfermagem, médicos e endocrinologista. Além das conversas, há coleta de sangue e demais exames para verificar os níveis de hormônios. Relata que não sabe a duração do processo até a aprovação para a cirurgia que, no seu caso, é somente de mamas, já que, durante o processo, entendeu que não se "sentiria mais mulher, ao realizar a cirurgia transexualizadora" e que entendeu que "não é uma genitália que vai dizer se eu sou mulher, eu não eu me identifico através de uma genitália eu sou além disso". Em relação ao acesso e acolhimento, relata ter sido bem tratada por todos os profissionais, porém, as demais questões envolvidas não colaboram, já que, a distância para a realização do processo transexualizador, a demora em iniciar e encerrar o processo, a insegurança quanto a ajuda de custos, as constantes faltas de hormônios disponíveis no SUS e a solidão da viagem dificultam em muito o desenvolvimento do processo e mesmo o equilíbrio psicológico necessário para a compreensão de tudo o que está envolvido na decisão sobre a cirurgia transexualizadora; de outra parte relata que durante o processo falta informações acerca do processo em si, dos direitos e da Política Nacional de Saúde Integral da População Lésbica, Gay, Bissexual, Travesti e Transexual (LGBT).

Considerações finais

O relato revela que apesar de o atendimento dos profissionais da saúde envolvidos no processo transexualizador ser adequado, ainda está distante dos conceitos de acesso e acolhimento definidos pelas Políticas de Saúde. A insegurança se revela em muitos pontos como no tempo de espera para iniciar o processo e da realização do processo efetivamente que, pelo protocolo, deve durar dois anos e envolver o tratamento médico, hormonal e psiquiátrico. Ajuda de custo baixa e sem garantias, poucos centros responsáveis e preparados para realizar o atendimento e o processo transexualizador, falta de informação acerca dos direitos e do próprio processo e a falta de medicamentos são problemas que afetam diretamente o acesso e acolhimento em saúde. Neste cenário, a enfermagem tem papel fundamental para melhorar o atendimento, pois, ao enfermeiro cabe realizar ações junto as pessoas e grupos LGBT, com informações relativas a promoção da saúde, incluindo subsídios acerca dos direitos que lhes cabem dentro do sistema, de forma humanizada e especializada, garantindo assim uma assistência digna e individualizada, desde a atenção básica de saúde, até a média e alta complexidade, ações fundamentais para uma promoção integral de saúde de forma efetiva e com qualidade[5].

Descritores

Processo transexualizador; Acesso em saúde; Acolhimento.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde\ OMS – Organização Mundial da Saúde. Estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde. [Internet]. Washington, D.C: OPS; 2014. Disponível em: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task. Acesso em: 28 mar 2019.

2 Brasil. Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais. Brasília: 1. ed., 1. reimp. Ministério da Saúde, 2013. 32 p.: il.

3 Brasil. Portaria nº 2.803, de 19 de novembro de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2803_19_11_2013.html. Acesso em: 22 mar. 2019.

4 Brasil. Portaria nº 457, de 19 de agosto de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0457_19_08_2008.html. Acesso em: 22 mar 2019.

5 Alves CMR; Gonçalves MAM. O papel da enfermagem no rompimento dos preconceitos LGBT nos serviços de saúde. In: 16º congresso nacional de iniciação científica; São Paulo, Brasil, 2016 1-11.

ASPECTOS DE VULNERABILIDADES E RISCOS EM SAÚDE DE PROFISSIONAIS DO SEXO

Autores

Gabriel Gonçalves Santos[1];
Maria Luiza Bevilaqua Brum[2];
Lucimare Ferraz[3];
Andréa Noeremberg Guimarães[4];
Gabrieli Regina Perin Johann[5];
Bernarda Cesira Cassaro[6]

E-mail paara coerrespondência

gabrigoncalves30@hotmail.com

Resumo

Introdução

Esse estudo advém de um projeto de pesquisa intitulado "Populações Vulneráveis: analisando situações de risco e meios de enfrentamento no âmbito da saúde", que busca investigar sobre profissionais do sexo que em seu cotidiano enfrentam situações de vulnerabilidades e riscos adversos. Historicamente, as profissionais do sexo são estigmatizadas pela sociedade pela forma como desenvolvem seu trabalho, uma vez que, oferecem seu corpo em troca de seu sustento e/ou prazer sexual. É uma profissão que enfrenta desafios pela invisibilidade desta ocupação[1].

Objetivo

Apresentar os aspectos de vulnerabilidades e riscos em saúde enfrentados pelas (os) profissionais do sexo.

1 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Discente, Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Discente, Departamento de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Método

Pesquisa qualitativa, realizada em um município do oeste de Santa Catarina, no período de março a novembro de 2018, com 13 profissionais do sexo (10 mulheres e 3 transexuais) que estavam há pelo menos seis meses atuando na profissão. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas com perguntas abertas. As participantes foram abordadas em vias públicas, onde estavam aguardando clientes, ou contatadas via telefone após indicação de outra participante que havia sido entrevistada. As entrevistas foram realizadas nos locais de preferência das profissionais do sexo, sendo nas ruas, em suas residências ou restaurantes. Todas as entrevistas foram gravadas em gravador digital e transcritas. A interpretação das informações seguiu as etapas da análise de conteúdo: Pré-análise, Exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação[2]. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da UDESC sob parecer 2.418.590/2017.

Resultados e Discussão

Os resultados sinalizam que as profissionais do sexo desde que ingressam na profissão demonstram sofrimento iniciado no meio familiar devido a não aceitação dos seus familiares, resultando em saída precoce de casa. Para as transexuais essa situação é mais marcante pelo preconceito com sua sexualidade e sua identidade gênero não aceitas no meio social. Estas se sentem praticamente forçadas a saírem de casa e se prostituir para sobrevivência. Os principais fatores identificados como motivadores à prostituição foram à facilidade de obter dinheiro rápido, prazer na prática sexual e falta de emprego, emergindo a necessidade de sustento próprio e dos filhos. Ressalta-se que a maior parte das profissionais do sexo é constituída por mulheres de baixa renda que se encontram expostas às condições insalubres e precárias de vida e de trabalho[3]. As profissionais do sexo são consideradas um grupo vulnerável principalmente aos riscos que lhes são expostos diariamente. Dentre estes se destaca a violência física vinda por parte de alguns clientes que não as respeitam ou fazem o uso de álcool e outras drogas. Há também os riscos relacionados à exposição da sua saúde, mesmo que todas as entrevistadas relataram o uso de camisinha, algumas citaram momentos que já praticaram o sexo sem o uso do preservativo, por receberem mais dinheiro como forma de incentivo e por falta de conhecimento, pois de acordo com os relatos, a maior preocupação foi evitar a gravidez, sem a terem ideia de adquirirem uma infecção sexualmente transmissível. As transexuais apresentam maiores preocupações com a saúde em relação a adquirirem HIV/Aids, uma vez que os LGBT's sofrem discriminação na sociedade e nas próprias entidades de saúde, portanto, evitam comparecer a estes locais. As profissionais mulheres, por sua vez, evitam terem suas identidades reveladas nas instituições de saúde a fim de evitar um constrangimento já vivenciado em experiências passadas. Foi possível observar que há uma hierarquização na convivência entre as profissionais do sexo nos lugares em que a pesquisa foi desenvolvida. Durante os momentos de trabalho, cada uma tem seus respectivos lugares "marcados" para se exibirem e esperar por clientes. Essa forma de organização é imposta pelas profissionais do sexo mais antigas e, caso haja um desacordo destas regras, a profissional é forçada a trabalhar em outra área. Caso ela se recuse a sair, acaba entrando em um conflito com as demais profissionais que podem inclusive agredi-la fisicamente. Algumas mantinham parcerias com motéis próximos ao local da rua onde ficavam expostas, a fim de levar o cliente e gerar lucro a essa entidade. Nesse contexto, emergem situações que requerem cuidados a saúde dessas profissionais do sexo com: prevenção das IST, situações de violência de ordens diversas, tratamentos hormonais no caso das transexuais e orientação a respeitos dos métodos anticoncepcionais. Ressalta-se a importância de profissionais capacitados nas entidades de saúde para o atendimento desse público com suas respectivas demandas e direitos humanos.

Conclusão

A pesquisa traz informações a respeito da vivência das profissionais do sexo durante seu percurso de vida e demonstrou as vulnerabilidades, riscos e meios de enfrentamentos vividos em seu cotidiano. A maior preocupação das profissionais entrevistadas é com a possibilidade de uma gravidez. No caso das transexuais suas demandas são voltadas principalmente para os tratamentos hormonais. Destarte, é possível perceber a necessidade de profissionais de saúde preparados nas unidades de saúde que entendam do contexto e consigam realizar um atendimento eficaz, a fim de atender todas as necessidades e demandas das profissionais do sexo.

Descritores

Profissionais do sexo; Saúde; Riscos ocupacionais; Profissionais de saúde.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Villela, W; Monteiro, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/Aids entre mulheres. Epidemiol. Serv. Saúde [Internet]. 2015; 24(3):531-40. Disponível em: https://scielosp.org/pdf/ress/2015.v24n3/531-540/pt

2 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014. 407p.

3 Villa, EA; Cândido, Maria CRM; Siste, LF. A assistência à saúde das profissionais do sexo no Brasil: uma revisão integrativa. Journal Nursing and Health [Internet]. 2016; 1(1):92-102. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/6054

PERCEPÇÃO DE GESTANTES QUANTO AS ORIENTAÇÕES E APOIO DA ENFEMAGEM DURANTE O PRÉ-NATAL DE RICO HABITUAL

Autores

Alana Fabíola da Silva[1];
Aline Schlosser[2];
Érika Eberlline Pacheco dos Santos[3];
Leidimari Meneghini[4];
Camila Amthauer[5];
Raquel Werner[6]

E-mail para correspondência

alanah_smo@hotmail.com

Resumo

Introdução

Um pré-natal de qualidade tem como objetivo prevenir complicações e mortes materno-fetais. Para diminuir essas complicações durante a gravidez e no puerpério foram criados protocolos que determinam os tipos de cuidados que são oferecidos em cada etapa do sistema de saúde, os quais são importantes para repassar informações e apoio para uma atenção adequada a cada gestante e puérpera[1]. No momento em que a gravidez é confirmada o enfermeiro tem um papel fundamental no desenvolvimento do pré-natal, no qual se desempenham nas funções de prevenir doenças, proteger e promover a saúde da gestante. Durante o acompanhamento que ela deverá fazer no pré-natal as informações devem ser claras e o atendimento feito de forma acolhedora e integral, com o objetivo de garantir uma qualidade na assistência[2]. Para isso, os enfermeiros têm respaldo legal e

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São Miguel do Oeste;
2 Acadêmica de Enfermagem pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São iguel do Oeste;
3 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São Miguel do Oeste;
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São iguel do Oeste;
5 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São iguel do Oeste;
6 Enfermeira. Graduada pela Universidade do Oeste de Santa Catarina, Unoesc São iguel do Oeste.

deve possuir fundamentação teórica e científica para oferecer acompanhamento e auxílio as gestantes que fazem o pré-natal de risco habitual nas Unidades de Saúde[1].

Objetivos

Descrever as percepções das gestantes no que se refere às orientações e apoio prestados pela Enfermagem no pré-natal de risco habitual.

Método

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, de abordagem qualitativa. Participaram do estudo gestantes pertencentes à área de abrangência das Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do Extremo Oeste Catarinense, os critérios de inclusão foram ser maior de 18 anos, estar no 3º trimestre de gestação e que estivessem realizando o acompanhamento do pré-natal em uma ESF do município. A coleta de dados ocorreu nos meses de junho e agosto de 2017, por meio de entrevistas semiestruturadas. As entrevistas foram individuais e audiogravadas em aparelho mp3, e, posteriormente foram realizadas as transcrições. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin. A pesquisa atendeu a Resolução nº 466/12, sendo aprovada pelo Comitê de Ética sob o número de parecer: 2.094.227 e CAAE: 68127917.1.0000.5367.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 12 gestantes, as quais ao serem questionadas sobre a influência do trabalho da enfermagem no período de pré-natal, ambas relataram que os enfermeiros (as) são umas das primeiras pessoas a quem recorrem quando necessitam de apoio em momentos em que estão nervosas e quando sentem medo de não conseguir amamentar o bebê por vivências passadas. Na compreensão das gestantes, tal apoio transmite confiança, fazendo com que elas se sintam mais à vontade para sanar dúvidas. É no pré-natal que a mulher precisa receber, além de outros cuidados, o apoio necessário para levar adiante uma gravidez saudável. Assim, durante a assistência pré-natal o enfermeiro deve ouvir a gestante e transmitir apoio e confiança a ela deve dedicar-se no tratamento da gestante e estar disposto a compreendê-la, estabelecendo uma relação de confiança ajudando-a a conduzir a maternidade com empoderamento[3]. A partir de relados os enfermeiros fornecem orientações como são referentes à alimentação, amamentação, cuidados do bebê após o nascimento. Além de orientarem sobre testes feitos no bebê nas primeiras horas de vida, exames e consultas que devem ser realizadas durante a gestação, sobre a ansiedade no momento do parto e exercícios que podem ajudar no trabalho de parto. No entanto, muitas das dúvidas das gestantes são sanadas por meio da internet, revistas, artigos e troca de experiências com outras mães. O enfermeiro é um profissional apto para atender a mulher, desempenhando um papel de extrema importância na área de prevenção e de promoção da saúde, além de ser um agente de educação. Assim, há necessidade dos enfermeiros das ESF se inserirem de forma efetiva no contexto de assistência pré-natal, tendo maior envolvimento com a saúde das gestantes. É necessário que o enfermeiro se mostre acessível para criar uma interação afetiva com a gestante, para isso deve ser capaz de valorizar a subjetividade e estar disposto a fornecer orientações e compreender a gestante[4]. No entanto, em alguns relatos o papel do enfermeiro é percebido pelas gestantes como profissional não acessível. Mesmo que as gestantes compreendam que podem contar com o apoio dos enfermeiros, relatam que, na maioria das vezes, as orientações que recebem são fornecidas pelo médico, não tendo muito vínculo com a enfermagem, as quais nem sempre se mostram disponíveis. No período gestacional somente o conhecimento técnico científico do enfermeiro não é suficiente para atender as necessidades das gestantes. É necessário que ele demostre atitudes de sensibilidade e afetividade desde o início do pré-natal, mediante a escuta dos problemas, observação das reações e oferecimento de apoio, os quais possibilitarão uma boa relação entre enfermeiro e gestante[5]. Diante dos relatos apresentados é possível perceber um cuidado ainda centrado em fatores objetivos, sendo necessário uma atenção além do modelo biomédico, sendo esse realizado de forma integral e humanizada.

Conclusão

Na vida da mulher o ciclo gravídico-puerperal é uma fase repleta de dúvidas. Por isso a participação do profissional de enfermagem durante esse período desenvolve um trabalho de fundamental importância na promoção de saúde, por meio de orientações e educação à gestante nos serviços de saúde, essas ações educativas têm como objetivo promover uma vivência mais tranquila e benéfica para a mulher. A assistência no pré-natal realizada pelo profissional deve ser realizada com competência, dedicação e principalmente humanização, pois cada gestante e puérpera tem necessidades diferentes. As ações desenvolvidas possibilitam adquirir saberes e fortale-

cimento das atitudes maternas, mas também incentivam o empoderamento das mesmas. Competente a ele orientar claramente cada gestante, a fim de reconhecer precocemente problemas ou alterações que possa surgir, lhe encorajando a enfrentar de modo a evitar ou minimizar possíveis consequências ou complicações.

Descritores

Gestantes; Assistência de enfermagem; Pré-natal.

Eixo temático

Produção de conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Referências

1 Aquino Cunha M, Dotto LM, Mamede MV, Mamede FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. 2009;13(1):145-53.

2 Vieira SM, Bock LF, Azambuja Zocche D, Utz Pessota C. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto & Contexto Enfermagem. 2011;20.

3 Molina LM, Souza SR. Consumo de álcool na gestação: ações de enfermagem no pré-natal–um estudo bibliográfico. Rev. de Pesq.: cuidado é fundamental. Online. jan/mar. 2010 Jan;2(1):655-65.

4 Martins QP, Ferreira GS, de Araújo Aragão AE, Gomes FM, de Araújo LM, Ferreira FI. Conhecimentos de Gestantes no Pré-Natal: evidências para o cuidado de enfermagem. SANARE-Revista de Políticas Públicas. 2015 Nov 24;14(2).

5 Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MA, Lucena NB. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Revista Mineira de Enfermagem. 2012;16(3):315-23.

PROFISSIONAIS DO SEXO E A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: uma revisão exploratória

Autores

Bernarda Cesira Cassaro[1];
Maria Luiza Bevilaqua Brum[2];
Rosana Amora Ascari[3];
Lucimare Ferraz[4];
Gabriel Gonçalves[5];
Gabrieli Perin[6]

E-Mail para correspondência

bernardaadm44@gmail.com

Resumo

Introdução

O exercício da prostituição consiste na prática sexual remunerada, a qual geralmente, não requer a existência de vínculos afetivos entre as pessoas que a praticam.[1] Pode ser realizada pelo trabalhador de forma ocasional ou regular (independentemente da frequência ou esporadicidade) e nos mais diversos espaços e situações.[2] O exercício da prostituição frequentemente ocorre de maneira marginalizada, podendo ser caracterizado pela exposição a fatores de risco social, individual e programático. Estes profissionais estão sujeitos a violências oriundas dos clientes e do meio social em que estão inclusos, que estigmatizam a profissão e creem que a troca por dinheiro lhes confere direitos sobre as mesmos.[1] Os profissionais de enfermagem são referência de assistência principalmente quando relacionados a coordenação de ações que visem a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de saúde em indivíduos.[3]

1 Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
2 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
3 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
4 Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
5 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste;
6 Acadêmico de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina, Udesc Oeste.

Objetivo

Analisar o que a literatura científica brasileira aborda sobre a assistência de enfermagem às profissionais do sexo.

Metodologia

Revisão exploratória[4] realizada por meio da coleta de dados nas bases Base de dados de enfermagem - BDENF, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, Literatura Internacional em Ciências da Saúde - MEDLINE através da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, utilizando os seguintes descritores: "Profissionais do sexo AND Enfermagem". A coleta e avaliação foram realizadas no período que compreende os meses de agosto à outubro de 2018. Os critérios de inclusão compreendiam artigos publicados nos últimos seis anos em português, garantindo a análise das publicações brasileiras atuais com este público.

Resultados e Discussões

Através da busca de dados foram encontrados oito artigos, sendo selecionados dois que correspondiam aos critérios de inclusão propostos. As publicações correspondem aos anos de 2012 e 2016, estas incluem uma Revisão Integrativa e um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa realizado no Estado do Piauí, localizado na região Nordeste do Brasil. Somente um dos estudos tem como foco principal a assistência de profissionais de saúde nesta população.[1] Após a avaliação detalhada dos estudos, constatou-se que as publicações limitam-se a relação entre Prostituição e Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Prostituição e Violência, além do foco direcionado somente as profissionais mulheres, podendo, desta maneira, dividir os estudos em duas categorias denominadas: Profissionais do sexo e as Infecções Sexualmente Transmissíveis e Profissionais do sexo e a Violência. No que se refere ao contexto das Infecções, os estudos trazem o foco para a disseminação das ISTs e não na prevenção ou promoção de saúde relacionadas as mesmas, fato que inclui as profissionais no grupo de ações limitadas de saúde, circunstância que pode ser explicada pela marginalização da profissão, que acaba por impedir o acesso igualitário aos meios de saúde, tanto no contexto de prevenção quanto no de recuperação, e o fornecimento de ações que compreendam a individualidade e a especificidade desse público. No que se refere à violência, o tema não é tratado como questão de saúde física mesmo que reconhecida como problema constante enfrentado pelas profissionais.[5] Embora a violência física esteja presente na vida das profissionais, não aparece como a mais frequente se comparada às violências psicológicas e verbais. É válido ressaltar que a busca por auxílio jurídico, policial e saúde é escasso, tendo como causa a vergonha e a submissão social imposta para a profissão. O baixo grau de escolaridade das profissionais, assim como as necessidades econômicas e o desejo de ascendência social podem ser associados ao início do exercício profissional, fatores que fomentam a subjugação das profissionais perante a sociedade.[1] As trabalhadoras trazem a tona durante a pesquisa que sofrem rejeição de vizinhos e por vezes de familiares. A característica dos agressores inclui principalmente homens, que na maior parte das vezes já conhecem as profissionais ou tiveram vínculos afetivos com as mesmas. Os estudos concluíram que é comum a violência nessa população, mas, em contrapartida, o direcionamento a assistência dos agravos causadas por ela ainda não são existentes.[1] Ressaltam ainda em suas considerações finais a importância do aumento da pesquisa com esta população, focando principalmente na associação entre violência e saúde, salientando a importância da promoção de saúde. É válido mencionar a necessidade de capacitação dos profissionais de enfermagem desde sua formação para que possam atender este público dentro de suas necessidades específicas e intervir diretamente nos mais diversos ambientes de trabalho dessa população assim como habilitar as equipes que compõem as redes de atenção à saúde para enfrentar situações de violência, além de implementar ações que evitem surtos de ISTs. É importante salientar que apesar da escassez de materiais disponíveis, os estudos existentes se completam, de modo que os dois artigos encontrados consigam destacar as principais vulnerabilidades e trazer informações importantes para a pesquisa com este público, evidenciando as fragilidades em que estão expostos. A exclusão de profissionais do sexo masculino, assim como homossexuais, transgêneros, transexuais e travestis do conteúdo das publicações fomentam a insipiência e a ineficácia dos estudos voltados a este público e suas individualidades. O conhecimento prévio referente a esta população serviu como subsídio para a análise e interpretação do conteúdo.

Considerações finais

Através da revisão foi possível conhecer as publicações existentes sobre a temática e atentar a escassez de materiais, salientando a falta de foco direcionado a assistência a este público, dificultando a com-

preensão de métodos para assistir a esta população. Pode-se destacar que a violência não é apresentada como agravo à saúde, mesmo que esta seja uma das grandes responsáveis pelas debilidades permanentes na saúde física e psicológica, capazes de afetar o indivíduo de forma integral. Deste modo, se observa que o contexto em que as profissionais estão inseridas dificulta a análise do seu cotidiano, prejudicando o desenvolvimento de ações que compreendam as necessidades de saúde individuais que acometem este público, tornando-se fundamental analisar o ambiente e as situações em que estas profissionais estão expostas além de investigar os meios de enfrentamento alternativos utilizados pelas mesmas, fomentando, deste modo, as pesquisas direcionadas a esta população, favorecendo intervenções específicas de Enfermagem.

Descritores

Profissionais do sexo; Enfermagem; Violência; Pesquisa.

Eixo temático

Produção do conhecimento, métodos e técnicas de pesquisa.

Financiamento

Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC)

Referências

1 Penha, JC et al. Caracterização da violência física sofrida por prostitutas do interior piauiense. Rev Bras Enferm. Brasília, 2012.

2 Belém, JM et al. Prostituição e saúde: representações sociais de enfermeiros/as da estratégia saúde da família. Rev baiana Enferm, 2018.

3 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais - Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

4 Gil, AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

5 Villa, EA et al. A assistência à saúde das profissionais do sexo no Brasil: uma revisão integrativa. Journal of Nursing and Health, 2016.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-8302-170-4



UDESC
UNIVERSIDADE
DO ESTADO DE
SANTA CATARINA

OESTE
CENTRO DE EDUCAÇÃO
SUPERIOR DO OESTE

Associação Brasileira
das Editoras Universitárias