

19ª SEMANA DE ENFERMAGEM



Local: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

12 a 14 de maio de 2008



Resumos 2008

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

“Enfermagem na Proteção e Segurança à Saúde”

12 a 14 de maio de 2008

Local
Anfiteatro Carlos César de Albuquerque
Hospital de Clínicas
Porto Alegre – RS

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)

Presidente: Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado

Vice-Presidente Médico: Amarílio Vieira de Macedo Neto

Vice-Presidente Administrativo: Fernando Andreatta Torelly

Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação: Nadine Oliveira Clausell

Coordenadora do Grupo de Enfermagem: Ana Maria Müller de Magalhães

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

Reitor: José Carlos Ferraz Hennemann

Vice-reitor: Pedro César Dutra Fonseca

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RGS (EE-UFRGS)

Diretora: Liana Lautert

Vice-diretora: Eva Neri Rubim Pedro

S471e Semana de Enfermagem (19. : 2008 : Porto Alegre)

Enfermagem na proteção e segurança à saúde : resumos
[recurso eletrônico] / 19. Semana de Enfermagem ; [organização]
Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre,
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande
do Sul ; coordenadora do evento : Ninon Girardon Rosa. – Porto
Alegre : HCPA ; UFRGS, Escola de Enfermagem, 2008.
1 CD-ROM

1. Enfermagem – Eventos. 2. Saúde do trabalhador. 4. Segurança
do trabalho. I. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. II. Universidade
Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. III. Rosa,
Ninon Girardon. IV. Título.

NLM: W3

Catálogo pela Biblioteca da Escola de Enfermagem.

PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO

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

APRESENTAÇÃO

19ª SEMANA DE ENFERMAGEM: ENFERMAGEM NA PROTEÇÃO E SEGURANÇA À SAÚDE

É com grande satisfação que iniciamos hoje a 19ª Semana de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS e do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre com a temática “**Enfermagem na Proteção e Segurança à Saúde**”.

No ambiente de trabalho em enfermagem os profissionais e pacientes estão sujeitos a diversos tipos de riscos físicos, químicos e biológicos, relacionados a agentes medicamentosos e/ou a materiais orgânicos presentes durante os cuidados. Embora as publicações encontradas na literatura enfocando biossegurança sejam voltadas predominantemente para a prevenção de transmissão de doenças e de exposição a estes agentes, a exposição a situações administrativas difíceis influenciam o equilíbrio emocional dos gerentes e da equipe de saúde, por isso necessitam atenção especial. As conseqüências do equilíbrio, ou desequilíbrio dos trabalhadores, para os pacientes, podem ser positivas ou negativas. O impacto das ações nesse âmbito, portanto, serão decisivas para o cuidado seguro.

O enfoque do cuidado profissional seguro, protetor para os pacientes, buscando o equilíbrio como qualidade de vida do trabalhador de enfermagem será a tônica do nosso evento.

Aspectos relacionados aos cuidados de enfermagem, à gestão da assistência, ao ensino e à pesquisa serão abordados por nossos convidados, profissionais de destaque regional e nacional, demonstrando a preocupação atual da enfermagem e da nossa sociedade em discutir e proporcionar qualidade de vida no trabalho e condições seguras aos trabalhadores e pacientes no desenvolvimento de ações de saúde.

Refletir sobre Proteção e Segurança à Saúde significa buscar caminhos para promover saúde, prevenir agravos, divulgar nossas melhores práticas, encontrar novas alternativas, aprender com os estudos, referenciais teóricos e com as vivências que vão ser compartilhadas nestes três dias de encontro. Discutir sobre Proteção e Segurança à Saúde é

um exercício de cuidado com a equipe de saúde, com os pacientes e com o ambiente. Repensar continuamente o nosso processo de trabalho é um compromisso profissional, visto que a enfermagem envolve não só o desenvolvimento de uma atividade especializada, mas o cultivo de uma atitude de cuidado, que demonstra a eterna preocupação com a proteção e o bem estar das pessoas.

Quem cuida e é cuidado cresce!

Desejamos a todos uma boa Semana de Enfermagem!

Liana Lautert
Diretora da Escola de Enfermagem
UFRGS

Ana Maria Muller de Magalhães
Coordenadora do GENf/HCPA

Ninon Girardon da Rosa
Coordenadora da Semana de
Enfermagem

COMISSÃO ORGANIZADORA

Coordenadora

Ninon Girardon da Rosa

Vice-Coordenadora

Heloisa Helena Karnas Hoefel

Membros da Comissão

Adriana Marinho Alcara

Adriana Tessari

Amália Zarichta Soares

Ana Paula Fortunato

Angélica Pires Ghinato

Anne Marie Weissheimer

Ariane Teixeira

Carmen Maria Dornelles Prolla

Celina Marques Schondelmayer

Clarice Ávila Fonseca

Daniela dos Santos Marona

Dirce Nelci Port Maciel

Doris Baratz Menegon

Elenara Franzen

Eliane Bernardo Matos

Eliane da Silva Moraes

Eliane Goldberg Rabin

Elizeth Paz da Silva Heldt

Emi da Silva Thomé

Emília Michielin

Fernanda Rosa Indriunas Perdomini

Gisela Maria Schebela Souto de Moura

Gleci Beatriz Luz Toledo

Helena Becker Issi

Isabel Cristina Echer

Jacqueline Cristina Markus

Junior César Mesquita Lopes

Karen Patrícia Macedo Fengler
Kátia Kosciuk Lima
Liana Lautert
Lorena Koglin
Márcia Weissheimer
Margery Bohrer Zanetello
Maria de Fátima Ferreira Grillo
Maria Luiza Ludwig
Maria Luiza Schmitt
Maria Luzia Chollopetz da Cunha
Mariene Jaeger Riffel
Marlise Meyer
Marta Regina Freitas Johann
Melânia Maria Jansen
Myrna Lowenhaupt D'Ávila
Nair Regina Ritter Ribeiro
Regina Witt
Rosalba Righi
Rosmari Wittmann Vieira
Rossana Rosa Bercini
Sandra Liege Grandini Fiúza
Silvete Maria Brandão Schneider
Simone Algeri
Sivonia Maria Hartmann
Solange Klockner Boaz
Solange Pilati
Soleci Maria Scarsi Barboza
Sônia Beatriz Cocaro de Souza
Suzana de Azevedo Zachia
Suzana Fiore Scain
Valéria de Sá Sottomaior
Vanessa Kenne Longaray
Vera Lúcia Mendes Dias
Vera Maria Bruxel

MONITORES

Adriana Biondo
Alessandra Tomazi Franceschi
Aline Maser de Souza
Ana Lúcia Garcette
Ana Lúcia Muller
Arlia Rodrigues
Camila Coelho de Souza
Camila Silvelo
Carla Basso
Carolina Caon
Caroline Pozza
Charlise Pasuch
Daiana da Silva Lúcio
Daiane Bertuzzi
Daiane da Rosa Monteiro
Denise Silveira Garczynski
Estevão Costa
Eveline Rodrigues
Fernanda M. Oviedo
Francine Melo
Giordana Anakin
Haila Silva
Jaqueline Gluszczyk
Joannie Fachi
Joice M. Schalfuss
Karen C. Carvalho
Katsuy Meotti Dói
Lauren V. Ruas
Luciana B. dos Santos
Maria Nardi
Michele Malta
Natália P. dos Santos
Paula Cardoso
Rodrigo R. Lemos
Stella Regathi
Tatiane P. Marçal
Tiago Maurer
Valderlane Bezerra Pontes Neto
Vandréia Machado
Vanessa M. Catalan

SUMÁRIO

PROGRAMA DA SEMANA	16
CURSOS:	19
- Cuidado de Enfermagem na Avaliação e Tratamento de Feridas	20
- Cuidado aos Pacientes Portadores de Ostomias/Desafios para a Equipe de Enfermagem	23
- Diagnóstico de Enfermagem com Ênfase no Julgamento Clínico	26
- Consulta de Enfermagem ao Paciente com Diabetes Mellitus	28
- A Dor como o 5º Sinal Vital: Qualidade no Cuidado de Enfermagem	31
- Publicações de Artigos Científicos.....	34
- Indicadores de Qualidade Assistencial em Enfermagem.....	37
PALESTRAS:.....	39
- Segurança do Paciente.....	40
- Acidentes Domésticos em Idosos com Diagnóstico de Demência.....	42
- Efeitos do Trabalho em Turnos nos Profissionais da Saúde.....	45
- Gerenciamento, Segurança e Saúde.....	47
RESUMOS:.....	49
<i>ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA.....</i>	50
- A Equipe de Enfermagem e a Família no Cuidado da Criança Hospitalizada.....	51
- A Inserção do Lúdico no Cuidado à Criança com Câncer: A Experiência de Acadêmicos de Enfermagem	52
- A Trajetória Histórica da Dor em Diferentes Culturas: Ponto de Partida para um Olhar Diferenciado em Pediatria.....	55
- Alimentação do Lactente com Fissura Labiopalatina: Orientações para os Cuidadores.....	59
- Anemia Ferropriva na Infância: Um Problema de Saúde Pública	62
- Atenção ao Infante Vítima de Violência Intrafamiliar.....	65
- Atividade Interdisciplinar na Prevenção de Acidentes em Crianças de 0 a 6 anos.....	66
- Caracterização do Familiar e da Criança com AIDS em Tratamento Anti-retroviral no Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Dados Preliminares.....	69
- Depressão Pós-Parto: Repercussões para o Desenvolvimento Cognitivo e Psicobiológico do Bebê.....	72
- Diabetes Mellitus da Infância e na Adolescência Manejo e Cuidados de Enfermagem: Uma Revisão da Literatura.....	75
- Fadiga no Paciente oncológico Pediátrico: Revisão da Literatura.....	76
- Hospitalização de Crianças por Doenças Graves Efeitos tardios na Família.....	77
- Intervenções de Enfermagem no Cuidado a Criança e Família com Doença Celíaca.....	78
- Introdução da Alimentação Complementar para o Lactente.....	79
- O Brinquedo como Instrumento de Qualificação do Cuidado em UTI Pediátrica: Relato de Experiência.....	80
- O programa de Transplante Hepático Infantil: A Enfermagem Ampliando Espaços de Cuidado.....	81
- Prevenção de Úlceras de Pressão: Um Olhar Qualificado para o Cuidado da Pele em Pediatria.....	82
- Quadro Pediátrico de Varizes Esofágicas como Complicação de Hipertensão de Veia Porta: Um Estudo de Caso.....	85
- Recém-nascido com Transposição dos Grandes Vasos-Identificação de Sinais e Sintomas pela Equipe de Enfermagem e Principais Cuidados.....	88

- Trocando Experiências e Saberes: Grupo de Pais de Crianças Dependentes de Tecnologia.....	89
- Uso do PICC Valvulado em Criança com Doença Hematológica Estudo de Caso.....	92
- A Criança com Dor: Entendendo sua Subjetividade.....	95
- Inserção de Acadêmicas de Enfermagem em uma Escola Pública no Município de Porto Alegre.....	96
- Prevenção da Varicela em Crianças Imunocomprometidas.....	97
ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER.....	98
- A Participação do Pai no Pré-Natal.....	99
- Acadêmicos de Enfermagem Atuando em Alojamento Conjunto – Relato de Experiência.....	102
- Câncer de Colo Uterino e Portadoras de HIV/AIDS.....	105
- Doença Hipertensiva Específica da Gestação.....	106
- Implicações da Depressão Pós-Parto no Desenvolvimento Comportamental do Bebê.....	107
- Levantamento dos Resultados do Exame Citopatológico de Colo de Útero Realizados em Uma UBS na Disciplina Prática de Saúde da Mulher.....	108
- Mães HIV Positivas e a Privação de Amamentar: Eficácia da Orientação.....	109
- Qualidade da Atenção Pré-Natal na Saúde Suplementar: Percepções das Usuárias	110
- HIV e Amamentação: O Dilema das Mães Soropositivas.....	111
- Violência de Gênero.....	112
- A Experiência das Enfermeiras em Identificar as Manifestações da Dor do Recém-Nascido	113
- Mulheres em Situação de HIV/AIDS.....	116
- Mulheres Portadoras de HIV/AIDS e o Uso de Métodos Anticoncepcionais.....	120
- Parir e Nascer: O Modelo Biomédico e a Fragmentação do Cuidado Obstétrico sob o Olhar Histórico.....	121
- Percepção dos Acadêmicos sobre a Coleta de CP na Consulta de Enfermagem.....	124
- Percepção das Puérperas sobre o Uso Métodos Não Farmacológicos para Alívio da Dor.....	125
- Processo de Enfermagem: Gestantes com Rupturas de Membranas Amnióticas.....	128
- Vivenciando o Aleitamento Materno.....	130
ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO.....	131
- A Medida Indireta da Pressão Arterial e a Técnica Palpatória Auscultatória: Atualidades e Perspectivas.....	132
- Acolhimento de Familiares no CTI: Relato de Experiência.....	133
- Adesão ao Tratamento em Participantes de um Grupo de Hipertensos de um Centro de Saúde em Porto Alegre.....	134
- Artrite Reumatóide e o Papel do Enfermeiro no Cuidado aos Portadores.....	135
- Assistência ao Paciente com Úlcera em Pé Diabético	136
- Assistência de Enfermagem em um Paciente em PO de Artroplastia Total de Quadril.....	137
- Assistência de Enfermagem em um Paciente em PO de Osteotomia de Pelve.....	138
- Câncer do Colo Uterino com Comprometimento Renal-Estudo de Caso.....	139
- Consulta de Enfermagem ao Paciente com dor Oncológica: Relato de Experiência.....	140
- Consulta de Enfermagem no Pré e Pós-Operatório de Artroplastia Total de Quadril.....	141
- Consumo de Medicamentos em Grupos de Idosos de Classe E de Porto Alegre.....	142
- Cuidados a Pacientes com Câncer Colorretal e Diagnóstico de Enfermagem de Negação Ineficaz.....	143
- Cuidados ao Paciente com Eliminação Urinária Prejudicada e Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos.....	144
- Cuidados de Enfermagem na Aplicação da Crioterapia.....	147
- Cuidados de Enfermagem ao Paciente Vítima de Trauma.....	148
- Cuidados de Enfermagem com Ferida Operatória Pós-Perfuração de Úlcera Péptica e Fístula Gastroduodenal com Ênfase no Curativo.....	149
- Diagnóstico de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association e Necessidades Humanas de Pacientes Idosos.....	152
- Diagnósticos de Enfermagem de um Paciente com Doença Renal Crônica: Um Estudo de Caso.....	155

- Diagnóstico de Enfermagem e Cuidados Relacionados ao Pós-Operatório Imediato de Hemicolecomia Direita.....	156
- Diagnósticos de Enfermagem Relacionados à Hipertensão Portal e Varizes Esofágicas Sangrantes: Um Estudo de Caso.....	157
- Dor no Pós-Operatório: Algumas Possibilidades de Intervenção de Enfermagem.....	158
- Enfrentando a Cirurgia: O Papel da Orientação da Enfermeira Projeto de Pesquisa.....	161
- Estudo Clínico-Diagnóstico de Enfermagem do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: Paciente com AVC Agudo Submetido à Terapia Trombolítica.....	162
- Flictenas: Desbridamento ou Conservação?.....	163
- Infarto Agudo do Miocárdio no Pós-Operatório de Cirurgia cardíaca: Diagnóstico de Enfermagem.....	164
- Interações Medicamentosas: Uma Visão da Enfermagem.....	165
- Intervenções de Enfermagem nas Complicações do Pós-Operatório de Cirurgia Corotídea: Um Estudo Baseado em Evidências.....	166
- Motivos que Contribuíram para o Abandono do Tabagismo em Funcionários do HCPA.....	169
- O Diagnóstico de Enfermagem “Fadiga” Relacionado ao Paciente Oncológico.....	170
- Pacientes na Lista de Espera para Transplante Renal e o Perfil do Teste Tuberculínico.....	171
- Presença de Eventos Adversos como Indicador de Qualidade Assistencial na Hemodinâmica.....	172
- Prevalência de Diabetes Mellitus em Pacientes Submetidos à Intervenção Coronariana Percutânea.....	173
- Prevenção e Monitorização de Vasoespasmos em Pacientes com Hemorragia Subaracnóidea.....	174
- Relato de Caso: Paciente Oncológica fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT) Internada em Núcleo de Cuidados Paliativos	175
- Relato de Caso: Uma Alternativa para Identificação de Diagnóstico de Enfermagem	176
- Sistema de Classificação de Pacientes em Unidade de Recuperação Pós-Anestésica.....	177
- Visita Pré-Operatória: Um Instrumento para a Qualificação do Cuidado de Enfermagem.....	180
- Avaliação do Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre Técnica Inalatória.....	183
- Caracterização das Úlceras Venosas dos Pacientes Atendidos na Consulta de Enfermagem.....	185
- Diálise Peritoneal: Enfermeiro Responsável pela Capacitação de Pacientes e seus Cuidadores.....	188
- Escala de Aldrete-Kroulik: Índice de Recuperação Pós-Anestésica.....	189
- Estudo de Caso: A Hipertensão como Precursora da Insuficiência Renal Crônica.....	190
- Estudo de Caso: Cuidados Paliativos de Enfermagem em Paciente com Obstrução de Vias Aéreas Superiores por Câncer Epidermóide de Esôfago.....	193
- Paciente Transplantado Renal Há 05 Anos com Diagnóstico Recente de Tuberculose Óssea e Complicações Neurológicas	196
- Reflexões Acerca do Cuidado ao Paciente com Dor: Atuação do Enfermeiro nesse Processo.....	197
- Relato de Experiência: Estágio em Laboratório de Hemodinâmica.....	200
- O Enfermeiro como Cuidador e Educador no Cuidado de Pacientes Acometidos por Doença de Parkinson.....	201
- Pneumotórax no Pós-Operatório de Cirurgia Cardíaca: Diagnósticos de Enfermagem.....	202
- Utilização de Película de Biocelulose Bacteriana nas Úlceras Venosas.....	203
ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR.....	204
- Controle da Eficiência de Equipamentos Destinados à Esterilização de Instrumentais de Uso Médico e Odontológico em Porto Alegre.....	205
- Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) em Laboratório de Hemodinâmica.....	206
- Estudo de Caso: Paciente com Síndrome do Túnel do Carpo Associada a Episódio Depressivo Moderado.....	209
- Infecção Hospitalar : Lavagem das Mãos como Primeira Medida de Prevenção.....	212
- Qualidade de Vida Versus Trabalho.....	213
- Questões Ergonômicas do Trabalho da Enfermagem no Ambiente Hospitalar e Repercussões na Saúde do Trabalhador.....	214
- Raios-X e Seus Efeitos Nocivos na Saúde do Trabalhador.....	245
- Repercussões da Fibromialgia nas Relações Interpessoais.....	216

ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL.....	219
- Grupos Terapêuticos: Uma Alternativa de Tratamento para Reabilitação de Pacientes Dependentes Químicos	220
- A Importância do Espaço Lúdico no CAPSI.....	224
- Avaliação de Família: Um Relato de Experiência.....	225
- Educação em Enfermagem para Saúde Mental: Desafios Enfrentados por Enfermeiras Educadoras na Prática de Supervisão de Estágios.....	226
- Transtorno de Humor Bipolar na Gestação: Estudo de Caso.....	227
ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO.....	228
- Projeto de Extensão: Enfermagem Promovendo Educação.....	229
- Sexualidade e Informação: Relato de Experiência.....	230
- Transplante Renal: O Manual como um Instrumento de Reforço �s Orientações	233
- Ações Educativas no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Uma Análise Crítica das Educadoras em Serviço.....	234
- Construção do Conhecimento : Enfermagem Baseada em Evidências.....	237
- Educação em Saúde no Ambiente Escolar: A Sexualidade em Questão.....	238
- Lavagem de Mãos dos Profissionais de uma Unidade de Hemodiálise.....	239
- O Desenvolvimento de um Software para Iniciação dos Estudos na Linha de Pesquisa: “Stress, Coping e Burnout”.....	240
ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA.....	241
- Acadêmicas de Enfermagem Atuando em Uma Unidade de Saúde da Família no Município de Porto Alegre.....	242
- Ação Coletiva, Redes Sociais, Intersetorialidade e Interdisciplinaridade como Melhoria da Saúde da População.....	243
- Comunicação: Um Requisito para Construção da Interdisciplinaridade em Equipe de Saúde.....	246
- Concepções Ampliadas de Saúde: O Exemplo do Orçamento Participativo de Porto Alegre-RS.....	250
- Concepções de Agentes Comunitários de Saúde sobre o Atendimento ao Comportamento Suicida.....	251
- Concepções de Qualidade em Saúde: Visão de Usuárias da Saúde Suplementar.....	254
- Cuidando de Beb�es na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília – HCPA.....	257
- Estudo de Caso: Idosa Submetida � Amputação sobre Cuidados Domiciliares Oriundos de Uma Unidade de Saúde da Família.....	258
- Imunizações no Município de Porto Alegre.....	259
- Indicadores de Controle e Prevenção de Infecções em um Hospital de Porto Alegre.....	260
- O Geoprocessamento Local na Territorialização da Morbidade por Causas Externas entre Jovens.....	261
- O Gerenciamento do Cuidado em Uma Unidade de Saúde da Família: Relato de Experiência	262
- Paradigmas da Saúde: A Evolução do Cuidado e o Surgimento das Práticas Integrativas e Complementares.....	265
- Consulta de Enfermagem e Pesquisa de Opinião: Um Indicador de Qualidade?.....	266
- Portadores de HIV/AIDS e Dislipidemia.....	267
- Caminhos Seguros na Escola VS. Práticas de Enfermagem Comunitária.....	268
- Programa de Saúde da Família: O Olhar da Equipe de Saúde e do Usuário.....	269
- Proposta de Implantação do Processo de Enfermagem no Programa de Assistência Domiciliar na Unidade de Saúde Parque dos Maias, Porto Alegre.....	272
ADMINISTRAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	273
- Lista de Espera para Transplante Renal e Pancreático: Enfermeiro Responsável pelo Gerenciamento.....	274
- Supervisão de Enfermagem: Interface com a Consultoria Jurídica.....	275

- Territorialização: Uma Experiência Interdisciplinar dos Residentes (R1) na Unidade Parque dos Maias, Porto Alegre, RS280.....	279
- A Motivação do Trabalho do Enfermeiro: Uma Revisão da Literatura.....	280
- Ações Humanizadoras Desenvolvidas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	281
- Co-Gestão: Proposta para Novos Modelos de Gestão em Saúde.....	284
- A Comunicação como Instrumento de Humanização em Centro de Terapia Intensiva.....	285
- Cuidando do Paciente: Numa Unidade Clínico Cirúrgico, no Turno da Manhã: Um Trabalho de Equipe.....	288
- Grupo de Gestão do Relacionamento com o Cliente.....	289
- Implementação do Modelo Assistencial Primary Nursing em Uma Instituição Hospitalar Privada de Porto Alegre.....	292
- Liderança: O Impacto da Descentralização da Gestão em Uma Unidade de Terapia Intensiva.....	293
- O Conceito de Humanização na Literatura.....	296
- Processo de Enfermagem : Reflexões Pré-Profissionais.....	297

CURSOS SEMANA DE ENFERMAGEM

1. Cuidado de Enfermagem na Avaliação e Tratamento de Feridas
2. Cuidados de Enfermagem aos Pacientes Ostomizados
3. Diagnóstico de Enfermagem com Ênfase no Julgamento Clínico
4. Consultas de Enfermagem para Pacientes com Diabetes Melito Tipo 2
 5. Saúde do Trabalhador
 6. Dor: Quinto Sinal Vital
 7. Manuseio Material Biológico
 8. Publicação de Artigos Científicos
9. Indicadores de Qualidade Assistencial em Enfermagem
 10. Pesquisa Qualitativa
11. Como Elaborar um Projeto de Pesquisa Quantitativa
12. Consulta de Enfermagem em Câncer de Mama
13. Cuidados Paliativos
14. Ações Programáticas em Saúde

12/05/2008
Segunda-feira

08h	Inscrições, entrega de material
8h 30	Abertura
9h	Momento Cultural
9h30	Conferência: O Equilíbrio como qualidade de vida no trabalho Prof. Dr. José Roberto Goldim (FAMED/UFRGS-Hospital de Clínicas) Coord: Prof.Ms. Ninon G da Rosa (EEUFRGS-Hospital de Clínicas)
10h10	Intervalo
10h40	Palestra: Segurança do Trabalhador Prof ^a . Dr ^a Cecília Benatti- (UNICAMP-SP) Coord: Prof ^a Dr ^a Liana Lautert (EEUFRGS)
12h	Almoço
12h14-13h15	Palestra Satélite BD-Dispositivos Intravasculares e Biossegurança Enf ^a Eliane Barreto Pomdeiro Obs.: Palestra para 60 pessoas – inscrição no local.
14h-18h	Cursos e visitas às áreas assistenciais de Enfermagem no Hospital Clínicas

13/05/2008

Terça-feira

08h **Palestra: Segurança do Paciente**
Profª Drª Ana Margherita Bork (Hosp. Albert Einstein)
Coord: Profª Drª Gisela S. Moura (EEUFRGS-Hospital de Clínicas)

9h30 **Intervalo**

10h **Teatro HC**

11h **Mesa redonda: Prevenção de Acidentes (Crianças, trabalhadores idosos)**
Profª Ms. Silvana Zarth Dias (EEUFRGS)
Profª Drª Celmira Lange (UFPEL)
Profª Drª Sônia C. de Souza (EEUFRGS)
Coord: Enfª Ms. Suzana Scain (Hospital de Clínicas)

12h **Almoço**

12h15 **Espaço para lançamento de livros**

14h-18h **Cursos e visitas às áreas assistenciais de Enfermagem no Hospital Clínicas**

14/05/2007
Quarta-feira

08h **Mesa redonda: Gerenciamento, segurança e saúde**
Dr. Alaor Schein (INSS)
Bel. Fernando Torelly (Hospital de Clínicas)
Profª Ms. Ana Magalhães (EEUFRGS-Hospital de Clínicas)
Psic. Sônia Maria Oliveira Marchetti (INSS)
Coord: Enfª Dirce Maciel (Hospital de Clínicas)

10h Intervalo

10h 30 **Mesa redonda: Segurança no ambiente hospitalar**
Drª Sílvia Regina Coccaro de Souza (10ª Delegacia de Polícia)
Enfª Ms. Beatriz Guaragna (Hospital de Clínicas)
Profª Drª Agnes Olschowsky (EEUFRGS-Hospital de Clínicas)
Coord: Enfª Ms. Suzana Zachia (Hospital de Clínicas)

11h30-12h **Encerramento e Homenagens**

14h-18h **Visitas às áreas assistenciais de Enfermagem no Hospital de Clínicas**



Cursos

CUIDADO DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

Dóris Baratz Menegon
Maria Lúcia Scola

A pele é o maior órgão em área e peso. A pele e seus órgãos acessórios constituem o sistema tegumentar. Dos órgãos do corpo humano, a pele é o mais superficial e, portanto, facilmente exposto a injúrias externas. Divide-se em três camadas: a epiderme, a derme e a hipoderme. Possui funções de termorregulação, proteção, sensação, excreção ou secretora, proteção imunológica, processos metabólicos e comunicação.

Fatores como nutrição, higiene, circulação sanguínea, idade, imunidade, hereditariedade, drogas e estado emocional podem afetar tanto a aparência como a saúde da pele.

Qualquer lesão na estrutura da pele constitui uma ferida. A lesão tecidual desencadeia o processo de cicatrização.

A cicatrização das feridas é um processo extremamente complexo, composto de uma série de estágios interdependentes e simultâneos, envolvendo processos químicos, físicos e biológicos. Composto de duas etapas, a fase catabólica: degradação celular e a fase anabólica: reparação celular.

A fisiologia da cicatrização ocorre em três etapas: a fase inflamatória ou exsudativa (3 a 5 dias), a fase proliferativa, granulação ou reconstrutiva (5 a 20 dias) e a fase de maturação (inicia-se 3 semanas após o trauma, podendo levar meses e até anos).

As feridas podem cicatrizar por: 1ª intenção ou fechamento primário (aproximação das bordas da ferida com formação de discreto tecido de granulação e mínima cicatriz); 2ª intenção ou fechamento secundário (ocorre grande formação de tecido de granulação para preenchimento do espaço morto devido a perda tecidual decorrente da lesão ou infecção, com cicatriz exuberante), 3ª intenção ou fechamento primário retardado (ressutura após granulação).

Existem fatores que interferem na cicatrização. Fatores sistêmicos (condições do indivíduo que influenciam no tempo e na qualidade da cicatrização como tabagismo, idade, doenças crônicas, alterações nutricionais, drogas) e fatores locais (no interior da ferida como infecção, hematoma, edema, ressecamento da ferida, manipulação inadequada da ferida, presença de corpo estranho, tecido necrótico e umidade excessiva).

A reparação tecidual necessita de ambiente que favoreça a cicatrização. São múltiplos os fatores intervenientes no processo de cicatrização como as condições gerais do indivíduo e ambiente local favorável com temperatura, hidratação, oxigenação, nutrição e técnica adequada no cuidado dispensado à ferida.

Um cuidado importante com as úlceras crônicas é o preparo do leito da ferida através do manejo adequado. Este tratamento tem como objetivo a remoção dos tecidos desvitalizados, o controle bacteriano, o controle do exsudato e a liberação das margens da ferida.

Os tecidos desvitalizados e necróticos são desbridados da ferida, para não interferirem como barreira física, aumentando o risco de infecção na cicatrização. Existem 4 tipos de **desbridamento**: cirúrgico, mecânico, enzimático ou químico e autolítico.

O desbridamento cirúrgico consiste na utilização de bisturi, pinça, tesoura e é indicado na maioria dos casos por ser seletivo, mais rápido e eficaz.

O enzimático ou químico atua na remoção do tecido desvitalizado pela degradação do colágeno por enzimas proteolíticas, como a colagenase, a papaína e estreptoquinase. Este método não é totalmente seletivo e algumas vezes é doloroso e lento.

O autolítico é um desbridamento seletivo que ocorre naturalmente em condições normais. O leito da ferida úmido auxilia, juntamente com os macrófagos, na produção dos fatores de crescimento. Os curativos disponíveis no mercado, que realizam desbridamento autolítico, devem ser selecionados conforme a quantidade de exsudato da ferida, para que não ocorra ressecamento ou maceração por excesso de fluídos.

O desbridamento mecânico foi utilizado por décadas e não é o mais indicado atualmente. Esta técnica consiste em retirar a gaze seca do leito da ferida. Ela remove, através de esfregação de gaze úmida na ferida, o material necrótico ou desvitalizado, mas também o tecido de granulação, não sendo seletivo.

O **controle bacteriano** é essencial para a cura de uma ferida crônica. A antibioticoterapia sistêmica somente deve ser utilizada em presença de infecção ativa e depois do manejo local. O desbridamento, limpeza e desinfecção da lesão e controle das patologias associadas são auxiliares no cuidado com a ferida crônica.

A limpeza da lesão deve ser feita com solução fisiológica a 0,9% morna, preservando a temperatura corporal e não interferindo no processo de divisão celular, que ocorre em 37° C. Deve ser lavada com jato de soro, sem fricção no leito da lesão, a fim de não danificar o tecido de granulação neoformado (Borges et al, 2001).

O **controle do exsudato** é importante para que o excesso de fluidos não iniba a proliferação celular e também macere a área perilesional. A compressão e os curativos absorventes, que mantêm a umidade adequada, podem acelerar o processo de cicatrização.

Após realizar o curativo, secar a pele ao redor da ferida e protegê-la de maceração, (quando há secreção abundante), através de barreira oleosa e película protetora (com óleos vegetais, películas comercializadas, óxido de zinco).

A **liberação das margens** precisa ser implementada quando a ferida possui células senescentes que impedem a migração do epitélio para o centro.

A utilização de curativo não aderente sobre a ferida, é indicado para que o tecido de granulação recém formado não seja traumatizado na troca do mesmo.

Hoje encontramos, à nossa disposição, um número expressivo de curativos, com novas tecnologias e temos dificuldade de escolher o mais adequado para cada tipo de ferida se não tivermos conhecimento sobre a etiologia da ferida e da indicação da cobertura. Por isto, é importante, que os profissionais da área da saúde procurem trabalhar com evidências e não apenas baseados na sua experiência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS :

- BORGES, E, et al. **Feridas: como tratar**. Belo Horizonte: Coopmed, 2001.
- BRYANT, R. **Acute e chronic wounds, nursing management**. St Louis: Mosby, 2000.
- DEALEY, C. **Cuidando de feridas: um guia para os enfermeiras**. São Paulo: Atheneu Editora, 1996.
- MENEGON, D. **Cuidado de enfermagem ao paciente com doenças dermatológicas**, In: **Cuidado ambulatorial, consultas de enfermagem e grupos**. TASCIA, A, et al, EPUB, Rio de Janeiro, 2006
- SMELTZER, S. BARE, B. BRUNNER & SUDDRATH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan., 1998.
- SCHULTZ, G, et al. **Wound bed preparation: systemic approach to wound management**. Wound Repair and Regeneration, v 11, p 1-28, 2003
- TORTORA, G. **Corpo humano: fundamentos de anatomia e fisiologia**. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- Universidade Estadual de Campinas. **Manual de tratamento de feridas**. Hospital das Clínicas. Campinas, 1999.

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

Rossana Rosa Bercini^{1, 2, 3}
Silvete Maria Brandão Schneider¹

¹Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

²Consultora do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

³Membro do Grupo de Pesquisa e Cuidado ao Paciente Adulto e Idoso da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. rbercini@hcpa.ufrgs.br . sschneider@hcpa.ufrgs.br

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

OBJETO GERAL: O objetivo é capacitar os profissionais de enfermagem na assistência ao paciente portador de ostomia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Relacionar os conhecimentos teóricos sobre a ostomia com a avaliação e indicação do equipamento. - Oportunizar o conhecimento dos diferentes tipos de ostomias bem como de equipamentos e acessórios disponíveis. - Sensibilizar os profissionais de saúde para a magnitude que envolve a assistência ao paciente portador de ostomia.

METODOLOGIA: O curso será ministrado por duas enfermeiras do Programa de Assistência ao Ostomizado do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A atividade está prevista para 25 participantes com duração de duas horas e dividida em dois momentos. Inicialmente, através de slides power point, serão revisados os conceitos teóricos básicos sobre ostomias como: definição, indicações, tipos de ostomias, complicações imediatas e tardias com ênfase na dermatite periestomal, indicação e uso de equipamentos e acessórios, cuidados na higiene e troca do sistema coletor e impacto sobre a qualidade de vida do paciente. A participação dos presentes será estimulada, através de perguntas e espaço para colocações para que a atividade seja interativa com troca de experiências e esclarecimento de dúvidas. No segundo momento serão formados dois grupos coordenados pelas palestrantes. Nesse bloco serão abordados a evolução dos equipamentos e os aspectos práticos relacionados aos cuidados relativos: a indicação e uso do sistema coletor, bolsa de 1 ou 2 peças, bolsa descartável, bolsas especiais tais como a convexa que está indicada a ostoma retraídas. Também serão mostrados os acessórios: protetores de pele, pasta protetora com álcool, pasta protetora em tiras sem álcool, pó protetor, película protetora líquida, filtro carvão e cinto de suporte abdominal, entre outros. Para esta atividade, usaremos o *stoma model* que possibilita a fixação das bolsas bem como o uso dos acessórios. O manuseio dos diferentes materiais será oportunizado através de demonstração prática e de simulação de situação problema. Aliada as questões técnicas que envolvem equipamentos e acessórios, serão abordados os aspectos psico-emocionais como negação, dificuldade de aceitação, alteração da autoimagem, sexualidade e cuidados do dia a dia. Também será enfatizada a importância de uma equipe de enfermagem capacitada no cuidado ao paciente portador de ostomia, pois as pesquisas já realizadas mostram que estes pacientes necessitam de cuidados específicos para conseguirem a re-inserção social.

RESULTADOS: O resultado esperado é que o participante desta capacitação identifique a importância do cuidado de enfermagem ao paciente portador de ostomia, compreenda que assistir não se refere apenas a execução da técnica de forma adequada, mas sim que os cuidados e atitudes irão favorecer a aceitação da nova condição e desta forma facilitar a reabilitação.

RECOMENDAÇÕES: Considerando que o cuidado de enfermagem é fundamental para o desenvolvimento das habilidades de autocuidado pelo paciente e seus familiares, portanto, para a sua reabilitação acreditamos que capacitações como esta devem ser estimuladas e desenvolvidas nos cursos de formação de técnico de enfermagem e graduação em enfermagem, quanto nas instituições de saúde. O conhecimento teórico e o desenvolvimento tecnológico devem estar aliados ao conhecimento de todos os aspectos que envolvem os

pacientes ostomizados. O atendimento deve ser afetivo e empático para que ele se sinta acolhido e tenha uma boa reabilitação, favorecendo o retorno ao convívio social e profissional.

Palavras-chave: ostomias, cuidado de enfermagem, reabilitação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM COM ÊNFASE NO JULGAMENTO CLÍNICO

Beatriz Mazui¹
Emi Thomé²
Isis Marques Severo³

¹ Enfermeira. Serviço de Emergência do HC. Membro do Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem (GTDE);

² Enfermeira. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública do HC. Membro do GTDE, taquemi222@yahoo.com.br;

³ Enfermeira. Serviço de Terapia Intensiva Adulto. Membro do GTDE.

INTRODUÇÃO: O presente curso trata-se de uma descrição teórica sobre o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e sua relação com o processamento de informações e tomada de decisões através do julgamento clínico. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC), local onde teve origem esse evento, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE) compreende as seguintes etapas: anamnese e exame físico, DE, prescrição e evolução da assistência de enfermagem (THOME et al, 2006). Faz-se uma retrospectiva histórica sobre DE ressaltando que diagnóstico é julgamento clínico e vem se consolidando como ferramenta principal no exercício da enfermagem de modo sistemático e científico. De acordo com Freitas e Mendes (2006, p.363), entende-se como diagnóstico de enfermagem “o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade, aos problemas e processos de saúde vigentes ou potenciais”. Faz-se ainda a apresentação de um caso clínico em que o paciente esteve internado em três unidades do HC, de diferentes serviços de enfermagem mostrando as prioridades da assistência de enfermagem em cada uma dessas áreas específicas: cirúrgica, psiquiátrica e terapia intensiva adulto. Durante o curso haverá encenação de parte da internação desse paciente, enfatizando como exercitar o julgamento clínico frente à demanda de trabalho do enfermeiro, que exige a priorização de suas ações.

OBJETIVO: Desenvolver um curso sobre o diagnóstico de enfermagem com ênfase no julgamento clínico.

DESENVOLVIMENTO: O curso será desenvolvido em um período de quatro horas. No momento inicial será feita uma retrospectiva histórica sobre DE no HC, definição de julgamento clínico, SAE e DE, e a partir disso, a busca de resultados da utilização do método no exercício de enfermagem. Esses conhecimentos tornam-se necessários para a tomada de decisões que visem gerenciar os serviços de enfermagem, uniformizar a linguagem nesta ciência e adequar a prestação de cuidados às necessidades dos pacientes, familiares e comunidade. Faremos uma apresentação de caso clínico com encenação de uma transferência de unidade, mostrando a realidade do trabalho do enfermeiro que necessita estar atento e disponível para diversas atividades gerenciais e clínicas ao mesmo tempo. Assim, acredita-se que a forma de tornar o trabalho do enfermeiro dinâmico, eficaz e de qualidade é através de um corpo de conhecimentos que contribuam para dar agilidade e segurança ao seu trabalho. Nesse momento, primamos pela necessidade de divulgar o método de pensamento que contribui para a enfermagem, tornando-a científica e humanizada, pois dessa forma reduz-se o tempo dispendido em situações não prioritárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Esperamos com este curso divulgar a forma com a qual a Enfermagem do HC vem construindo a dinâmica de trabalho, tendo como referência a SAE e utilizando a metodologia proposta pela North American Nursing Diagnosis Association (NANDA, 2008), acreditando que apesar das diferenças culturais há a necessidade de estruturar o pensamento através do raciocínio e julgamento clínico para auxiliar os pacientes a melhorarem suas respostas aos processos de doença, fortalecer a autonomia e restabelecer a integridade, princípios que vão muito além da visão mecanicista às vezes existente no exercício da enfermagem.

REFERÊNCIAS:

- FREITAS, Maria Célia de; MENDES, Maria Manuela Rino. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, Maio 2006, p.362-366.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION, NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA:** definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008. 393p.
- THOME, E. S. et al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no HCPA.** Porto Alegre: Publicações HCPA, 2006 (Manual).

CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DIABETES MELLITUS

Suzana Fiore Scain ¹
Elenara Franzen ²

¹ *Mestre em Ciências Médicas: Endocrinologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. suzana.scain@terra.com.br*

² *Mestre em Ciências Cardiovasculares: Cardiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

O Diabetes Mellito é uma síndrome metabólica complexa caracterizada por hiperglicemia persistente, resultante de defeitos na secreção e/ou na ação da insulina. A deficiência relativa ou absoluta de insulina afeta o metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios. A forma mais freqüente do DM é a do tipo 2, abrangendo em torno de 90% dos casos. As conseqüências do DM, em longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. O impacto do DM - 2 é substancial, diminuindo o bem-estar físico, social e econômico das pessoas afetadas.

A prevalência do DM -2 vêm apresentando elevado incremento nas últimas décadas, distribuindo-se em ambos os sexos, em todas as raças, grupos étnicos e predominando em não caucasianos. A estimativa da Organização Mundial de Saúde para o ano de 2025 é a de 300 milhões de pessoas com DM, sendo que o número de mortes por ano atribuído à doença é o de aproximadamente 4 milhões, representando 9% do total no mundo.

Os pacientes portadores de DM2 usualmente estão acima de 30 anos e são freqüentemente diagnosticados durante um exame de rotina, sem apresentar nenhum sintoma de diabetes. Tendo o seu início insidioso, a suspeita é feita com freqüência a partir de sinais e sintomas vagos, como fraqueza, fadiga, letargia, visão borrada, infecção, prurido. O DM é imediatamente suspeito na presença dos sintomas clássicos como poliúria (noctúria), polidipsia, polifagia e perda inexplicada de peso. Os sintomas vagos ou clássicos podem apresentar-se durante o curso da doença quando há descompensação metabólica por várias razões, infecções, pouca aderência ao tratamento, precária educação em diabetes, entre outros.

Em 10% a 20% dos casos, complicações tardias do DM podem estar presentes no diagnóstico (proteinúria, retinopatia, neuropatia e doença aterosclerótica prematura), pois se estima que, quando diagnosticado, o DM-2 já tenha de 4 a 7 anos de duração. Resultados do United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) indicaram que 50% dos pacientes apresentavam alguma complicação no diagnóstico.

O DM progride lentamente e o tratamento necessário para controlar a hiperglicemia varia ao longo do tempo. Os pacientes podem requerer tratamento com insulina e não há propensão à cetose, exceto quando há intenso estresse físico. Os pacientes são usualmente obesos e têm uma forte história familiar de DM-2.

As implicações clínicas da hiperglicemia persistente levam a complicações crônicas, representando o principal problema dos pacientes com DM2. Elas constituem a principal causa de mortalidade (doença

cardiovascular) e morbidade (doença renal, cegueira e amputações dos membros inferiores) entre esses pacientes.

Por ser freqüente e pelo impacto das complicações, o DM-2 compromete a produtividade, a qualidade de vida e a sobrevivência dos pacientes (custos indiretos), além de envolver altos custos no tratamento e de suas complicações (custos diretos).

Cerca de 15% dos pacientes com diabetes desenvolverão úlceras nos pés, ao longo de suas vidas. A presença de úlceras nos pés é o maior preditor futuro de amputações em membros inferiores (14-24%) entre esses pacientes. Sendo assim, o pé diabético representa um problema econômico significativo, particularmente se a amputação resulta em hospitalização prolongada, reabilitação e uma grande necessidade de cuidados domiciliares e serviços sociais. O custo direto de uma cicatrização primária (sem amputação) é estimado entre 7.000 e 10.000 dólares, enquanto o de uma amputação associada ao pé diabético entre 30.000 e 60.000 dólares.

Tão logo o DM-2 é diagnosticado, um programa de educação para modificação do estilo de vida, que inclui alimentação saudável e exercícios físicos regulares, deve ser iniciado. Estratégias conjuntas para controlar a pressão arterial, a dislipidemia e a suspensão do fumo devem ser implementadas e o uso de medicamentos pode ser necessário a partir do diagnóstico. O paciente deve ser estimulado, através da educação, a adotar hábitos de vida saudáveis. Mudanças nesse aspecto são difíceis de alcançar, mas podem ocorrer se houver um incentivo constante ao longo do acompanhamento, não somente na primeira consulta. O tipo de tratamento prescrito está na dependência da adesão do paciente ao tratamento não-farmacológico, a duração do DM (pode não ser conhecida) e as respostas ao tratamento farmacológico quando indicado, avaliados pelos níveis de glicemia de jejum e glico-hemoglobina.

A educação pode ser feita através da consulta individual com a enfermeira educadora. O seguimento ao longo do tratamento tem demonstrado que essa atividade é capaz de melhorar os níveis da glico-hemoglobina abaixo 7.0% dos pacientes com DM-2. Os aspectos educativos a serem orientados aos pacientes com o propósito de autocuidado vão depender de uma avaliação inicial na primeira consulta.

A falta de conhecimentos e habilidades para o autocuidado, como administração de medicamentos, testes de glicose, dieta, dia da doença intercorrente e cuidado com os pés, têm sido identificados em 50 – 80% de pacientes com DM adultos e crianças. Uma pesquisa de opinião entre pacientes revelou que a causa da admissão de 33% deles em hospitais, num período de quatro anos, foi pobre adesão ao tratamento. Condições preventivas, como episódios de hiperglicemia, hipoglicemia e cetoacidose foram causa de 24% da procura em emergência, por pacientes com diabetes. Aproximadamente 76% dos pacientes com DM-2 revelaram nunca ter recebido algum tipo de educação em diabetes, quer seja individualizada ou em grupo, ou qualquer outra forma de educação.

Com o objetivo de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem ao paciente com DM-2 desenvolvemos um curso com alguns dos cuidados que podem ser trabalhados durante o atendimento do paciente DM-2 em consulta de enfermagem.

Os temas serão abordados através de oficinas (3) com recursos variados e exposição oral colaborativa breve, com uso de computador para exposição dos diapositivos.

Os conteúdos apresentados incluem os cuidados com insulino terapia e sua principal complicação aguda, a hipoglicemia, os padrões atuais de monitorização da glicose e os cuidados preventivos com os pés, a fim de evitar complicações.

A utilização de insulina exógena requer um aprendizado de vários aspectos. Sua ação está diretamente relacionada a fatores que envolvem desde a sua compra até a aplicação efetiva. O desenvolvimento de habilidades deve ser o foco principal do educador. Da mesma maneira devemos proceder em relação à hipoglicemia e a mais poderosa ferramenta para prevenir hipoglicemia é a educação.

A monitorização da glicose é fator relevante nos cuidados dos pacientes porque permite avaliar esquema de tratamento, identificar problemas com a finalidade de intervir para melhora dos resultados da glicohemoglobina além de favorecer mudança de comportamento.

A identificação dos fatores de risco relacionados ao pé diabético é fundamental para prevenção de agravos futuros e a educação é o instrumento de controle apropriado. Portanto, a educação em diabetes é uma ferramenta para troca de conhecimentos, treinamento de práticas que dirigirá a avaliação das necessidades de autocuidado dos pacientes, identificado como um processo interativo, colaborativo, contínuo envolvendo a pessoa com DM e o educador

A DOR COMO O 5º SINAL VITAL: QUALIDADE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Simone Pasin

Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Membro da Sociedade Gaúcha para Estudos da Dor e da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor. Aluna do Curso de Especialização em Dor e Cuidados Paliativos pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/2008.

O presente artigo tem por objetivo apresentar a abordagem realizada no curso sobre a avaliação da pessoa com dor como o 5º sinal vital, dentro da 19ª Semana de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em 12 de maio de 2008.

Dor é o que a pessoa diz ser, existindo quando ela diz existir. Foi assim que Margo McCaffery (1999), enfermeira norte-americana, definiu dor, dentro da perspectiva do cuidado humanizado.

Para Bernardo (2000) dor é a nocicepção enviada ao sistema nervoso central que resulta em uma reação sempre subjetiva e individual chamada de dor, onde esta aprendizagem é socioculturalmente marcada e definida.

Sendo assim, a reação que cada um tem frente à dor é influenciada por determinantes da expressão que podem ser afetivas (ansiedade, apreensão, medo), determinantes cognitivas comportamentais (grau de atenção e percepção, experiências prévias, significado, contexto cultural e religioso) e determinantes constitucionais (personalidade).

Quando tratada inadequadamente compromete a homeostase com respostas neuro-endócrinas debilitantes, aumento da morbidade e danos, muitas vezes, permanentes. Há perda da qualidade de vida por distúrbios do sono, humor, depressão e ansiedade.

A dor é um fenômeno presente no cotidiano do cuidado de enfermagem à pessoa e sua família. É a equipe de enfermagem que permanece por mais tempo junto à pessoa com dor e, portanto tem maior oportunidade de contribuir para avaliação da presença e busca do alívio da dor.

Neste contexto, está enfatizada a importância da compreensão da dor como um fenômeno multifatorial e subjetivo.

Avaliar a dor como o 5º sinal vital tem por objetivos melhorar o cuidado prestado, tornar a dor visível, sistematizar o cuidado pela necessidade de avaliação, registrar as avaliações realizadas, aferir a adequação do manejo e permitir que os cuidadores e a pessoa com dor falem a mesma linguagem. Porém por ser uma experiência pessoal e complexa, a dor não pode ser medida objetivamente por instrumentos físicos como os demais sinais vitais.

A presença de dor está fundamentada no relato por quem a sente e na impossibilidade do auto-relato deste sintoma, a avaliação da dor é realizada pelo cuidador sendo a observação um dos indicadores da presença de processo nociceptivo. A condição patológica ou procedimento que cause dor, as alterações de

comportamento, as respostas neurovegetativas e o relato da presença de dor pelo cuidador ou familiar são indicadores confiáveis do estímulo nociceptivo.

Ter na dor o 5º sinal vital significa que, na presença da alteração, há necessidade de implementarmos o cuidado para minimizá-la.

Para ilustrar, lembremos dos quatro sinais vitais clássicos que verificamos e registramos em qualquer ambiente do cuidado à saúde: pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória e temperatura corporal. Tomemos como exemplo a verificação da temperatura corporal. Na presença da alteração deste sinal vital para mais, assumimos que há necessidade de implantação de cuidados de enfermagem. Estes cuidados podem ser farmacológicos e não-farmacológicos. Para realizarmos os cuidados não-farmacológicos, instituímos a diminuição das roupas, o ambiente arejado, o banho morno. Quanto aos cuidados farmacológicos à pessoa com febre, solicitamos a interface com a equipe médica, responsável pela prescrição de medicamentos. Após os cuidados instituídos, realizamos nova verificação da temperatura corporal para que se tenha conhecimento da efetividade da ação. E assim sucessivamente.

Avaliar a dor como o 5º sinal vital exige o mesmo raciocínio clínico utilizado para o manejo da temperatura corporal alterada para mais conforme o exemplo citado. Caso contrário, toma o lugar do cuidado, a negligência, a imperícia e a imprudência.

Para sabermos se à pessoa de que cuidamos está com dor, temos que questioná-la. Além da questão posta, compreender a informação dada, na sua essência, aceitando e respeitando o que o outro verbaliza e o conteúdo da sua expressão são metas a serem alcançadas.

A anamnese da pessoa com dor contém a história prévia, a localização e extensão da dor (segmento corporal), as características do sintoma (queimação, choque, aperto, pulsátil), fatores de modificação (de melhora ou piora), a duração (aguda, crônica, recorrente, insidiosa), e por fim, a intensidade.

A intensidade da dor é relatada pela pessoa que a sente por meio de escalas uni ou multidimensional, de auto-relato, comportamentais, fisiológicas ou mistas.

As escalas de intensidade de dor (melhor seria chamá-las de “escalas de avaliação do tratamento analgésico!”) amplamente usadas são:

1. Escalas unidimensionais

As escalas unidimensionais indicam a presença de dor sem avaliar outras dimensões envolvidas e indissociáveis da experiência dolorosa como a afetividade, a cognição e o comportamento.

a. Escala análoga visual (EAV): basicamente é uma reta de 10 cm de comprimento para que a pessoa com dor aponte na reta qual é o nível da dor já que a extremidade distal direita significa sem dor (0) e a extremidade esquerda a dor insuportável (10). Registra-se o intervalo apontado.

b. Escala Numérica: solicita-se à pessoa com dor que dê uma nota de 0 a 10 para a sua dor, sendo 0 sem dor e 10, dor insuportável.

c. Escala de categorias verbais: solicita-se que classifique a dor em adjetivos entre sem dor (0), dor leve (1-3), dor moderada (4-6), intensa (7-9) ou insuportável (10).

2. Escalas multidimensionais.

Como o próprio nome já cita, são escalas que avaliam outras dimensões, não somente a intensidade, que envolve o fenômeno algico. A escala de escolha é o Questionário McGill.

3. Escalas comportamentais.

São utilizadas nas pessoas impossibilitadas de se comunicarem (idosos com demência avançada, pessoas sem vida de relação com o meio, na presença de coma ou sedação profunda, crianças de 0 até idade pré-escolar). As escalas utilizadas pontuam a dor conforme a avaliação realizada pelo cuidador. No nosso meio, utilizamos a escala CHIPPS, validada em nosso meio.

4. Escalas fisiológicas

Medem o dor pela presença de mudanças em padrões fisiológicos como frequência cardíaca, níveis de saturação de oxigênio periférico ou arterial, presença de cortisol salivar, entre outros.

5. Escalas mistas.

Compostas por uma ou mais escalas citadas anteriormente.

É bom lembrar que a utilização das escalas de avaliação da dor tem por objetivo final avaliar a adequação do manejo instituído!

Não há tratamento analgésico eficaz sem uma equipe de enfermagem atuante e comprometida no bem estar das pessoas a serem cuidadas.

As terapias analgésicas fazem parte deste arsenal. Podem ser terapias farmacológicas e complementares. Das terapias farmacológicas, é preciso conhecer a Escada Analgésica proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1990) onde se encontra um escalonamento racional do uso de terapias farmacológicas, da baixa até a alta complexidade em tratamento analgésico (cateter peridural em infusão contínuo).

As terapias complementares envolvem terapias físicas (estimulação cutânea TENS, massagem, termoterapias) e cognitivo comportamentais (distração, relaxamento corporal, respiração consciente). As terapias complementares são regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem na Resolução 197/97.

CONCLUSÃO: Necessitamos repensar sobre o cuidar da pessoa com dor. Temos prioridades sim, no processo de enfermagem. Porém nada é mais prioritário do que prevenir e minimizar o sofrimento humano.

É fundamental considerarmos a diversidade de procedimentos invasivos, dolorosos presentes no cotidiano dos espaços destinados aos cuidados da saúde. Utilizar diferentes meios de prevenção da nocicepção e diferentes tratamentos para aliviar a dor sentida por alguém, interfere positivamente na recuperação da homeostase. A empatia e o comprometimento são caminhos fundamentais para o sucesso. Dar-se conta do importante papel do profissional da enfermagem neste processo é o primeiro passo.

Palavras -chave: avaliação da dor, 5º sinal vital, cuidados de enfermagem

BIBLIOGRAFIA:

- Bernardo, C. Curso de dor para enfermeiros, 2000. (digitado)
- Chaves L, Leão, E. Dor 5 sinal vital. Reflexões e intervenções de enfermagem. Curitiba: Mayo, 2004
- McCaffery, M. Pasero C. Pain: clinical manual. St.Louis. Mosby, 1999.
- Organização Mundial da Saúde. www.who.org. Acesso em abril, 2008

PUBLICAÇÕES DE ARTIGOS CIENTÍFICOS

Isabel Cristina Echer ¹
Regina Witt ²

¹ Doutora em Clínica Médica pela UFRGS. Professora do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da EE-UFRGS. Membro do Conselho Diretor da Revista Gaúcha de Enfermagem. E-mail Isabel.echer@terra.com.br.

² Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela USP. Professora do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da EE-UFRGS. Coordenadora da Comissão de Editoração da Revista Gaúcha de Enfermagem: E-mail witt@adufgrs.ufrgs.br

Este texto tem como objetivo abordar algumas informações indispensáveis para facilitar a estruturação e elaboração de um artigo científico, visando facilitar a escrita e posterior publicação. Para tanto, serão abordados: a organização do material, a seleção do periódico, os critérios de autoria, as normas do periódico, os tipos e partes de um artigo e a redação científica. A primeira etapa para a publicação de um artigo científico consiste na **organização do material** para a redação do artigo. Esta etapa inclui a seleção dos dados a serem publicados e a bibliografia que dará suporte ao artigo. Antes de iniciar a redação do artigo, convém **selecionar o periódico** no qual ele será submetido. Esta seleção deve considerar a indexação do periódico. Para a avaliação dos programas de pós-graduação, a CAPES, também tem sido considerado o Qualis. É importante que o autor analise a política editorial do periódico para o qual pretende submeter seu artigo e procure aqueles que têm publicado artigos na linha do artigo que está sendo elaborado. Verificar o que os periódicos estão publicando, a forma como os pesquisadores apresentam os resultados, o foco de determinado periódico. Alguns periódicos apresentam os **critérios de autoria** do artigo. Para aqueles que não apresentam estes critérios é importante considerar a colaboração do autor na elaboração do projeto, coleta e análise dos dados e na redação do artigo. O último autor é sempre o mais importante e deve ser o orientador ou o pesquisador mais graduado. É importante analisar as **normas de publicação do periódico** selecionado e segui-las com cuidado e zelo. Artigos apresentados conforme as normas da revista, tendem a levar menos tempo para serem analisados e publicados. Redigir um texto científico é relevante e tem como finalidade acrescentar algo ao já pesquisado e ser expressivo no momento atual, no sentido de atualizar conhecimentos, aprimorar/ modificar práticas, organizar melhor um serviço visando qualificar o cuidado ao paciente e família. A redação do artigo vai depender do **tipo de artigo**. Um artigo pode ser um relatório de pesquisa, ou uma reflexão/ atualização sobre determinado tema, ou um relato de experiência. Ainda, ao consumir pesquisa visando atualizar conhecimento, o pesquisador pode sentir a necessidade de comentar um artigo publicado. Isto pode ser feito em muitas revistas, por meio de uma carta ao editor. Em se tratando de *relatório de pesquisa* um projeto de pesquisa bem elaborado é de extrema importância para a posterior escrita e aceitação do artigo. Em pesquisa *quantitativa* geralmente segue a estrutura: introdução, objetivos, métodos, resultados, discussão e conclusões. Em pesquisa *qualitativa* podem incluir introdução, objetivos, caminho metodológico, resultados e discussão redigida conjuntamente e considerações finais.

Se for um *relato de experiência* apresentar o tema do relato, a metodologia utilizada na prática, os resultados obtidos com a experiência fazendo comparações com o que existe na literatura sobre o tema e considerações finais. Se for uma *revisão sistemática* incluir introdução, metodologia (descrever os métodos utilizados para localizar, selecionar, extrair e sintetizar os dados), resultados e conclusões. Se for um *artigo de reflexão/atualização* pode ser um texto único com formulações discursivas de efeito teorizante com fundamentação sobre a situação global em que se encontra o tema abordado. Outros tipos de artigos como *estudos de caso, ensaios clínicos* normalmente seguem a mesma estrutura dos artigos originais. Um artigo é composto por várias etapas sendo necessário nos ater ao que precisa ser avaliado e contemplado em cada **parte do artigo**. O *resumo* deve ser apresentado nos idiomas solicitados e reproduzir resumidamente o artigo em todas as suas etapas. Os *descritores* devem ser consultados no decs: www.bireme.br. Podem ser apresentados qualificadores. A *introdução* deve identificar claramente o problema, apresentar sua delimitação (em termos conceituais, espaciais e temporais), bem como as hipóteses a serem testadas. Apresentar a situação ou o contexto do tema em estudo de forma clara, precisa e concisa. A revisão de literatura permite saber o que já tem sido feito na área do tema. O estudo está justificado com argumentos que indiquem que seu artigo é significativo e importante para o cuidado em saúde/ enfermagem e ou equipe multiprofissional. O *objetivo* deve estar descrito de forma clara e ter sido atingido. O *método* utilizado para a execução da pesquisa deve ter sido apresentado (tipo de estudo, campo ou contexto, local do estudo, população e amostra, sujeitos/participantes, aspectos éticos, coleta de dados, análise e interpretação dos resultados) a metodologia está adequada ao tipo de estudo e as informações descritas permitem reproduzir o estudo. Os *resultados* devem responder ao objetivo de estudo e serem descritos em seqüência lógica de forma clara. Quando apresentar tabelas e ilustrações, o texto deve complementar e não repetir o que está descrito nestas. A *discussão* pode ser um capítulo em separado ou ser apresentada juntamente com os resultados. Conhecer o assunto, tanto do ponto de vista teórico como prático pode facilitar a escrita do artigo, bem como servir de subsídios para a redação da discussão dos dados abordados. Procure responder as questões: as comparações dos teus achados com os da literatura consultada são pertinentes? Você permaneceu no tema proposto? Suas afirmações estão suficientemente apoiadas em dados do teu estudo? As *considerações finais ou conclusões* relatam as principais contribuições da pesquisa ou experiência/ reflexão e ou fazem recomendações em relação a mudanças necessárias na abordagem metodológica ou em ações de saúde. Todas as referencias citadas no texto foram arroladas no final do artigo de forma completa de acordo com as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas ou Vancouver e são atualizadas e pertinentes.

Escrever um artigo científico, para alguns, não é uma tarefa fácil. Cada pessoa tem sua forma particular de escrever, e isso precisa ser respeitado, o que se recomenda é não esperar por um momento mágico de inspiração e sim apostar na construção gradativa de uma idéia, para posterior redação de um parágrafo ou texto. O ordenamento desejável pode ser obtido mediante a elaboração de um plano dos principais tópicos a serem abordados, também é importante que sua descrição estabeleça alguma ordem que faça sentido. Organize as buscas bibliográficas em arquivos sobre os diferentes enfoques. Exemplo em pesquisa sobre o abandono do tabagismo as buscas foram centradas em: determinação de abandonar o fumo, apoio da equipe

de profissionais, família do tabagista e a sociedade, as restrições sociais, benefícios relacionados ao parar de fumar, informações sobre os malefícios do cigarro, campanhas de esclarecimento e utilização de artifícios. Para cada tema foi aberto um arquivo com as buscas correspondentes. A base para um artigo bem estruturado é sem dúvida uma revisão da literatura atualizada. As buscas de textos são necessárias para apoiar decisões do estudo, instigar dúvidas, verificar a posição de autores sobre uma questão, atualizar conhecimentos, consultar autores que são chaves para determinado tema. As idéias deverão ser englobadas em frases e parágrafos gramaticalmente corretos, curtos e dotados de clareza. Cada parágrafo deve conter uma única afirmação ou idéia e fluir de um para o outro de forma ordenada e lógica. Respeitarmos o pressuposto ético-legal é inerente a todo trabalho científico em que podemos usar textos de outros autores desde que adequadamente referenciados. Na leitura dos textos é importante assinalar a congruência e as contradições encontradas entre os resultados de pesquisa e a opinião dos seus autores. Em artigos científicos a interpretação pessoal de cada texto lido é preferível a citações literais e a busca deve centrar-se em fontes primárias e principalmente de artigos de periódicos. Aglutinar autores com as mesmas idéias é necessário para o texto não ficar repetitivo. Recomenda-se intercalar idéias dos autores pesquisados com as do pesquisador e ou resultado de seu estudo, assim como é esperado uma crítica pessoal do pesquisador em relação ao tema. Para avaliar a estrutura lógica do texto, solicite para um colega ler e ou submeta seu artigo a uma reunião de seu grupo de pesquisa para ouvir como outras pessoas entendem seu texto. Recomenda-se deixar o texto repousar por alguns dias e depois fazer a releitura atenta do texto produzido, para correção e polimento. Isso permite que o autor se distancie do seu texto e consiga então detectar problemas não visíveis quando mergulhado no texto. A idéia básica é que se aprende fazendo, lendo e reescrevendo. Estar determinado a publicar e aberto a críticas é essencial para concluirmos um artigo.

INDICADORES DE QUALIDADE ASSISTENCIAL EM ENFERMAGEM

Beatriz Cavalcanti Juchem¹
Vera Lúcia Mendes Dias²

¹ *Enfermeira mestre em Enfermagem - Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Chefe de enfermagem do Serviço de Radiologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

² *Enfermeira especialista em Informática em Saúde - PUCRS e Gestão em Saúde - UFRGS, assessora de informática em enfermagem no Hospital de clínicas de Porto Alegre.*

INTRODUÇÃO: A sociedade está exigindo cada vez mais a gestão da qualidade nos serviços de saúde. Dentro desse contexto, as instituições do ramo se empenham na avaliação da sua assistência utilizando ferramentas como indicadores de qualidade assistencial, para a avaliação do seu serviço. Indicadores de qualidade assistencial são medidas-síntese com informações relevantes sobre determinados atributos e dimensões da saúde ou desempenho do sistema de saúde. São ferramentas que apóiam os gestores na vigilância da qualidade assistencial e na identificação de necessidades de melhorias. No entanto, encontramos algumas dificuldades na construção de indicadores, no que se refere à clareza do que se pretende medir; qualidade e precisão das informações que irão compor o indicador; e ainda quanto à interpretação dos dados disponíveis. Do ponto de vista da enfermagem, o que encontramos na literatura são indicadores de ocorrências adversas tais como: incidência de úlceras de pressão, de quedas do leito, de retirada acidental de cateteres e sondas vesicais, além de incidência de flebites em locais de punção venosa e taxa de infecção. Além dos indicadores de eventos adversos, que avaliam a qualidade da assistência indiretamente, procura-se também mensurar eventos que retratem resultados positivos. Os indicadores devem apresentar alta sensibilidade e especificidade, além de apontar aspectos considerados relevantes para a tomada de decisões dos gestores dos sistemas de saúde. Portanto, nos serviços de saúde, devem ser escolhidos aqueles que atendam às necessidades próprias de cada instituição. Este curso parte da premissa que a produção de indicadores deve democratizar a informação e possibilitar aos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde uma leitura da realidade no sentido de implementar melhorias.

OBJETIVOS: Procurar instrumentalizar os participantes para que possam compreender conteúdos sobre indicadores tais como: Conceitos; tipos de indicadores; por que construir indicadores; o que os avaliam; atributos na construção de indicadores e qualificação de indicadores.

METODOLOGIA: O Curso tem a duração de duas horas, seu desenvolvimento ocorre através de aula expositiva dialogada com abordagem teórica e exemplos da prática. Envolve, também um exercício prático de construção de um indicador de qualidade assistencial em enfermagem, através de um instrumento de orientação técnica, a ficha de qualificação – RIPSA e atributos como: simplicidade, comparabilidade e validade.

RESULTADOS: Espera-se que ao final do curso o participante compreenda os conceitos abordados e seja capaz de construir um indicador de qualidade assistencial em enfermagem que seja viável dentro de seu

contexto de trabalho e tenha conceituação, interpretação, usos, limitações, fontes, método de cálculo, categorias sugeridas para análise e ainda possa prever dados estatísticos e comentários.

Palavras chave: indicadores, qualidade assistencial em enfermagem.

ÓRGÃOS NORMATIVOS E DE REFERÊNCIA:

- JCAHO: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
- NAGEH: Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar
- RIPSAs: Rede Interagencial de Informações para a Saúde
- SIPAGEH: Sistemas de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar

REFERÊNCIAS:

- CALDAS E.L., KAYANO J. Indicadores para o dialogo Série Indicadores, número 08, São Paulo, out.2002.
- DONABEDIAN A. The Quality of Health:How can it be assured? JAMA 260:1743-1748,1988.
- REDE Integral de Informações para a Saúde, Indicadores básicos de saúde no Brasil: conceitos e aplicações/ Rede Integral de Informações para a Saúde – Ripsa – Brasília:Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.229 p.:il.
- KLUCK M., GUIMARÃES J.R., FERREIRA J., PRONPT C.A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clinicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores, RAS – Vol.4 nº16 – jul-set. -2002
- MALIK A.M. Indicadores de qualidade e produtividade na saúde, Fundação Getulio Vargas. Anamalik@fgvsp.br 24/11/06
<http://www.jcaho.org>
<http://www.ona.org.br>
<http://www.qualihosp.com.br>



Palestras

SEGURANÇA DO PACIENTE

Prof^a Dr^a Ana Margherita Bork

CARACTERIZAÇÃO: Em 1999 o *Institute of Medicine (IOM/EUA)*, publicou um relatório intitulado “*To Err is Human*”, em que alertava a comunidade científica sobre o alto impacto das perdas humanas, decorrentes de erros preveníveis relacionadas à assistência de saúde nos Estados Unidos. A partir de então os estudos sobre o tema progrediram dando início a diversas iniciativas internacionais, para tornar mais seguro o processo assistencial ao paciente. Dentre estas iniciativas podemos citar a Aliança Internacional para a Segurança do Paciente, o estabelecimento do “Centro de Segurança do Paciente da Joint Commission International” que definiu os Objetivos Internacionais de Segurança do Paciente para os hospitais acreditados por esta entidade, além da campanha instituída pelo *Institute for Healthcare Improvement* denominada “Campanha 5 milhões de Vidas”. Estas e outras iniciativas reconhecem que os sistemas de saúde são ambientes altamente complexos, que abrigam atividades de alto risco e processos cuja complexidade favorece a ocorrência de eventos adversos.

OBJETIVO: identificar os riscos potenciais a que os pacientes estão sujeitos ao longo do processo assistencial buscando preveni-los por meio da instituição de ações e protocolos, além de monitorar sua ocorrência por meio do gerenciamento do risco.

METODOLOGIA: Um Sistema de Gerenciamento de Riscos à Segurança do Paciente é constituído pelas etapas de identificação, análise, tratamento ou correção dos riscos, com vistas a sua mitigação ou eliminação. A Divisão de Prática Assistencial, responsável por este projeto, mantém uma base de dados em que as informações coletadas são armazenadas para análise. Além disso, também são mantidos os registros físicos realizados (formulários e relatórios). É importante destacar que estas são informações regidas pelo princípio da confidencialidade, como é preconizado internacionalmente. Todos os processos monitorados possuem formulários próprios para coleta, compilação e análise dos dados, oferecendo *feed back* às equipes assistenciais para a proposição de medidas de melhoria contínua. Adicionalmente, o Sistema de Notificação de Eventos foi reformulado para favorecer a notificação de ocorrências e eventos. Estes eventos também são compilados e analisados, para permitir a identificação dos fatores e etapas do processo que possam trazer prejuízo ou risco para o paciente e que, portanto, devam ser modificados. A sistemática de coleta e análise de dados relacionados a segurança comporta as etapas descritas abaixo:

- Registro e notificação de incidentes (ocorrências)
- Registro e notificação de erro de medicação
- Vigilância de Infecção
- Vigilância de segurança das instalações
- Percepções da equipe e sugestões para melhoria da segurança do paciente
- Estimular a espontaneidade da equipe em notificar os erros

-
- Percepções e sugestões do paciente/família sobre e para melhoria da segurança do paciente
 - Identificação, registro e gerenciamento de eventos sentinela para:
 - Divulgação dos resultados

RESULTADOS: Implantado em Maio/07, o Sistema de Notificação de eventos facilitou a notificação de Eventos adversos (EAs) e EAGs. Observou-se no 2º semestre de 2007 um aumento nas notificações de EAGs. A notificação anônima e a garantia da confidencialidade dos dados inseridos foram condições utilizadas para estímulo à adesão do usuário ao sistema. 100% dos EAGs notificados são estudados pelo método de ACR para que as suas causas possam ser identificadas, e os eventos iguais ou similares prevenidos. A ACR é orientada para manter o foco na melhoria e no redesenho dos sistemas e processos. Para tal, optou-se por utilizar as ferramentas do National Center for Patient Safety (NCPS), desenvolvidas pela Veterans Health Administration-USA.

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES: o enfoque é a prevenção de riscos inerentes ao processo assistencial. Nesta perspectiva é fundamental que os enfermeiros estejam atentos ao estado clínico do paciente e suas possíveis alterações, de forma a identificar precocemente as complicações potenciais e mobilizar o sistema de saúde para o atendimento das necessidades do paciente, evitando o agravamento do quadro. Pesquisas evidenciam que uma equipe de enfermeiros preparada e competente pode reduzir em até 30% o risco de mortalidade no período pós-operatório. O enfermeiro e sua equipe são fundamentais para o sucesso do projeto, pois acompanham toda a trajetória dos pacientes e suas famílias durante sua permanência na instituição. São responsáveis por grande parte dos cuidados prestados, bem como pelo processo educacional dos pacientes e suas famílias, integram as informações necessárias para a assistência, recebidas e transmitidas entre os diferentes profissionais, constituindo uma importante rede de segurança para o paciente, uma vez que garantem a continuidade e evitam falhas que poderiam resultar em risco.

Palavras- chave: segurança do paciente, eventos adversos, gerenciamento e vigilância do risco.

ACIDENTES DOMÉSTICOS EM IDOSOS COM DIAGNÓSTICO DE DEMÊNCIA¹

Celmira Lange²
Rosalina A. P. Rodrigues³

¹Parte de tese de doutorado.

²Doutora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, RS

³Orientadora, Prof.^a Dra. Titular do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP - USP.

INTRODUÇÃO: O envelhecimento populacional é um fenômeno observado em todos os países, acompanhado pela transição demográfica e epidemiológica. Ao abordar esta temática é preciso referenciar Omran¹, que destaca cinco estágios distintos da transição epidemiológica no continente americano no decorrer dos tempos. No quinto estágio ele aborda que no século XXI estarão na liderança as doenças crônico-degenerativas e as ocasionadas pelo homem, causando problemas múltiplos de saúde, como por exemplo, os acidentes nos idosos. As demências são problemas de saúde que cresce a cada ano em importância e número. O declínio das funções cognitivas compromete a segurança do indivíduo, deixando-o mais susceptível a diversas situações do cotidiano, dentre elas os acidentes domésticos, que são responsáveis pelo aumento de problemas como: dependência, incapacidade, morbidade e mortalidade, ocasionando prejuízos ao indivíduo, família e sociedade. A idade avançada somadas as doenças crônicas podem deixar o idoso mais vulnerável para os perigos dentro e fora do ambiente domiciliar. Dentre esses perigos estão os acidentes que podem ser de trabalho, de trânsito e os domésticos, sendo que os últimos ganham importância, quando, considera-se que o idoso passa boa parte do tempo no ambiente domiciliar. O indivíduo com perda de memória, acrescida ao processo de envelhecimento, diminuição da coordenação motora, da acuidade visual e auditiva, entre outras dificuldades, fica mais exposto à ocorrência de acidentes². Os acidentes devem ser questões de preocupação da Saúde Pública, pelos prejuízos que causam ao indivíduo, à família e sociedade³. Outras constatações importantes da OMS são os dados demográficos mostrando que as quedas, em idosos, destacam-se como as principais causas de acidentes, seguidas por queimaduras e envenenamentos, entre outras. Acidente é um acontecimento, que ocorre contra a vontade por súbita força externa e causa danos físicos e mentais⁴. Os acidentes geralmente são classificados de acordo com o local onde ocorrem. Por exemplo, acidentes domésticos são aqueles que acontecem dentro ou em torno do domicílio. Os fatores relacionados aos acidentes em idosos são múltiplos e complexos. Portanto, devem-se levar em conta os fatores intrínsecos que são os relacionados à condição física do paciente, o declínio das funções cognitivas, o uso de medicação, doenças associadas, entre outros. Quanto aos extrínsecos, estes se relacionam ao ambiente.. Portanto, faz-se necessário identificar os fatores de risco para acidentes em idosos, a fim de desenvolverem estratégias de prevenção.

OBJETIVO: O estudo teve por objetivo descrever os acidentes domésticos ocorridos com idosos portadores do diagnóstico de demência, residentes na zona urbana de Ribeirão Preto, SP., atendidos em um Ambulatório terciário de um hospital público, relacionando-os às suas condições de vida.

MATERIAL E MÉTODO: Trata-se de um estudo epidemiológico, de cunho descritivo, retrospectivo. O estudo foi desenvolvido em idosos com diagnóstico de demência residentes na zona urbana de Ribeirão Preto-SP, atendidos no período de 02 de janeiro de 2001 a 30 de dezembro de 2002, no Ambulatório de Neurologia Comportamental (ANCP) do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP). Foram considerados idosos os pacientes com 60 anos ou mais, de ambos os sexos. Os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado e pré-codificado, tendo poucas questões abertas. Para a coleta de dados foram utilizados os seguintes instrumentos: **1 - Older Americans Resources and Services (OARS)**⁵. É um instrumento multidimensional para avaliar o estado funcional do idoso, empregando-se neste estudo parte do instrumento OARS. **2 - Mini Exame do Estado Mental (MEEM)**. A interpretação dos resultados do MEEM foi de acordo com a pontuação elaborada por Brucki et al⁶. **3 - Acidentes domésticos**. O instrumento foi elaborado pela pesquisadora deste estudo e submetido a três especialistas para análise e sugestões. Ele aborda os tipos, as causas e as consequências dos acidentes. Os tipos de acidentes investigados foram as quedas, as aspirações/engasgos, os cortes/ferimentos, as queimaduras, as intoxicações e ingestão de corpos estranhos. O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -USP e aprovado em 28 de abril de 2003, de acordo com o processo HCRP nº 2929/2003. Para a apresentação dos resultados foi utilizado o método estatístico de análise percentual, com distribuição de frequência simples buscando, sempre que possível, comparação com a literatura. A análise estatística foi realizada com a utilização do programa computacional Statistical Package of Social Sciences (SPSS, 1999), versão 11.5.

RESULTADOS: Os resultados evidenciaram que dos 110 idosos com o diagnóstico de demência entrevistados, 65,5% sofreram algum tipo de acidente doméstico, nos últimos 12 meses. Sendo que 65,5% dos idosos eram do sexo feminino e 34,5% do masculino, variando a idade de 63 a 91 anos, com uma média de 77 anos. Quanto à escolaridade, 45,5% dos idosos tinham até 4 anos de escolaridade, os analfabetos e os que sabem ler e escrever somaram 35,5%. Os resultados dos escores dos idosos no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) foi padronizado em baixo e alto desempenho, de acordo com a escolaridade de cada um, sendo que 91% tiveram baixo desempenho e 9% com alto desempenho. Dos 65,5% de idosos que sofreram algum tipo de acidente doméstico, a distribuição foi a seguinte: 58,2% quedas, 29,1% aspirações e engasgos, 7,3% queimaduras, 6,4% cortes e ferimentos, 3,6% intoxicações e 0,9% ingestão de corpo estranho. Quanto ao tipo de queda, 50% foram da própria altura, sendo que 34,4% dos idosos que caíram afirmaram ter medo de novas quedas. No que se refere ao momento da queda, foram relatados 63,6% de fatores intrínsecos (alteração de equilíbrio, dificuldade para caminhar, fraqueza muscular), enquanto os extrínsecos (piso escorregadio e/ou com desnível, banheiro sem barras) atingiram 36,4%. As lesões mais relatadas, após a queda, foram os ferimentos na cabeça com necessidade de sutura. As aspirações e engasgos foram causados por alimentos de diversas consistências e a tosse esteve presente em 96,6% dos eventos. As queimaduras ocorreram na cozinha, durante o preparo de alimentos, sendo 89,5% delas nos membros superiores. Essas foram causadas em 41,2% pelo contato direto com objeto quente e/ou chama/fogo. Os acidentes com objetos

cortantes foram causados por facas, giletes, maçaneta, tesoura, vidro, ferro e as partes do corpo mais atingidas foram mãos, braços e faces. A intoxicação por ingestão de medicamento foi referida por três idosos e a de corpo estranho foi causada por deglutição de pedaços de sabão; 90,5% dos acidentes aconteceram com idosos de baixo desempenho no MEEM e apenas 9,5% ocorreram com idosos de alto desempenho. A faixa etária com maior frequência de acidentes está entre 75 a 79 anos. Esses dados mostram que os idosos com baixo desempenho no MEEM e idade entre 75 a 79 anos estão mais predisponentes a risco de acidentes. A equipe de saúde e a família devem constantemente realizar avaliação tanto nos fatores intrínsecos quanto nos extrínsecos para estabelecer estratégias de prevenção de acidentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O declínio das funções cognitivas compromete a segurança do indivíduo, deixando-o mais susceptível à diversas situações de risco à saúde no cotidiano, dentre elas os acidentes domésticos, que são responsáveis pelo aumento de problemas como: incapacidade, dependência, morbidade e mortalidade; ocasionando prejuízos ao indivíduo, família e sociedade. Este estudo mostra que na área de prevenção de acidentes domésticos, os profissionais necessitam de estudos e estratégias específicas para essa população. Os cuidadores/familiares acreditam que muitos acidentes poderiam ser evitados, porém não têm conhecimentos de como devem proceder. É importante que os profissionais de saúde realizem avaliações periódicas do estado clínico e cognitivo do idoso demenciado, juntamente com a avaliação do ambiente domiciliar para diminuir os riscos de acidentes nessa população.

Palavras Chave: Acidentes domésticos, demência, idosos, estado cognitivo.

REFERÊNCIAS:

- OMRAN, A. R.. **The epidemiologic transition in the Americas**. Washington – D.C.: Pan- American Health Organization, World Health Organization, University of Maryland at College Park, 1996. p. 14-206.
- LANGE, C. **Acidentes domésticos em idosos com diagnóstico de demência atendidos em um ambulatório de Ribeirão Preto, SP** Ribeirão Preto. 2005. 221p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **1990 World Health Statistics**. Annual vital and causes of death. Geneva: WHO, 1990. Series 706.
- HAMZAOGLU, O.; JANSON, S. Incidence and causes of home accidents at Ankara Giziltepe Apartiments in Turkey. **Accident Anal. Prevention**, v. 34, p.123-128, 2002.
- DUKE UNIVERSITY CENTER for the STUDY OF AGING and HUMAN DEVELOPMENT. **Multidimensional functional assessment: the OARS methodology**. Duke University Center for the Study of Aging and human Development. Durham, NC. 1978
- BRUCKI S.M.D. NITRINI R; CARAMELLI P; BERTOLUCCI P.H.F; OKAMOTO I.H. Sugestões para o uso do Mini-Exame do Estado Mental no Brasil. **Arq. Neuropsiquiatr**. 2003; 61 (3-B): 777-781.

EFEITOS DO TRABALHO EM TURNOS NOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Profª Drª Sônia B C Souza

Nos centros urbanos, cada vez mais as necessidades sociais regulam a estrutura e os horários das jornadas de trabalho, o que afeta as necessidades básicas das pessoas, como relacionamento familiar, alimento e sono. Os trabalhadores passam a utilizar outros referenciais, que não só a luz do sol, alterando seus estilos de vida freqüentemente de forma insalubre. Trabalho em turnos pode ser definido como aquele realizado fora do horário de iluminação diurna natural. O processo de organização do trabalho em turnos é regido por necessidades técnicas, econômicas e sociais, pelas quais se organizam escalas de trabalho que visam assegurar a continuidade da produção ou da prestação de serviços. O *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) e *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH)–EUA sugerem uma classificação dos efeitos do trabalho em turnos como sendo imediatos e a longo prazo. Os efeitos imediatos ocorrem a seguir do início da atividade em turnos e incluem transtornos do sono, diminuição do desempenho no trabalho, risco aumentado de acidentes no trabalho e interferência na vida familiar, devido aos horários de trabalho não coincidirem com os horários das atividades da população em geral. Os efeitos a longo prazo ocorrem entre 2-3 anos do início no regime de trabalho e estariam relacionados com danos crônicos à saúde do trabalhador, como transtornos do trato gastrintestinal (desconforto gástrico, úlceras pépticas e constipação), efeitos cardiovasculares, sintomas ansiosos e depressivos e abuso de estimulantes e hipnóticos. Supõe-se que estes profissionais estejam expostos, concomitantemente, a uma privação crônica de sono, desempenho de atividades complexas com pacientes em estado crítico e sob condições gerais de grande estresse. A utilização do conhecimento sobre ritmos biológicos otimiza o planejamento de atividades laborais em momentos do dia mais favoráveis para o trabalho, contribuindo para um melhor rendimento do indivíduo. Pesquisas sobre os efeitos do trabalho em turnos tem sido foco de atenção na prevenção do dano à saúde do trabalhador. Em contrapartida, observa-se a crescente demanda por serviços 24 horas, o que torna inevitável a inserção de um número cada vez maior de profissionais nesse regime, cabendo à sociedade equacionar meios de organização do trabalho onde as pessoas possam desenvolver suas atividades com o mínimo de segurança necessária para proteção da sua saúde. Algumas recomendações que podem auxiliar o indivíduo a manter um **estilo de vida** saudável e relacionada ao manejo da privação de sono, dieta e atividade física adequadas aos horários de trabalho, bem como recomendações ergonômicas, seguem abaixo:

A) Como enfrentar a privação de sono?
Manter sono noturno em média de 7-8 horas por noite. No caso de sono diurno, tente dormir de 2-3 horas antes do plantão.
Conversar com a família sobre a importância da qualidade do sono
Evitar exercícios antes do horário planejado para dormir
Evitar ingestão de cafeína e estimulantes
Tomar um banho morno
Deitar numa cama limpa e confortável
Escurecer o quarto
Se necessário, colocar tampões nos ouvidos e desligar telefones
B) Recomendações à dieta:
Tente desenvolver um hábito de alimentação regular em relação ao seu turno de trabalho
Tente juntar-se à família pelo menos numa refeição durante o dia
Durante o plantão noturno escolha alimentos leves, mas nutritivos; evite excesso de gorduras e carboidratos
Se possível, evite consumo excessivo de cafeína
Controle a ingestão de doces
C) Realize atividade física regularmente
D) Recomendações Ergonômicas
Conhecer os efeitos dos ritmos biológicos para o planejamento das escalas e do processo de trabalho
Educação dos trabalhadores e suas famílias
Adequações das condições ambientais especialmente àquelas que colaboram para aumento da vigilância, como temperatura, iluminação e conforto
Providenciar aconselhamento para saúde aos indivíduos portadores de condições médicas pré-existent

O impacto a longo prazo dos transtornos do trabalho em turnos ainda não é bem conhecido, e o aumento crescente do número de trabalhadores nesse regime de trabalho justifica a discussão de medidas a serem implementadas pelos trabalhadores e instituições, entre elas 1) estimular desenvolvimento de pesquisas que investiguem a existência de relações de causa e efeito entre trabalhos em turnos e a saúde dos indivíduos, 2) desenvolver programas de educação continuada aos trabalhadores sobre a relação do ciclo sono / vigília com a atividade e desempenho no trabalho, e 3) revisar o processo de trabalho e a prevenção de acidentes. O desenvolvimento de estratégias úteis para proteção da saúde do trabalhador em turnos pode contribuir para a prevenção de doenças ocupacionais, através da manutenção de um estilo de vida saudável do ponto de vista biológico, psicológico e social destes trabalhadores.

GERENCIAMENTO, SEGURANÇA E SAÚDE

Ana Maria Muller de Magalhães
Gisela Maria S. Souto de Moura
Maria Lúcia Rodrigues Falk

Orientados pelo Planejamento Estratégico na sua perspectiva “Aprendizado e Crescimento”, bem como pela Política Nacional de Humanização, o Grupo de enfermagem vem se posicionando e consolidando seu papel de apoio ao gerenciamento e a liderança, buscando ferramentas gerenciais e novos mecanismos institucionais que gerem mais qualidade e segurança aos processos de trabalho. A Política Nacional de Humanização através de seu dispositivo Trabalho e Saúde do trabalhador, considera fundamental ampliar a visão da Humanização através da melhoria nas relações entre os trabalhadores e estes com os usuários. Observando-se um o número crescente de doenças atribuídas ao trabalho assim como, o aumento no número de acidentes de trabalho, a instituição, munida destas duas estratégias impõe ações concretas para minimizar os riscos, gerar mais segurança e ampliar a qualidade nos modos de fazer e de gerenciar. O trabalho é um lugar entendido como manutenção de vida, produção de subjetividade e dependendo de cada pessoa, como gerador de satisfação ou sofrimento, que produz tenção ou oportuniza crescimento, que produz alienação ou protagoniza o sujeito. A experiência de trabalho não é neutra, configura modos de ser e modos de viver; produz sujeitos; crenças; valores, modos de ver o mundo e pressupõe uma reflexão ética. Quando o sujeito é acometido por uma doença – distúrbio temporário ou permanente, físico ou psicológico, sua imagem corporal é alterada, a concepção de si mesmo, assim como sua relação com o mundo, comprometendo todo o organismo. No hospital, a maioria das doenças são relacionadas a Lesão de esforços repetitivos (LER) e as Doenças osteo musculares relacionada ao trabalho (DORT). Cabe ao líder da área gerenciar, planejar e instituir novas medidas para organizar o trabalho da equipe, de modo que, possam produzir a assistência e o cuidado esperado por todos. Isto acarreta os mais variados sentimentos para todos os envolvidos (equipe e trabalhador afastado/ reabilitado) que precisam se readaptar ao volume de trabalho e suas especificidades. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre vem desenvolvendo iniciativas que objetivam a implementação de ações de saúde, segurança do trabalho e prevenção a riscos no trabalho auxiliando no aumento dos índices de satisfação dos funcionários, através da promoção de um melhor ambiente de trabalho e principalmente com maior segurança. - O programa de qualidade de vida no trabalho é realizado pela Coordenadoria de Gestão de Pessoas, em conjunto com o Serviço Social, Serviço de Psicologia e Serviço de Medicina Ocupacional, o programa desenvolve, através de uma temática central e diferentes metodologias, ações que contribuam para uma melhor qualidade de vida dos funcionários. - O programa de reabilitação profissional (PRP) caracteriza-se pelo atendimento a trabalhadores afastados por adoecimento e pela sua reinserção na atividade laboral, de modo a conciliar as condições de saúde destes às características dos postos de trabalho e às demandas da instituição. O índice de absenteísmo do HCPA, nos dois últimos anos, tem se mantido no patamar de 3%. As atividades voltadas à qualidade de vida e prevenção de acidentes têm o objetivo de reduzir esse índice.

Integrado ao Planejamento Estratégico da Instituição, o gerenciamento da força de trabalho voltou-se, prioritariamente, para a melhoria das intervenções em processos críticos, bem como para o oferecimento, aos gestores e funcionários, de um serviço com maior qualidade, presteza e rapidez. - O programa de controle médico de saúde ocupacional (PCMSO) tem caráter de prevenção, rastreamento e diagnóstico precoce dos agravos à saúde relacionados ao trabalho, além da constatação da existência de casos de doenças profissionais ou danos à saúde dos trabalhadores. - O programa de prevenção de riscos ambientais (PPRA) visa à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores através da antecipação, do reconhecimento, da avaliação e do controle da ocorrência de riscos ambientais no ambiente de trabalho. A unidade de saúde dos funcionários tem como objetivo oferecer um atendimento clínico nos moldes de um pronto-atendimento de saúde para os trabalhadores do Hospital. - Programas de Educação e Prevenção em Saúde: Programa de Atenção à Saúde do Trabalhador; Programas de Vacinação; Academia de Ginástica do Hospital de Clínicas; Capacitação no Manejo do Material Biológico; Curso sobre Riscos Biológicos no Ambiente Hospitalar; Palestra em comemoração ao dia internacional da Mulher; Programa Qualidade de Vida, juntamente com a CGP. Quanto à gestão de desempenho o GENF concluiu os perfis dos cargos bem como as responsabilidades estratégicas da Instituição, sempre com a preocupação de manter uma metodologia participativa junto às unidades e serviços. O trabalho em equipe é um dos valores institucionais presentes no Planejamento Estratégico do Hospital e no qual, segundo a pesquisa de satisfação, existem oportunidades de melhoria. Em 2007 houve uma significativa redução dos acidentes de trabalho e da gravidade de acidentes. Isso expressa o trabalho desenvolvido pelo envolvimento das equipes multiprofissionais atuando fortemente em ações preventivas, curativas e ou reabilitadora.

Resumos

Enfermagem no Cuidado à Criança

A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A FAMÍLIA NO CUIDADO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA ¹

Adriana Ferreira da Silva²
Maína Sulzbach Petry³
Raquel Farias Rozeno⁴
Vera Catarina Portella⁵

¹Trabalho elaborado como requisito para a obtenção de conceito parcial na disciplina de Pesquisa e Enfermagem I, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

²Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telefone: 84115036 e-mail: quelrozeno@yahoo.com.br

⁵Enfermeira pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul(1975) ,Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1995) Livre Docente pela UERJ (1989). Professor assistente da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O cuidado de crianças hospitalizadas, era no passado feito exclusivamente pela equipe de saúde. Foi o novo conceito de criança (um ser em desenvolvimento e crescimento, com necessidades biológicas e psicológicas), o grande desencadeador desta mudança. A pesquisa em relação à presença da família aborda a importância desta no cuidado da criança, buscando conscientizar os profissionais da saúde, visto que em muitas instituições há resistência quanto a sua presença, havendo unanimidade em considerar que a separação da família, é o fator que provoca maiores efeitos adversos. O conhecimento adquirido servirá para compreender as relações da equipe de enfermagem com a família da criança no desenvolvimento das práticas para o cuidado. O estudo foi realizado com delineamento de pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, as fontes foram bases de dados (Lilacs, BENF) periódicos e livros. A análise de resultados segue o modelo de Gil (2002). A família e enfermagem têm um mesmo objetivo, que é trabalhar para o restabelecimento da saúde da criança. Devido à hospitalização a família passa por uma desestruturação em suas rotinas, gerando estresse que pode levar a possíveis conflitos com a equipe. Esta não está habituada a considerar as questões psicossociais dos pais na internação, não tendo claro seu papel nesse processo. A equipe toma decisões isoladas descaracterizando o papel dos pais e prejudicando o cuidado humanizado frente a uma família fragilizada com a internação. Cabe aos cuidadores a sensibilidade de auxiliá-los para tornar a internação mais tranqüila e o trabalho mais humanizado e eficiente.

A INSERÇÃO DO LÚDICO NO CUIDADO À CRIANÇA COM CÂNCER: A EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM

Maria Lúcia de Castro Pastro¹
Daiane Bertuzzi²
Juliana Maciel Pinto³
Greice de Medeiros Stefani⁴
Gédria Bastiani⁵
Marina Gabriela Silvestre⁶
Helena B. Issi⁷

^{1,2,3,4,5,6.} Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

^{7.} Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
Contato com relator: e-mail: miazinha@gmail.com ou telefone: 51-81898886

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: O câncer infantil corresponde a um grupo de várias doenças que têm em comum a proliferação descontrolada de células anormais e que pode ocorrer em qualquer local do organismo. As neoplasias mais freqüentes na infância são as leucemias, tumores do sistema nervoso central e linfomas. Também acometem crianças o neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma, tumor germinativo, osteossarcoma e sarcomas. Diferentemente do câncer de adulto, o câncer da criança geralmente afeta as células do sistema sangüíneo e os tecidos de sustentação, enquanto que o do adulto afeta as células do epitélio, que recobre os diferentes órgãos (câncer de mama, câncer de pulmão). Pela sua complexidade, o tratamento oncológico deve ser efetuado em centro especializado, e compreende três modalidades principais (quimioterapia, cirurgia e radioterapia), sendo aplicado de forma racional e individualizada para cada tumor específico e de acordo com a extensão da doença (BRASIL, 2008). O tratamento de afecções oncológicas é complexo em todas as faixas etárias. O enfrentamento do câncer requer apoio familiar e uma estrutura de saúde com alto suporte tecnológico para o tratamento. Assim, este estudo é proveniente da necessidade de apoio à criança e à família no tratamento do câncer infantil. A presença de uma criança com câncer afeta toda a família e tem, ainda, o potencial de romper profundamente a sua estrutura, porém, à medida que seus membros adaptam-se à doença, seus papéis e responsabilidades podem mudar (CLARKE-STEFFEN, 1997 apud NASCIMENTO et al, 2005, pg. 70). Os profissionais de saúde que prestam assistência a estas crianças devem estar atentos às questões não somente do tratamento da doença, mas preocupados em prestar uma assistência integral à criança e sua família, uma vez que a criança está inserida no contexto familiar (TAVARES et al, 2007). Conforme Nascimento et al, (2005, pg. 70), famílias de crianças com câncer, muitas vezes, sentem-se impotentes para satisfazerem as necessidades relacionadas aos cuidados de saúde de suas crianças e de sustentarem suas vidas familiares. Capacitar essas famílias é uma intervenção que pode ser feita pelos enfermeiros. O cuidado de enfermagem prestado a essas crianças inicia pelas técnicas referentes à higiene, alimentação, medicação, coleta de material para exames e orientações para prevenção de infecções (TAVARESS at al, 2007). Além disso, torna-se interessante o enfermeiro dentro de sua prática de atuação

inserir o lúdico no cuidado a essas crianças. A recreação pode amenizar a sensação dolorosa dos procedimentos de enfermagem e o sentimento de hospitalização. Segundo Pedrosa et al, (2007), a hospitalização pode comprometer o desenvolvimento normal da criança com câncer, devido à quebra de sua rotina anterior e ao processo de adaptação à nova realidade (exames, procedimentos dolorosos, horários, visitas, etc.), podendo acarretar alterações físicas e mentais. Partindo dessas alterações repentinas na vida da criança, nota-se a importância de projetos que incluam uma assistência adequada e que visem, através de ações lúdicas, minimizar os efeitos da hospitalização e prevenir sofrimentos psicológicos. Dentre as possíveis estratégias utilizadas pela criança para enfrentar o processo da hospitalização, encontra-se o brincar e a leitura, sendo essas práticas próprias de seu momento de vida, nas quais ela descobre, experimenta, inventa, exercita e confere suas habilidades, além de estimular a criatividade, a iniciativa e a autoconfiança.

OBJETIVO: Este trabalho relata as experiências vividas por acadêmicas de enfermagem inseridas em uma unidade de internação pediátrica oncológica de um hospital de Porto Alegre. O papel das acadêmicas foi o de realizar procedimentos técnicos no cuidado à criança e proporcionar um ambiente agradável através do lúdico. Além disso, as acadêmicas ajudaram no enfrentamento dos efeitos adversos da quimioterapia, através de conversas com o paciente e a família, reforçando a auto-estima. Também eram dadas orientações sobre a prevenção de infecções possíveis decorrentes da doença.

METODOLOGIA: Neste estudo descritivo, utilizamos o método participativo. As acadêmicas entraram em contato com as crianças na sala de recreação e nos quartos da unidade de pediatria oncológica. O lúdico desenvolveu-se através de brincadeiras, jogos, leitura e música. Nesse momento recreativo, procurava-se não falar da doença, tentando ocupar a criança com diversão e alegria.

RESULTADOS: Pode-se perceber que o lúdico ajudou a criança a enfrentar a doença e o tratamento, amenizando a dor e o sentimento de hospitalização. Para a enfermagem, o lúdico, auxiliou nas práticas técnicas e nas orientações que foram dadas, fazendo com que a criança entendesse dentro do seu mundo o que estava se passando ao seu redor. Desmistificou-se, em muitos momentos, o pavor da rotina hospitalar, transformando-o em brincadeiras lúdicas, aliviando conflitos e tensões da criança. Procuramos conversar, naturalmente, com crianças e pais sobre o câncer, a fim de reduzir o medo e a angústia originados pela doença e pelo período de internação.

CONCLUSÃO: Para amenizar a situação em que o paciente portador de câncer se encontra, o enfermeiro deve conjugar o conhecimento científico e ter sensibilidade com o paciente e a família, oferecendo assistência centrada, única e individualizada. As mudanças na aparência física da criança devido aos efeitos do tratamento podem provocar dificuldades de aceitação da própria imagem e de relacionamento social. Portanto, para desenvolver o cuidado de enfermagem é necessário compartilhar vivências, sentimentos e perceber a criança como ser único em processo de crescimento e desenvolvimento. O brincar faz parte do desenvolvimento da criança, portanto, deve-se inserir o lúdico como ajuda terapêutica nas instituições hospitalares e nas práticas dos profissionais de saúde. Gargiulo et al, (2007), relata perceber que as enfermeiras que assistem esses pacientes têm o desafio de encontrar significados e respostas aos questionamentos do processo de viver, adoecer, curar, morrer e de implementar medidas para promover a

vida ou aliviar o sofrimento. O cuidado, essência da enfermagem, volta-se para a busca da qualidade de vida e para a compreensão do ser humano como um todo. É preciso estar sempre atento para que se possa conhecer, saber o que o outro necessita e como ajudá-lo nesse processo. Acredita-se que ainda há muito por se fazer nessa área da hospitalização infantil, como trabalhar as questões de recreação, socialização e integração (PEDROSA et al, 2007). Beltrão et al (2007) aponta que os principais suportes para o apoio familiar são as crenças religiosas individuais, a família, a equipe de saúde e os amigos. Esta rede de apoio auxilia no enfrentamento da doença, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Palavras-chave. Câncer infantil; cuidado; criança; família; lúdico; enfrentamento.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional de Câncer**. Particularidades do câncer infantil. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=343. Acesso em 13 de abril 2008.
- CLARKE-STEFFEN L. Reconstructing reality: family strategies for managing childhood câncer. *J Pediatr Nurs* 1997; 12 (5): 278-87.
- GARGIULO, C. A.; MELO, M. C. S. C. de; SALIMENA, A. M. de O.; BARA, V. M. F.; SOUZA, I. E. de O. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. **Texto & Contexto-Enfermagem**, 2007, vol.16, n.4, pg. 696-702.
- NASCIMENTO, L. C.; ROCHA, S. M. M.; HAYES, V. H. LIMA, R. A. G. de. Crianças com câncer e suas famílias. **Rev. da Escola de Enfermagem da USP**, 2005; 39(4): 469-74.
- PEDROSA, A. M.; MONTEIRO, H.; LINS, K.; PEDROSA, F.; MELO, C. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, 2007, vol.7, n. 1, pg. 99 – 106.
- TAVARES, E. C.; SEGÓVIA, A. da C.; PAULA, E. S. de. A família frente ao tratamento da criança com câncer: revisão de literatura. **Revista Fafibe On Line**, n 3, ago. 2007.

**A TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA DOR EM DIFERENTES CULTURAS:
PONTO DE PARTIDA PARA UM OLHAR DIFERENCIADO EM PEDIATRIA.**

Ferreira, Anali Martegani¹
Predebon, Caroline Maier²
Tecchio, Cleocir M.³
Dall Agnol, Cleomira⁴
Arbo, Jolileine⁵
Johann, Marta Freitas⁶
Issi, Helena Becker⁷

¹Mestranda em Enfermagem - Escola de Enfermagem/UFRGS. Especialista de Terapia Intensiva. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HCPA. Contato: anali@pop.com.br. Celular: 92824454.

²Especialista em Pediatria. Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica 10º Norte/HCPA. Professora Substituta da Escola de Enfermagem/UFRGS. Contato: carolmprede@yahoo.com.br

³ Enfermeira da Unidade de Transplante de Medula Óssea.

⁴ Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul/HCPA.

⁵ Enfermeira do Serviço de Emergência - HCPA.

⁶ Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica 3º leste/HCPA.

⁷Mestre em Educação. Enfermeira Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Contato: hissi@hcpa.ufrgs.br

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Para realizar o cuidado à criança com dor e sua família deve-se considerar a dor como um fenômeno sempre presente na história da humanidade, o qual é influenciado por diversos fatores sócio-culturais, fisiológicos e comportamentais. Nesse sentido considera-se importante a compreensão do significado da dor em cada período histórico.

OBJETIVO: Descrever os marcos norteadores sobre o tema dor numa perspectiva histórica como ponto de partida para implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital na área do cuidado à criança hospitalizada.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica pautada na revisão de literatura ¹ com base em um trabalho de interação entre enfermeiros docentes da escola de nível médio (formação técnico em enfermagem) e enfermeiros das diferentes áreas que atendem crianças no HCPA. Tal atividade teve como intuito embasar ações de cuidado à criança, culminando com estratégias para implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital no Serviço de Enfermagem Pediatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. Inicialmente formou-se o Grupo de estudos sobre dor em pediatria, que desenvolveu uma revisão histórica sobre o tema, o que ancorou a experiência de sensibilização para olhara a dor em crianças hospitalizadas. Tal ação interativa visa a melhoria da assistência prestada à criança hospitalizada, bem como atender uma meta institucional de implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital.

RESULTADOS: A dor sempre esteve presente na vida humana, desde os primórdios das civilizações até os dias atuais, sendo percebida e representada de diferentes maneiras, sob a influência do período histórico vivido. Para os povos primitivos, a dor era vista como uma impureza que necessitava de um ritual para purificação. Na Índia, a dor era relacionada a emoções relevantes. Para os chineses, a dor estava ligada ao excesso ou deficiência de certos fluidos no organismo. No Egito Antigo, a dor que não tinha uma causa visível era considerada como uma obra de maus espíritos e uma punição dos deuses ². Nesse período há

registros de vários fármacos analgésicos. Na Mesopotâmia e no Egito antigo, encontram-se os primeiros registros do uso ópio. Já na América pré-colombiana, os Maias e Astecas faziam uso de alucinógenos e os povos Andinos usavam o arbusto da cocaína como forma de tratamento para aliviar o sofrimento, o que nos mostra a grande preocupação desses povos com o alívio da dor. É importante ressaltar que no tratamento da dor eram incluídos medicamentos e venenos, denominados de *pharmakon*, recursos dietéticos e também o uso da palavra, musicoterapia, astrologia e banhos de ervas ². Desde a antiguidade, questões relacionadas à dor promoveram reflexões filosóficas. Na Grécia antiga (500 a.C – 100 d.C), havia entendimento de que o cérebro e os nervos constituíam-se nas estruturas responsáveis pela sensação de dor, a qual poderia ter origem traumática, ambiental ou ser um castigo dos deuses ². Na Era Cristã 100 d.C – 450 d.C, podemos citar grandes pensadores, entre eles, os filósofos Platão, Aristóteles e Hipócrates. Aristóteles (384-322) acreditava que a estimulação dolorosa era conduzida ao coração através do sangue. Platão (427-347 a.C.) atribuía dor às emoções e Hipócrates considerava a dor um desequilíbrio da natureza, que o levava a buscar respostas com o objetivo de reduzir sofrimentos ². Segundo a mitologia romana, a dor era representada pela divindade mitológica *Poena*, que aparece como Mãe das Fúrias, sendo uma das Divindades Infernais. Este símbolo representa e demonstra a importância que a dor tinha para os povos antigos, e nos leva a refletir sobre o quanto a dor ao longo da história, instigou a mente humana e ainda hoje permeia seu imaginário. Na Idade Média a Filosofia de Aristóteles seguia vigente, porém com modificações, pois o coração como centro das emoções já não era mais ceno comum, desaparecendo como o centro da percepção da dor². Após o Renascimento, o Sistema Nervoso Central surge como mecanismo fundamental nas sensações de dor, mostrando avanços nos estudos da fisiologia, através da qual se explica o mecanismo de nocicepção. A partir dessa compreensão iniciaram-se novos entendimentos sobre a dor. Em 1664, Descartes introduziu o conceito da dor como uma sensação percebida no cérebro, em decorrência de um estímulo dos nervos sensoriais. No final do século XIX foi divulgada a Teoria do Portão de Estímulos ou da Somação, segundo a qual a sensação da dor dependeria da intensidade do estímulo. Já no século XX, destacam-se alguns estudos clássicos sobre o desenvolvimento neurofisiológico da nocicepção ^{3,4}. Em 1973, foi fundada a Associação Internacional para Estudos da Dor – IASP, que em 1986, definiu a dor como uma experiência emocional e sensorial desagradável, associada a lesões teciduais reais ou potenciais. Porém se faz necessário acrescentar que a dor também envolve fatores sensitivos, emocionais, cognitivos e comportamentais ⁵. No Brasil, em 1990, foi publicada a Lei 8.069, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) ⁶, o qual garante à criança e ao adolescente proteção a vida e a saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que favoreçam o desenvolvimento harmonioso em condições dignas de vida. Em 1995, foi criada a Sociedade Brasileira de Estudos da Dor, mostrando a preocupação da comunidade científica, bem como da sociedade brasileira, com as questões relacionadas a dor do indivíduo. Nesse mesmo ano foi lançada a Resolução nº 41 ⁷, que versa sobre os Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, a qual destaca em seu item 7, que toda criança tem o direito de ter sua dor aliviada quando existem meios para alivia-la. Em 2000, durante o Congresso Brasileiro da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor, foi aceita a proposta para criação do Comitê de Pediatria na Sociedade Brasileira para Estudos da Dor, tendo como finalidades propagar conhecimentos

sobre a dor em pediatria, mostrando que seu tratamento é tão importante quanto em adultos, ação esta que veio ao encontro da legislação vigente. A partir de 2006 outras orientações, tais como, a carta dos Direitos do paciente usuário da saúde/MS – 2006⁸ reforçam a relevância do tratamento e alívio da dor. É importante ressaltar que no HCPA, a dor vem sendo valorizada, através do trabalho realizado no Ambulatório de Dor Crônica - direcionado ao paciente adulto, por uma equipe multidisciplinar, demonstrando a preocupação institucional com o tratamento da dor. Outras ações foram realizadas nesta instituição, voltadas para avaliar e minimizar a dor do paciente hospitalizado nas diversas situações experienciadas. Entre estas, destaca-se, no ano de 2002, a implantação da dor como 5º sinal vital, para pacientes em pós-operatório, na unidade de recuperação pós-anestésica. Seguindo esta tendência, iniciativa semelhante está sendo desenvolvida no Serviço de Enfermagem Pediátrica - SEPED, tendo seu início organizado através da criação de um Grupo de estudos sobre dor na criança oncológica, por enfermeiras da Unidade de Oncologia Pediátrica. A partir desse marco, iniciou-se um projeto de desenvolvimento, o qual culminou com a implantação da avaliação da dor com 5º sinal vital nessa unidade. Pela relevância desse trabalho, a avaliação da dor como 5º sinal vital está sendo inserida em todo o serviço de pediatria, através de um processo de sensibilização para olhar a dor na criança, voltada para todos os profissionais cuidadores de crianças das diversas áreas do hospital. Iniciativa esta que vai ao encontro de uma meta institucional do HCPA. A equipe multidisciplinar através de um trabalho de sensibilização baseado no desenvolvimento de metodologias de cuidado contribui para um ambiente hospitalar sem dor⁹. Essa iniciativa tem como objetivo a implantação da avaliação da dor na criança, buscando dados acurados para determinar as ações a serem realizadas para aliviá-la. Nesse processo torna-se importante a atuação da equipe multiprofissional, na abordagem com um olhar sensível à criança com dor e sua família inseridas no contexto hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Apesar de a dor representar uma experiência existencial de inigualável repercussão para a natureza humana, na criança o tema tem despertado interesse em estudos mais contemporâneos. Este trabalho parte do pressuposto que conhecer a história da dor sob o prisma de diferentes culturas, abre o caminho para um processo de implantação da dor como 5º sinal vital no cuidado de crianças hospitalizadas, alicerçado em referencial historicamente valorizado e reconhecido como ponto de partida. O resgate dos estudos da dor em sua historicidade, situa e respalda o cuidador para um olhar sensível e diferenciado em Pediatria.

Palavras Chaves: Revisão histórica da dor, Criança hospitalizada, Dor como 5º sinal vital.

REFERÊNCIAS:

- Gil, A C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- Silva Y P, Silva JF. Dor em pediatria. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2006.
- Grunau R. Early pain in preterm infants: a model of long-term effects. Clin Perinatol. 2002;29:373-94.
- Okada M, et. al. Dor em pediatria. Rev Med. 2001; 80(ed. esp. pt.1):135 – 56.
- Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069, de julho de 1990.
- Brasil. Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados. Resolução nº 41, de outubro de 1995. Ministério da Justiça. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, 1999.

-
- Hockenberry MJ, Wilson D, Winkelstein ML. Wong fundamentos de enfermagem pediátrica. 7. ed. Rio de Janeiro. Elsevier, 2006.
 - Brasil. Ministério da Saúde. Direitos do paciente usuários da saúde. Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2006. www.portal.saude.gov.br. Acessado em 21/04/2008.
 - Boettcher CL. Dor na criança: um universo a ser desvendado. Trabalho de Conclusão de Curso. Escola de Enfermagem – UFRGS, 2007.

ALIMENTAÇÃO DO LACTENTE COM FISSURA LABIOPALATINA: ORIENTAÇÕES PARA OS CUIDADORES

Susana Mayer Moreira¹
Nair Regina Ritter Ribeiro²

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estagiária da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Bolsista do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA. Contato: surammstein@yahoo.com.br / 2101-8596.

²Professora da Disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança do Curso de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Assistente do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA. Contato: riribe@adufrgs.ufrgs.br / 2101-8596.

INTRODUÇÃO: As crianças que nascem com fissuras de lábio e/ou palato sofrem interferência em sua capacidade natural de ser adequadamente alimentadas e apresentam aspectos negativos em sua evolução normal. A alimentação do fissurado labiopalatino é, muitas vezes, difícil, sobretudo quando a família ainda não foi orientada. O aconselhamento precoce sobre as melhores técnicas alimentares mostra que os filhos de famílias bem orientadas crescem mais, alimentam-se mais facilmente, e que a ansiedade dos pais é menor.

OBJETIVO: o objetivo deste trabalho é realizar uma revisão bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem que podem ser ensinados aos cuidadores de crianças com fissuras de lábio e/ou palato em seu domicílio ou durante a internação.

METODOLOGIA: a metodologia utilizada consistiu em busca de artigos em bases de dados nacionais e internacionais que abordassem o assunto, bem como busca de materiais impressos existentes em bibliotecas convencionais, de 1990 até 2008.

RESULTADOS: Araruna e Vendruscolo (2000) afirmam que as dificuldades de sucção e deglutição muitas vezes podem levar ao agravamento do estado nutricional da criança fissurada, devido à incapacidades ou insuficiência da sucção, e problemas pulmonares decorrentes da aspiração de alimentos, estas dificuldades e complicações que decorrem do processo de alimentação e nutrição dessa criança, levam à condições desfavoráveis de saúde. É importante salientar que a fissura labiopalatina, de um modo geral, não exclui o processo de amamentação, que deve ser estimulada pelo valor nutritivo e pela importância da formação do vínculo mãe-filho (PINI; PERES, 2001). O aleitamento natural é possível em crianças com fissura de lábio e/ou palato, sendo que a técnica da alimentação vai depender da complexidade da fissura e condições da criança. O aleitamento materno, embora mais trabalhoso que a mamadeira, é recomendado pelo seu valor nutritivo e qualidade antibacteriana, auxiliando na prevenção de infecções, sobretudo a do ouvido médio, comuns em portadores dessa malformação, além de diminuir o número de episódios de diarreia, encurtar o período de doenças quando já instaladas, reduzir o risco de desidratação, favorecer o desenvolvimento dos músculos da face e desenvolvimento da fala. Assim, como qualquer criança, a criança portadora de fissura labiopalatina possui o reflexo de sucção preservado e deve ser exercitado plenamente. O sucesso do aleitamento materno depende do grau de complexidade da fissura, da estimulação da mãe e da criança e da

adaptação adequada desta ao processo de amamentação. Dessa forma, a primeira orientação sobre nutrição dada às mães é com relação ao aleitamento materno. Para evitar complicações no processo de alimentação do lactente fissurado, algumas recomendações são apontadas, tais como: manter a criança sempre seca e confortável; lavar as mãos; fazer higiene oronasal com cotonete molhado em água fervida ou soro fisiológico, antes e após a alimentação, para que seja evitada a permanência de resíduos e partículas de leite na região, e infecções; manter a criança em posição semi-sentada ao oferecer alimentos para evitar aspiração; fazer pausas durante a mamada para que a criança eructe; não se deve evitar o lado da fissura, mas sim proporcionar estímulos através do contato com o bico do seio ou da mamadeira para exercitar a musculatura afetada; ter tranqüilidade e disposição para a amamentação, pois cada mamada pode durar de 30 a 40 minutos; dependendo da posição adotada pela mãe, podem ser utilizados travesseiros e almofadas para apoio dos pés e pernas, para evitar o cansaço; após as mamadas, colocar a criança em decúbito lateral, diminuindo assim o risco de asfixia, pois apesar da eructação, há risco de refluxo pela narina, de parte do leite ou alimentos ingeridos (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000; LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL, 2004). Para alguns bebês com fissuras de palato, uma posição mais elevada pode facilitar o processo de amamentação, além de prevenir a passagem de leite para as vias aéreas. Algumas posições podem ser utilizadas: posição “bola de futebol” na qual o lactente permanece de lado, seguro em sua cabeça e, a posição “a cavalo”, o lactente permanece de frente para a mãe, também seguro pela cabeça. Importante lembrar que mesmo que os bebês sejam amamentados/alimentados nestas posições, regurgitação nasal pode ocorrer; nesse caso deve-se interromper a amamentação/alimentação e auxiliar o bebê para que consiga restabelecer-se (CLEFT PALATE FOUNDATION, 2006). Todavia, cabe lembrar que a maioria das crianças não consegue o suprimento necessário só com o aleitamento natural. Assim, nestes casos, recomenda-se colocar o recém-nascido por cinco minutos em cada seio para estimular a descida do leite e para reforçar o contato mãe-filho. Após este tempo, deve-se oferecer o leite ordenhado em mamadeira com bico ortodôntico e abertura voltada para cima (ARARUNA; VENDRÚSCOLO, 2000). Algumas instituições especializadas no cuidados à crianças fissuradas indica o uso de obturadores, placas plásticas colocadas no palato, para auxiliar na alimentação. Estes dispositivos requerem freqüentes adaptações, à medida que a criança vai crescendo. No entanto, pesquisas indicam que mesmo pacientes com fissuras palatinas maiores podem ser alimentadas adequadamente sem o uso de obturadores quando os pais recebem orientações adequadas sobre o processo de alimentação (BERKOWITZ, 1994). Paradise *et al* (1994) ressaltam que manobras facilitadoras devem ser abandonadas tão logo o profissional tenha feito a escolha do bico da mamadeira, adequado à força de sucção do recém-nascido e à espessura do leite. Esta indicação ocorre, na maioria das vezes, nas primeiras semanas de vida. As crianças portadoras de fissuras labiopalatinas nascidas a termo e sem nenhuma outra anormalidade associada podem ser alimentadas normalmente desde as primeiras horas de vida, não necessitando do uso de sondas nasogástricas. As primeiras horas de vida representam um período importante para adaptação do reflexo de alimentação. Assim, se a criança fissurada for bloqueada através do uso de sonda após o nascimento, seus mecanismos próprios para realizar os movimentos de sucção e deglutição serão prejudicados. Alimentar o RN precocemente por SNG interfere tanto na digestão como no próprio

processo de alimentação, pois a interposição da sonda na narina atua como um fator de desconforto provocando obstrução nasal, dificuldade para fechamento adequado da boca, comprometimento da sensibilização da cavidade oral; a alimentação oferecida em intervalos regulares pela SNG não prioriza o controle da fome, da saciedade e do volume alimentar. O uso de sondas para a alimentação de crianças com fissuras labiopalatinas deve ser restrito a casos extremos, em que não se obtém sucesso nas tentativas de proceder a alimentação por via oral, como é o caso de prematuros com quadro de insuficiência respiratória (ALTMANN *et al*, 1997). É importante orientar os pais a não superprotegerem seus filhos e a introduzirem gradativamente, a partir dos 6 meses de vida, os alimentos pastosos e sólidos na dieta. Aos 6 meses de idade, somente a alimentação com leite materno ou fórmula torna-se inadequada. A partir desta idade, a criança já pode começar a comer outros alimentos (BERKOWITZ, 1994).

CONCLUSÃO: Com base nos resultados encontrados na literatura, muitas são as orientações que podem ser fornecidas aos cuidadores de crianças com fissuras de lábio e/ou palato. Neste contexto, tendo o enfermeiro papel de destaque na educação em saúde, muito pode ser feito para melhorar a qualidade de vida destas crianças e seus responsáveis, fornecendo orientações adequadas e fundamentadas.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica, fissura labiopalatina, alimentação.

REFERÊNCIAS:

- ALTMANN, E.B.C.; VAZ, A.C.N.; PAULA, M.B.S.F.; KHOURY, R.B.F. Tratamento precoce. In: ALTMANN, E.B.C. **Fissuras labiopalatinas**, 4.ed. São Paulo: Pró-fono, 1997. p.291-324.
- ARARUNA, R.C.; VENDRÚSCOLO, D.M.S. Alimentação da criança com fissura de lábio e/ou palato - um estudo bibliográfico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.8, n.2, p.99-105, 2000.
- BERKOWITZ, S. Feeding you child. In: BERKOWITZ, S. **The cleft palate story**. Chicago: Quintessence Publishing, 1994. p.17-35.
- CLEFT PALATE FOUNDATION. **Feeding a infant with a cleft**. Chapel Hill: Cleft Palate Foundation, 2006.
- LA LECHE LEAGUE INTERNATIONAL. **Breastfeeding a baby with a cleft lip or cleft palate**. Schaumburg: La Leche League International, 2004.
- PARADISE, J.L.; ELSTER, B.A.; TAN, L. Evidence in infants with cleft palate that breast milk protects against otitis media. **Pediatrics**, v.94, p.853-860, 1994.
- PINI, J.G.; PERES, S.P.B. Alimentação do lactente portador de lesão lábio-palatal: aleitamento e introdução alimentar. **Revista Nutrição**, v.14, n.3, p.195-199, 2001.

ANEMIA FERROPRIVA NA INFÂNCIA: UM PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.

Alessandra Vaccari¹
Margery Bohrer Zanetello²

¹Acadêmica de Enfermagem da UFRGS, 9º semestre. Estagiária Curricular na UBS Santa Cecília/HCPA. E-mail: ale.va@terra.com.br. Celular: 98064957.

²Enfermeira da UBS Santa Cecília/HCPA. Esp. em Clínica da Perinatalidade. Supervisora do Estágio Curricular de Enfermagem. Email: margez@bol.com.br. Celular: 81448631.

INTRODUÇÃO: A anemia é considerada a doença mais prevalente em todo o mundo, especialmente a caracterizada por carência de ferro, que chega a ser responsável por 95% das anemias (TORRES, 1994 *apud* SILVA, 2001). A anemia ferropriva ocorre pela deficiência de ferro na produção e diferenciação dos eritrócitos; pode ser causada por baixas reservas de ferro ao nascimento, ingestão e/ou absorção insuficientes ou perda excessiva de ferro durante o crescimento (HOFFBRAND, 1999; SZARFARC, 1985 *apud* CAPANEMA, 2003). Caracterizada por níveis baixos de hemoglobina, é considerada o terceiro e último estágio da depleção de ferro do organismo, acontecendo de maneira gradual e contínua (ROSENSFIELD, 1988 *apud* DEVINCENZI, 2001). O grupo que requer maior atenção, são as crianças com idades inferiores a 24 meses, pois nelas existe a possibilidade de danos potenciais no desenvolvimento neuropsicomotor (CAPANEMA, 2003). No Brasil, é um problema de saúde pública, não resolvido, apesar de todo o conhecimento acumulado sobre o assunto (QUEIROZ, 2000). Em 13 de maio de 2005 o Ministério da Saúde através da portaria nº 730 criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) com o objetivo de reduzir a prevalência de Anemia por Deficiência de Ferro em crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto em todo o País (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

OBJETIVO: Adquirir maior conhecimento sobre a temática que envolve a anemia ferropriva, sua prevenção e sobre o programa nacional de suplementação de ferro.

METODOLOGIA: Este estudo consiste em uma revisão em livros, artigos e pesquisas virtuais que discutem o tema abordado.

RESULTADOS: A causa mais comum de anemia nutricional é a deficiência de ferro. Suas principais conseqüências, maior suscetibilidade às infecções, redução de força muscular, desenvolvimento neuropsicomotor e função cognitiva diminuídas, ocorrem com níveis discretos de anemia e sua reversibilidade permanece incerta (BAKER, 1978; FLIER, 1990; DALLMAN, 1993 *apud* RODRIGUES, 1997). A prevalência é maior nos primeiros dois anos de vida, devido às necessidades aumentadas de ferro durante os períodos de crescimento rápido e às quantidades inadequadas na dieta. Sabe-se que as crianças a termo com aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida apresentam uma proteção substancial contra a anemia (DALLMAN, 1988; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1989 *apud* RODRIGUÊS, 1997). Os principais determinantes em crianças são: baixo nível socioeconômico, prematuridade, baixo peso ao nascer, desmame precoce, desmame com insuficiência de ingestão de ferro ou com leite de vaca,

infestação de parasitas intestinais (SILVA, 2001). O leite humano e o leite de vaca contêm a mesma quantidade de ferro por litro, entretanto a sua biodisponibilidade é diferente, a absorção do ferro do leite humano é alta (cerca de 50%) enquanto a do leite de vaca é de apenas 10% relacionado à alta concentração de cálcio, fosfoproteínas e baixa concentração de vitamina C. Sendo assim, as crianças não deveriam receber leite de vaca antes do primeiro ano de vida (OSKI, 1993 *apud* CARDOSO, 1994). A anemia ferropriva tem uma distribuição universal. Estima-se que 25% da população mundial têm carência de ferro, sendo a população mais atingida, crianças de 4 a 24 meses (YIP, 1992 *apud* QUEIROZ, 2000). No Brasil não há um levantamento nacional, mas estudos regionais indicam que na população entre seis e 24 meses de idade há prevalência de 67,6% de anemia ferropriva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Em Porto Alegre um estudo de 2001 apontou 47,8% de anemia ferropriva na população de 0 a 36 meses de idade (SILVA, 2001). A Organização Mundial de Saúde (OMS) calcula que para cada pessoa com anemia exista mais uma com deficiência de ferro; assim em uma população com 50% de crianças com anemia – como parece ser o Brasil – 100% das crianças de fato são deficientes em ferro (BEARD, 1996 *apud* QUEIROZ, 2000). Sabe-se que dificilmente a criança com idade inferior a 24 meses conseguirá ingerir através da alimentação a quantidade de ferro diária recomendada, sendo necessária a administração de ferro profilaticamente (DEVINCENZI, 2001). A profilaxia de ferro medicamentoso é uma medida que deve ser adotada cedo, já no primeiro ano de vida da criança (DEVINCENZI, 2001). A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a suplementação de ferro em menores de dois anos, entretanto a alta prevalência de anemia observada em todo o país conclui que não está sendo utilizada a profilaxia com sais de ferro (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001 *apud* COMPRI, 2007). A suplementação oral de ferro é efetiva na prevenção de anemia (BORTOLINI, 2007; DEVINCENZI, 2001; QUEIROZ, 2000; SZARFARC, 1996; CARDOSO, 1994) e depende ao mesmo tempo da motivação da população para aderir ao tratamento e da infra-estrutura dos serviços de saúde (SZARFARC, 1996). Há estudos que revelam a pequena adesão à utilização medicamentosa de sulfato ferroso pela população (QUEIROZ, 2000). Assim, o Grupo de Consultoria Internacional sobre a Anemia de Origem Nutricional (INAGG) sugere as seguintes ações para a prevenção da anemia ferropriva: educação alimentar, com incentivo ao consumo de alimentos ricos em ferro; incentivo ao aleitamento materno; melhoria dos sistemas de saneamento básico e assistência médica a todos, com controle de parasitas intestinais; criação e incentivo de programas de suplementação de ferro em doses profiláticas para os grupos de risco; criação e incentivo a programas de fortificação de alimentos (QUEIROZ, 2000). Hoje, contamos com essas ações de prevenção englobadas no Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) do Ministério da Saúde (2005) que fornece além da suplementação medicamentosa aos grupos de risco, dados sobre a importância do consumo de alimentos ricos em ferro, incluindo aqueles alimentos facilitadores ou dificultadores da sua absorção. A dose preconizada pelo PNSF para as crianças a partir de seis meses com aleitamento materno exclusivo, ou quatro meses com aleitamento complementado, até 18 meses, é de 25 mg de ferro elementar, em uma dose semanal de 5 ml do xarope de sulfato ferroso distribuído aos serviços de saúde pública pelo Ministério da Saúde. Cabe salientar que se a criança iniciou no programa tardiamente deverá continuar por seis meses de profilaxia, sendo o décimo oitavo mês, limite para a inclusão, e

continuará recebendo o xarope até os 24 meses de vida. O xarope de sulfato ferroso tem sabor de laranja e vem em embalagens de 60 ml, que garante a profilaxia por 3 meses. Bortolini (2007) em seu estudo constatou que a dose semanal do Programa Nacional de Suplementação de Ferro tem resultados semelhantes aos da dose diária prescrita por pediatras. O perigo da sua administração em indivíduos com anormalidades genéticas enfatizado no passado, não deve interferir no planejamento de medidas de suplementação e fortificação com ferro (GILLESPIE, 1991 *apud* QUEIROZ, 2000). A ineficiência da suplementação medicamentosa com ferro se deve principalmente a dois fatores: efeitos colaterais e dificuldade de manter a motivação para o seguimento do programa (CARDOSO, 1994). A avaliação do nível de adesão no PNSF é necessária para garantir sua eficiência. O impacto positivo na redução da anemia em crianças cujas mães não interromperam o uso do suplemento de ferro confirma que a dose administrada (preconizada no PNSF) foi suficiente para o efeito desejado e é mostrado em um estudo de 2007 na cidade de São Leopoldo (BORTOLINI, 2007). Ele conclui que as estratégias ao longo prazo do combate do problema têm as bases estruturadas em: melhora da escolaridade da população, suplementação universal para gestantes, clampeamento adequado do cordão umbilical, amamentação exclusiva até 6 meses de idade, alimentação com alta biodisponibilidade de ferro e suplementação profilática de ferro dos 6 meses aos 12 meses de vida, sendo a dose semanal de sulfato ferroso a opção universal (BORTOLINI, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Por todos os fatos acima expostos, é visível que apesar de sua magnitude, a anemia ferropriva não está sendo reconhecida e prevenida adequadamente nos serviços de saúde pública (RODRIGUES, 1997). Para que sua prevalência não continue crescendo em nossa população infantil entende-se que a suplementação medicamentosa profilática de ferro é a ação mais adequada às questões fisiológicas e biológicas desse grupo (DEVINCENZI, 2001). O quadro da anemia ferropriva pode ser facilmente revertido, desde que a equipe de saúde esteja adequadamente conscientizada e envolvida com a prevenção desse problema; e também não de menor importância que haja decisão política para fornecer o necessário para o PNSF. O estudo demonstra a responsabilidade da equipe de saúde com o PNSF principalmente junto à educação em saúde e o intenso trabalho de acompanhamento que deve haver para que a população com idades inferiores a dois anos tenha a adesão necessária à utilização do xarope de sulfato ferroso. Na equipe de saúde a intervenção do Enfermeiro deve ser mais ampla e concreta dentro do PNSF podendo ele, inclusive, indicar seu uso, já que nos apontamentos do Manual Operacional do PNSF do Ministério da Saúde (2005) a suplementação é de caráter preventivo e não para tratamento, e a dosagem preconizada pelo PNSF do xarope de sulfato ferroso dispensa a prescrição médica para ser distribuído à população identificada pelo programa.

Palavras-chave: Anemia, Ferro, Criança, Prevenção.

ATENÇÃO AO INFANTE VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

Marina Gabriela P. Silvestre

Juliana M. Pinto

Daiane Bertuzzi

Prof^ª Dr.^a Simone Algeri

Este trabalho aborda uma das faces da violência que ocorre na família. A violência intrafamiliar é comumente visualizada nos serviços de saúde, manifestando-se como violência física, psicológica, abuso sexual, negligência e abandono, acontecendo isolada ou simultaneamente dentro do contexto familiar. O estudo busca identificar como os profissionais de saúde agem frente a esta situação específica e relatar a experiência vivenciada em uma unidade de internação pediátrica de um hospital de Porto Alegre. Este, foi realizado através da inserção das acadêmicas de enfermagem em campo de estágio e pela mobilização e sentimentos diversificados que emergiram no processo de cuidado dessa criança e sua família. Os dados analisados resultaram da interação das acadêmicas frente à problemática estabelecida a partir da realidade apresentada pela família (criança, mãe, padrasto e avô). Observa-se uma família com dificuldades de relacionamento, distanciamento da mãe em relação ao filho, um avô que se mostra extremamente preocupado com o quadro clínico do neto, porém responsável pela violência sexual ocorrida com a criança e pelo abuso psicológico perpetrado à mãe. Neste período, o cuidado dispensado pelas acadêmicas foi de propiciar momentos lúdicos à criança e mostrar à mãe a importância do seu papel protetivo para a criança, além de favorecer a vinculação da família com a equipe especializada no manejo dessas situações. Observa-se a importância de uma equipe de saúde atenta, articulada e instrumentalizada a identificar situações de violências e cuidar destas famílias. O foco de atuação não pode ser de culpabilização, mas de responsabilização, abrangendo toda a família.

ATIVIDADE INTERDISCIPLINAR NA PREVENÇÃO DE ACIDENTES EM CRIANÇAS DE 0 A 6 ANOS

Gédria Bastiani¹
Greice de Medeiros Stefani²
Daiane Bertuzzi³
Juliana Maciel Pinto⁴
Maria Lúcia de Castro Pastro⁵
Marina Gabriela Silvestre⁶
Silvana Maria Zarth Dias⁷

^{1,2,3,4,5,6} Acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁷ Professora Adjunta da disciplina de Enfermagem do cuidado à criança da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Contato com Relator: email: babyge@bol.com.br ou babygester@gmail.com Telefone: (55) 99759346

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Este trabalho se propõe a divulgar uma atividade interdisciplinar envolvendo o tema prevenção de acidentes na faixa etária de zero a seis anos, realizada entre acadêmicas dos cursos de enfermagem e pedagogia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, proporcionada pela disciplina Enfermagem no Cuidado a Criança, ministrada no sétimo semestre da graduação em enfermagem. O tema torna-se relevante, pois estudos apontam que os acidentes são uma das maiores causas da morbimortalidade na infância (CHORDAS, 2006). Danseco et al. (2000) apud Gaspar (2004) estimaram que uma em cada quatro crianças ou adolescentes sofre, por ano, algum tipo de injúria que necessita de cuidados médicos ou causa limitação de suas atividades. Há que se considerar, ainda, o grande sofrimento físico e emocional envolvido, as seqüelas e as vidas perdidas tão precocemente em decorrência das injúrias. Os acidentes acontecem num curto período de tempo, quando há perda do equilíbrio entre o indivíduo e o ambiente, ocorrendo assim, dano corporal impingido à vítima quando a transmissão de energia excede, em natureza e quantidade, determinados limites de resistência (PIRES, 2004). A identificação dos fatores de risco através da capacitação de pais e cuidadores é indispensável para a proteção da criança prevenindo ou minimizando as conseqüências por meio de cuidados relevantes e adequados (DIAS, 2006). É importante que se associe a fase de desenvolvimento da criança com os tipos de acidentes mais comuns a elas. A faixa etária que compreende lactentes e crianças de até os dois anos de idade, caracteriza-se pelas limitadas capacidades motoras que estas possuem, ficando, assim, sujeitas a riscos impostos por terceiros. Assim, os acidentes mais comuns são: intoxicação, queimadura, queda e posição no automóvel sem cadeira apropriada. Além disso, a falta de proteção em berços, trocadores, andadores, e outros, são fatores predisponentes. As crianças em idade pré-escolar (3-6 anos) têm pensamento mágico (percepção egocêntrica e ilógica do ambiente), acham que podem voar como super-heróis, ou cair de alguma altura sem se machucar, como nos desenhos animados, e não são capazes de aprender noções de segurança. Estas sofrem ferimentos com brinquedos, queda de lugares altos, lacerações, entre outros. A prevenção de acidentes entre crianças é fator determinante para a diminuição de agravos à saúde infantil. Logo, a proteção das crianças torna-se essencial,

podendo ser passiva ou ativa (PIRES, 2004). A proteção passiva caracteriza-se pela adaptação do ambiente para evitar riscos, como colocar grades nas janelas, nas escadas e piscinas (e tela nesta ocasião); tampas de medicamentos a prova de crianças; armários para medicamentos e produtos tóxicos altos e chaveados; coberturas plásticas para tomadas elétricas; e a eliminação de objetos passíveis de aspiração, brinquedos inseguros e plantas tóxicas. Já a proteção ativa, envolve atitudes dos cuidadores a cada momento que estes identificam situações que possam envolver riscos para as crianças, como não deixá-las sozinhas no trocador e na banheira; evitar traumatismos com brincadeiras escolhendo por brincadeiras com menos riscos; utilizar sempre assento especial de automóveis para crianças menores; adequar brincadeiras e brinquedos à faixa etária. Estes tipos de proteções podem ser associados, diminuindo ainda mais os riscos a que as crianças são expostas. Visto que os acidentes na infância trazem danos à saúde e bem-estar da criança, torna-se importante a capacitação dos seus cuidadores para evitar agravos desnecessários, contribuindo assim, para um ambiente saudável e sem riscos para o desenvolvimento adequado da criança.

OBJETIVO: O trabalho tem como objetivo, relatar o encontro entre as acadêmicas de enfermagem e de pedagogia, o qual oportunizou a troca de conhecimentos sobre a temática da prevenção de acidentes em crianças de 0 a 6 anos e enfatizar a importância de práticas desse modelo na graduação que proporcionam a integração da área da saúde com outros setores. Além disso, buscou-se identificar a percepção das acadêmicas de pedagogia quanto ao processo de “cuidar” e, através dos relatos expostos, identificar práticas realizadas no dia-a-dia que contribuíssem com os aprendizados oportunizados na atividade. As acadêmicas de enfermagem desenvolveram esta atividade abordando temas como: as principais injúrias de acordo com a faixa etária, diferenciando-as entre intencionais e não intencionais; fatores de risco que levam a tais injúrias; métodos de prevenção dos acidentes; e foi oportunizada a troca de experiências vivenciadas pelas estudantes de pedagogia e de enfermagem.

METODOLOGIA: O método utilizado para abordar os temas expostos foi a palestra. Porém, no decorrer da atividade, como houve troca de experiências, esta também tomou características de grupo, uma vez que envolvia pessoas com interesse em comum no assunto. Para esta atividade, que foi realizada na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, utilizou-se um tempo de 2 horas, no período da manhã. Para tanto, primeiro identificamos as fases do desenvolvimento infantil, depois às associamos com as injúrias correspondentes a cada faixa etária, e posteriormente abordamos a identificação e a prevenção dos riscos. Ainda: destacamos a importância do cuidador como fator indispensável e determinante na proteção do infante, que conforme Wilson (2006) diz que “cuidar de criança não é uma tarefa fácil, ela se apresenta como desafio para os pais” e cuidadores.

RESULTADOS: Observou-se que as estudantes de pedagogia mostraram-se perceptivas quanto aos temas propostos, indagando sobre questões vivenciadas no seu dia-a-dia e que lhes causavam dúvidas. A ligação entre as atividades de educar e cuidar foi enfatizada por uma das professoras da pedagogia, mostrando que são conceitos que se somam. Machado (2000) afirma que cuidar/educar crianças de 0 a 6 anos passa a ser a expressão cada vez mais utilizada para designar uma orientação compatível com o atendimento a crianças

nessa faixa etária em contextos coletivos e torna-se um dos principais pré-requisitos para a ação dos profissionais de educação infantil.

CONCLUSÃO: Percebemos a importância deste trabalho como possibilidade de trocas de conhecimentos e aperfeiçoamento do desenvolvimento profissional, assim como a integração entre diferentes cursos de graduação. É relevante este tipo de atividade visto que traz para os integrantes os mais diferentes olhares e experiências do dia a dia, mostrando a complexidade dentro de um mesmo assunto e que para se ter efetividade é preciso compreender a diversidade existente. Torna-se necessário a abordagem desse assunto nos espaços infantis para que estratégias possam ser projetadas a fim de proteger a criança. Pordeus (2003) confirma essa idéia que, dada a complexidade da origem dos acidentes e violências, entende-se que ações conjuntas de profissionais da saúde e de profissionais de outros setores públicos, como a educação, devem ser planejadas, trabalhando interdisciplinarmente sua prevenção.

Palavras-chave: prevenção de acidentes, saúde infantil, injúrias, cuidadores

REFERÊNCIAS:

- WILSON, D. Promoção da saúde do lactente e da família. In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D.; Winkelstein, M. L. **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Tradução: Corbett, D. et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 7ed. Cap. 10. 307-358.
- CHORDAS, C. Promoção da saúde de crianças de 1 a 3 anos e de sua família. In: Hockenberry, M. J.; Wilson, D.; Winkelstein, M. L. **Wong, Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. Tradução: Corbett, D. et al. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. 7ed. Cap.12. 389-432.
- DIAS, Silvana Maria Zarth. Prevenção de acidentes na infância e adolescência. In: **Programa de Atualização em Enfermagem. Saúde da criança e do adolescente: PROENF**. Porto Alegre: Artmed, 2006. 179 p. p. 153-174
- PIRES, J. M. A. Violência contra a criança e o adolescente. In: Duncan, B. B.; Schmidt, M. I.; Giugliani, E. R. J. et al. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 297-304.
- MACHADO, Maria Lucia de A. Desafios iminentes para projetos de formação de profissionais para educação infantil. **Cadernos de Pesquisa**, 2000, vol., n. 110, ISSN 0100-1574.
- GASPAR, Vera L. V.; LAMOUNIER, Joel A.; CUNHA, Fernando M.; GASPAR, José C. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, 2004, vol.80, n. 6, ISSN 0021-7557.
- DANSECO Er, MILLER Tr, SPICER Rs. Incidence and costs of 1987-1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics*. 2000;105(2):E27. [[Links](#)]
- PORDEUS, Augediva Maria Jucá; FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; FACÓ, Thaís de Paula Pessoa. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, 2003, vol.19, n. 4, ISSN 0102-311X.

CARACTERIZAÇÃO DO FAMILIAR E DA CRIANÇA COM AIDS EM TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: DADOS PRELIMINARES

Marcelo de Castro Klu¹
Maria da Graça Corso da Motta²
Aline Goulart Kruehl³
Marina Rizza Fontoura³
Paula Manoela Batista Poletto³
Débora Fernandes Coelho⁴

¹Aluno do Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da UFRGS. Telefone: 84065157 E-mail: mck@pop.com.br

²Prof. Dra. da Escola de Enfermagem da UFRGS.

³Acadêmicas da Escola de Enfermagem UFRGS.

⁴Enfermeira. Aluna do Curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da UFRGS.

INTRODUÇÃO: A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), consequência do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), apresenta-se como uma doença crônica e de ampla disseminação mundial, sem identidade étnica, sexo, classe social, idade ou opção sexual. Nos últimos anos, observa-se alteração em seus padrões epidemiológicos com maior intensificação nos processos de interiorização, juvenização, pauperização e feminização, e, conseqüentemente, expressivo aumento dos casos de AIDS pediátrica. Sabe-se que os medicamentos anti-retrovirais proporcionam uma maior sobrevida para os pacientes infectados, além de incremento na qualidade de vida. A importância da participação dos familiares e/ou cuidadores no cuidado dos filhos doentes é amplamente reconhecida desde o Relatório Platt, publicado em 1959 na Inglaterra, que versava sobre o bem-estar da criança no hospital e já indicava como benéfica a presença dos pais acompanhando o filho doente (LONDON, 1959). Considera-se fundamental, às crianças com AIDS que estão em tratamento anti-retroviral, não só a distribuição gratuita e universal dos medicamentos, mas também um processo de adesão ao tratamento eficaz, a fim de propiciar um viver com mais qualidade, dignidade e de maneira mais saudável (BRASIL, 1999). Entende-se que, para auxiliar nas questões relativas à adesão ao tratamento anti-retroviral na infância, faz-se relevante conhecer as características sócio-econômicas e culturais das famílias e/ou cuidadores considerando que esses fatores podem contribuir no processo de adesão ao tratamento.

OBJETIVO: Caracterizar o familiar e/ou cuidador de crianças de zero a doze anos que tem AIDS e realiza tratamento anti-retroviral.

METODOLOGIA: Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória descritiva de caráter quantitativo, tendo como cenário de estudo o Ambulatório Pediátrico do Serviço de Saúde Pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A população da pesquisa constitui-se dos familiares/cuidadores das crianças com AIDS de zero a doze anos que já apresentam indicação para realização do tratamento anti-retroviral acompanhadas no referido ambulatório. Considerando-se uma população de aproximadamente 250 crianças, para estimar uma proporção de 94% de adesão ao tratamento,

considerando uma margem de erro de 0,10 e confiança de 95 % são necessários 68 pacientes. Até o presente momento, foram realizadas 31 entrevistas, o que significa 45,6% da amostra calculada. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento contendo questões fechadas. Os Aspectos Éticos relacionados à pesquisa obedecem a Resolução do CNS 196/96 que rege as condutas éticas nas pesquisas realizadas com Seres Humanos, considerando questões como a voluntariedade do sujeito de pesquisa e a opção de retirarem a qualquer momento seu consentimento da pesquisa, não acarretando prejuízo para si ou para o tratamento da criança.

RESULTADOS: A coleta de dados encontra-se em andamento. Foram entrevistados 31 dos 68 familiares e/ou cuidadores de crianças com AIDS previstos pelo cálculo amostral. Análise preliminar demonstra que a mãe (54,8 %) é o familiar que mais acompanha as crianças nas consultas. A segunda maior porcentagem de cuidadores foi o pai e a tia (9,6% cada um). A faixa etária do cuidador mais freqüente foi de 40 - 49 anos, (29%), seguida pela faixa de 20 - 24 anos (16,1%) e menor de 20 anos (3,2%). Quanto ao local de moradia, 54,8% são provenientes de Porto Alegre e 45,2% da região do entorno de Porto Alegre e cidades próximas. Em relação à escolaridade dos entrevistados, destaca-se que, 57,6% têm o ensino fundamental incompleto, seguido por aqueles que relataram ter concluído este nível de ensino 13%. Ainda, 6,4% disseram ter o ensino médio incompleto, 3,2% informaram ter o ensino superior incompleto, mesmo valor apontado por aqueles que se dizem analfabetos 3,2%. Constata-se que a maior parte dos entrevistados, 48,4%, têm uma renda inferior ou igual a um salário mínimo (SM) e 25,8% na faixa maior que 1 SM e menor que 2 SM. A renda acima de 3 salários foi verificada em (3,2%) dos familiares. Quanto à ocupação atual constata-se entre os cuidadores empregados e desempregados a mesma proporção 32,2%, em relação a aposentados foi 22,6% e outra forma de ocupação foi de 13%. A maioria dos cuidadores refere residir em casa própria (80,6%), sendo que, 96,7% dessas residências têm rede sanitária básica como banheiro, água encanada, rede de esgoto, luz elétrica e coleta de lixo. O principal meio de transporte utilizado pelos entrevistados para chegar até o serviço de saúde foi o transporte coletivo municipal (61,8%), intra-regional (8,8%), inter-regional (8,8%), carro próprio (2,9%) e outros meios (17,7%). Em relação à realização do teste anti-HIV entre os familiares e/ou cuidadores verifica-se que 83,8% já haviam realizado o teste e que 16,2% ainda não haviam realizado. Referente aos que haviam realizado o teste anti-HIV, 30,8% tiveram resultado negativo e 69,2% positivo. Dos 69,2% testes positivos, 61,1% fazem uso de anti-retrovirais e 38,9% não usam medicações. Com relação aos hábitos e modos de vida, 41,9% declararam fazer uso de bebida alcoólica. Desses, 53,8% relataram beber somente em comemorações, 23,1% bebiam de um a três dias na semana e 23,1% bebiam raramente ao mês. Constatou-se que a idade predominante das crianças foi de dez a doze anos (48,4%), seguida por sete a nove anos (25,8%), um a três anos (16,1%) e de 4 a 6 anos (9,7%). Das crianças em idade escolar, ou seja, iguais ou maiores que sete anos, todas freqüentam escolas e somente 25% das crianças com idade menor que sete anos freqüentam creches. Quanto ao conhecimento do diagnóstico da criança por parte dos profissionais das instituições de ensino, 52% conheciam a sorologia da criança e 48% não sabiam de nada. Encontrou-se que a transmissão vertical corresponde a 90,3% da via de infecção, seguida por 3,2% por transfusão sanguínea e 6,5% de origem ignorada. Observa-se uma distribuição homogênea na amostra em relação ao tempo em que

os familiares descobriram a sorologia positiva para o HIV na criança, sendo que 19,3% foram de um a três anos e 19,3% de quatro a seis anos de infecção, 29,2% de sete a nove anos e 32,2% de dez a doze anos. As internações hospitalares dessas crianças são frequentes. Os dados revelam que 80,6% já ficaram internadas. Os cuidadores relataram que 48,4% das crianças já sofreram com alguma doença oportunista decorrente do HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os resultados preliminares obtidos na pesquisa do perfil do familiar e/ou cuidador de crianças de zero a doze anos que fazem tratamento anti-retroviral no Hospital de Clínicas de Porto Alegre permitem conhecer o perfil do familiar e/ou cuidador, tornando essencial para os profissionais de saúde que atuam junto ao paciente em uso da terapia anti-retroviral, pois pode beneficiar na identificação de estratégias que incrementem a adesão ao tratamento. A transmissão vertical se confirma como o meio de infecção predominante nas crianças, bem como a mãe biológica como o cuidador principal das mesmas. Embora as crianças venham ao serviço de saúde não significa que tenham uma adesão adequada ao tratamento, pois nesta amostra observou-se que a maioria já esteve internada com complicações de saúde. Sendo assim, considerar o familiar como unidade de cuidado, implica em conhecer o cuidador, identificar as suas forças, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar as responsabilidades no cuidado à criança. Portanto, é de relevância neste processo de cuidado, que o Enfermeiro conheça as características desses familiares e/ou cuidadores, a fim de implementar estratégias que possibilitem uma melhor adesão ao tratamento, pois trata-se de um processo participativo e interativo entre o paciente, família e a equipe de saúde requerendo comprometimento de todos os envolvidos, para uma melhor qualidade de vida. Destaca-se, ainda, como novos desafios para a equipe de saúde, a complementação de ações eficientes e eficazes a esta população considerando que estas crianças estão ingressando na adolescência, muitas delas não conhecendo o diagnóstico da doença, além do fato de que nesse período tem início da vida sexual.

Palavras-chave: HIV/AIDS, crianças em tratamento anti-retroviral, caracterização familiar

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. **Boletim Epidemiológico. AIDS.** Ano XV. n.2. Semana epidemiológica, 48ª/2001 a 13ª/2002, outubro/2001 a março/2002.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Prevenção da Transmissão Vertical do HIV no Brasil.** Brasília, 1999.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **AIDS Boletim Epidemiológico.** Ano XVIII n. 01. Brasília: Ministério da Saúde, jan./jun. 2004.
- LONDON. Department of Health and Social Security. Central Health Services Council. **The welfare of children in hospital: report of the committee.** London: Her Majesty's Stationery Office, 1959.

DEPRESSÃO PÓS-PARTO: REPERCUSSÕES PARA O DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E PSICOBiolÓGICO DO BEBÊ¹

Maria da Graça Oliveira Crossetti²
Aline Tsuma Gaedke Nomura³
Ândrya Nayane Machado Vicente⁴
Santiago Tadielo Rossa⁵

¹Trabalho elaborado como requisito para obtenção de conceito parcial na disciplina de Pesquisa e Enfermagem I, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

²Enfermeira. Doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de pesquisa - Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NECE- EEUFRGS).

³BIC Fapergs. Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Membro Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NECE- EEUFRGS). Telefone: 96677978. E-mail: alinenomura@bol.com.br.

⁴Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: A depressão pós-parto, também conhecida como *postpartum blues*, interfere no vínculo afetivo entre mãe e filho e nas futuras relações interpessoais estabelecidas pela criança (SCHWENGBER; PICCININI, 2003). Esse fato torna-se preocupante na medida em que 25 a 30% das mulheres desenvolvem algum tipo de sintoma de depressão e que até 20% delas são diagnosticadas como sendo depressivas (BERG; NORDIN, 2001). Segundo Weinberg e Tronick (1998), há variação entre mães depressivas e não-depressivas, tanto quantitativa como qualitativamente, na comunicação da díade mãe-bebê, referindo-se à expressão facial, à voz e ao toque. Segundo os autores, na distorção dessas características afetivas há comprometimento do desenvolvimento social, emocional e cognitivo da criança, podendo acarretar em uma série de agravos, incluindo dificuldade escolar, baixa adaptação afetiva, conflitos com os pais e quadros psiquiátricos subseqüentes, incluindo a depressão. Essas são possíveis causas de modificações persistentes em estruturas encefálicas, de secreções neuro-hormonais e alteração na densidade de receptores específicos durante o desenvolvimento do bebê (MOTTA, 2005). Assim, cabe ao profissional de enfermagem perceber a relevância da depressão pós-parto e sua repercussão no desenvolvimento do bebê. Para isso, o enfermeiro deve estar capacitado para prover suporte terapêutico adequado a fim de mães deprimidas tornarem-se aptas a exercer a maternagem com qualidade.

OBJETIVOS: Identificar as repercussões do desenvolvimento cognitivo e psicobiológico do bebê exposto à depressão pós-parto materna.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que, segundo Santos e Évora (2002), tem por objetivo recolher, selecionar, analisar e interpretar as contribuições teóricas já existentes sobre determinado assunto. Para isso recorreremos a artigos de periódicos indexados, selecionados através de ferramentas de busca, nas seguintes bases de dados: Scientific Eletronic Library Online (SciELO), Web of Science e Medline, Lilacs. Foram utilizados artigos publicados nos últimos doze anos, contendo as seguintes palavras-chaves:

depressão pós-parto, desenvolvimento infantil, desenvolvimento cognitivo, desenvolvimento psicobiológico.

RESULTADOS: A depressão pós-parto é um transtorno depressivo que ocorre tipicamente entre 4 a 12 semanas após o nascimento do bebê (CID10). Manifestações comportamentais associadas à depressão materna podem ocorrer muito cedo no desenvolvimento do bebê e repercutir ao longo de sua vida (MOTTA, 2005). Assim sendo, crianças de mães depressivas possuem uma alteração comportamental, psicológica e bioquímica que podem ser atribuídas à exposição pré-natal ao desequilíbrio bioquímico da mãe (FIELD, 1998). Stern (1997) entende que a interação mãe-bebê é ativada a partir de microeventos, como expressão facial e olhares da mãe ao se dirigir ao seu filho. Esses microeventos não são característicos em filhos de mães depressivas, cuja interação sofre um progressivo desligamento, descrita como "microdepressão". De acordo com o mesmo autor, há quatro experiências subjetivas as quais mães e filhos vivenciam na depressão pós-parto: a primeira se refere à experiência do bebê na microdepressão repetida, quando a mãe sob depressão rompe o contato visual com o bebê e não tenta reestabelecê-lo, o filho então busca se aproximar pela identificação e imitação; a segunda experiência caracteriza-se pelo fato de o bebê agir como reanimador, o que muitas vezes funciona; entretanto, quando as tentativas de reanimar a mãe falham, ocorre a terceira fase da interação, em que o filho busca outras formas de estimulação e deixa a mãe em segundo plano na sua busca de interesse no mundo; a quarta experiência mostra o desejo do bebê de estar com sua mãe, resultando em uma falsa interação, fato que o bebê acaba aceitando pelo desejo de uma interação mais intensa. Nesse contexto, a mãe depressiva amamenta menos seu bebê, deixando de estimulá-lo cognitivamente e psicobiologicamente (MONTRONE, 1996). Existem dois estilos distintos de comportamento que mães deprimidas podem adotar na sua interação com seus filhos: um deles, baseado no afastamento, resulta em bebês com menor expressão afetiva, positiva ou não; outro, caracterizado por uma conduta intrusiva e de superestimulação, apresenta mais respostas positivas, contrapondo a uma menor tendência à manipulação de objetos; portanto a exposição da criança a interações não adequadas representam diferentes riscos para o desenvolvimento cognitivo e psicobiológico tanto nos primeiros meses do pós-parto como em momentos avançados do seu desenvolvimento (HART, JONES, FIELD et al., 1999). Segundo Field (1998), é característico desses recém nascidos a responsividade limitada na Escala de Brazelton (escala de avaliação comportamental neonatal), sono excessivo ou indeterminado, níveis elevados de hormônios do estresse – noraepinefrina e cortisol – no período neonatal, limitação na resposta a expressões faciais, além de sinais neurológicos atrasados aos seis meses e crescimento tardio aos quinze meses. Altos níveis de noraepinefrina são relacionados ao baixo tom vagal que, geralmente, é mais desenvolvido em crianças entre três a seis meses de mães não depressivas e relacionados a poucas vocalizações e expressões faciais lentas durante as interações e baixos padrões neurológicos ótimos, sugerindo diminuído desenvolvimento autônomo de crianças de mães depressivas (FIELD, 1999). O tom vagal é sugerido como uma forma de controle parassimpático sobre o funcionamento cardíaco, relacionado com a auto-regulação, temperamento, afeto, atenção, exigências metabólicas (BORNSTEIN; SOFTBOL, 2000) e com a boa desenvoltura nas atividades de atenção e aprendizado (FIELD, 1999). Os pais também facilitam a homeostase fisiológica, ajudando a criança a desenvolver e organizar o seu sistema neurológico (PROPER; MOORE, 2006). Bornstein e Softbol

(2000) constataram que o tom vaginal foi concordante entre mãe e filho dos dois meses aos cinco anos de idade, o que apóia a alegação da existência de uma crescente orientação da mãe, não só comportamental, como fisiológica. Estudos de Dawson e Frey (1999) têm mostrado que filhos de mães depressivas demonstram atividade cerebral atípica quando interagem com suas mães. Segundo os mesmos autores, quando submetidas a EEG, essas crianças possuem resultados semelhantes de adultos com depressão crônica, pois enquanto a região cerebral esquerda está relacionada com as emoções positivas, crianças de mães deprimidas apresentam uma baixa atividade nessa região. Se com quatorze meses de idade filhos de mães com depressão crônica possuem uma baixa ativação elétrica na região frontal esquerda, com pouco mais de três anos terão uma ativação elétrica reduzida, também nas regiões direita, esquerda, frontal e parietal, trazendo sérias implicações cerebrais e comportamentais (DAWSON, 1997). Com um ano de idade, a maioria das crianças de mães depressivas apresentam baixa performance na Escala de Bayley (WEINBERG; TRONICK, 1998), que quantifica o desenvolvimento cognitivo da criança, abrangendo os setores: motor, adaptativo, pessoal-social e de linguagem. Relatou-se uma série de questões, incluindo má conduta de comportamento durante os períodos pré-escolar e escolar, comprometimentos que continuam a ser observados em idades mais avançadas, incluindo sintomas de internalização - afeto depressivo e ansioso, retraimento e queixas somáticas (MOTTA, 2005), além de transtornos emocionais e agressividade (DOWSON, 2003). É válido ressaltar que fatores genéticos, isoladamente, não são considerados determinantes para o desenvolvimento de distúrbios comportamentais em crianças de mães depressivas (DAWSON; ASHMAN; PANAGIOTIDES et al., 2003), pois a expressão dos genes é também influenciada por riscos externos como fatores sociais, econômicos e culturais (STERN, 1997). Exames simples como eletrocardiograma, encefalograma e a análise de urina (para cortisol, norepinerina e serotonina) são capazes de identificar mães depressivas que necessitam de uma intervenção imediata (FIELD, 1998). Assim, o atendimento precoce à mãe deprimida pode representar uma possível prevenção do estabelecimento de um padrão negativo de interação com o bebê, podendo trazer importantes repercussões para o seu desenvolvimento futuro (SCHWENGBER; PICCININI, 2003).

CONCLUSÃO: Através dessa pesquisa bibliográfica, identificamos algumas repercussões do desenvolvimento cognitivo e psicobiológico do bebê exposto à depressão pós-parto, quais sejam: modificações persistentes em estruturas encefálica e em secreções neuro-hormonais, alteração na densidade de receptores específicos, responsividade limitada nas escalas de Brazelton e Bayley, sinais neurológicos atrasados, má conduta comportamental, internalizações e transtornos emocionais e agressivos. Com um maior conhecimento dessas repercussões, é esperado dos profissionais da saúde uma maior preocupação em identificar sintomas da depressão pós-parto de modo a realizar uma intervenção preventiva, evitando que a criança tenha seu desenvolvimento alterado definitivamente.

DIABETES MELITUS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA MANEJO E CUIDADOS DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Elisângela Souza¹
Grasiele Costa Rodrigues²
Cecília Drebs Pedron³
Fernanda Sant`Ana Tristão⁴

¹Acadêmica do 5º Semestre de Enfermagem pela ULBRA / Gravataí-RS.

²Acadêmica do 5º Semestre de Enfermagem pela ULBRA/ Gravataí-RS, Avenida Presidente Getulio Vargas, 1555, Bairro Vila Isabel, CEP 94836010, Alvorada/RS, Telefone: 34470648. [grasiele_costa \[grasy_enf_ulbra@hotmail.com\]](mailto:grasiele_costa@grasy_enf_ulbra@hotmail.com)

³Mestre em Enfermagem pela UFRGS, Professora do Curso de Enfermagem da ULBRA/Gravataí.

⁴Mestranda em Educação, Especialista em Enfermagem Domiciliar, Professora do Curso de Enfermagem da ULBRA/Gravataí e Medicina da ULBRA.

Diabetes Mellitus é uma síndrome causada devido à insuficiência insulínica, relativa ou absoluta que tem como conseqüências distúrbios metabólicos dos hidratos de carbono, lípidos, água e eletrólitos, que quando muito intensos culminam em cetose diabética coma e morte, sendo que estes distúrbios ainda podem trazer processos degenerativos em vários órgãos e tecidos. A etiologia do Diabetes Mellitus, advém de várias causas prováveis como infecção (vírus), auto imunidade, distúrbio hormonal, obesidade e outras, ainda tem como principal causa a pré-disposição hereditária que pode ser associada a estes outros fatores. Estatísticas apontam para um número crescente de crianças que desenvolvem Diabetes Tipo I, cerca de 70 mil a cada ano. O Tipo II que antes se desenvolvia apenas em adultos está aumentando com uma rapidez alarmante, sendo que atualmente mais de 200 crianças desenvolvem Diabetes a cada dia, devido a diversos fatores como as alterações na estrutura da dieta associada ao sedentarismo, que são os principais fatores etiológicos da obesidade adulta e infantil em muitas das regiões metropolitanas do Brasil e do mundo. O tratamento DM I baseia-se em Insulina, e DM II no uso de comprimidos hipoglicemiantes, além de cuidados com a dieta alimentar e a prática de exercícios físicos. Os cuidados de enfermagem requerem esforços mútuos, das famílias e dos profissionais de saúde para que sejam atingidos bons controles metabólicos que minimizem as complicações advindas em longo prazo. Neste processo o Enfermeiro poderá desenvolver ações competentes por meio do manejo do cuidado através da forma integral, visualizando a criança e o adolescente biopsicosocioespiritualmente, devendo considerar o cuidado não somente como uma atividade direcionada a tratar a lesão, aliviar os desconfortos trazidos pela doença e auxiliar no tratamento da doença, mas uma atividade de cuidar que procura ir além, captando um sentido mais amplo do cuidado de relações da criança e do adolescente com outros e com o mundo, buscando fazer com que estes possam ter uma vida plena.

FADIGA NO PACIENTE ONCOLÓGICO PEDIÁTRICO: REVISÃO DA LITERATURA

Susana Mayer Moreira¹
Helena Becker Issi²

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Estagiária da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Bolsista do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA. Contato: surammstein@yahoo.com.br / 2101-8596

²Professora da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança do Curso de Enfermagem da UFRGS. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA. Contato: hissi@hcpa.ufrgs.br / 2101-8596

INTRODUÇÃO: A fadiga é um problema freqüente na população oncológica pediátrica, no entanto, permanece sem reconhecimento e sem tratamento. Enfermeiras pediátricas devem entender o sintoma, conhecer suas causas, os fatores que o agravam e reconhecer sua presença, bem como, conhecer medidas que tragam alívio.

OBJETIVO: Buscar na literatura nacional e internacional, trabalhos na área de enfermagem que discutam o problema da fadiga na população oncológica pediátrica.

METODOLOGIA: A metodologia utilizada consistiu em busca de artigos, em bases de dados nacionais e internacionais.

RESULTADOS: Sobre a definição de fadiga, o conceito mais utilizado diz que é a interrupção da realização das atividades diárias, como resultado de um declínio no nível de energia. As crianças expressam estar fatigadas através de relatos que incluem expressões como: “estar muito cansado”, “ter dificuldade para fazer as coisas de sempre”, “não ter vontade de brincar”, “não conseguir dormir bem”, “estar exausto” e, muitas vezes, um conjunto destas frases. Os fatores apontados que contribuíram para a ocorrência de fadiga foram: quimioterapia, radioterapia, alterações na alimentação, distúrbios hematológicos, mudanças nos padrões de sono, depressão, a própria doença em si, o ambiente hospitalar, com seu barulho, interrupções do sono para medicação, verificação de sinais vitais, transfusões, a presença de dor. Medidas que aliviam a fadiga são: tratar as causas de desconforto físico e emocional, proporcionar atividades de lazer, manter contagens sanguíneas adequadas, evitar interrupções do sono e sons altos dentro da unidade, adequar a nutrição com a clínica do paciente.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES: A partir da constatação da escassez de pesquisas, cabe a recomendação para um olhar mais atento da enfermagem na busca de minimizar os efeitos adversos da fadiga na qualidade de vida da criança. Ainda, indica-se a realização de estudos para a promoção de estratégias com enfoque na fadiga do paciente, através de intervenções de enfermagem efetivas e eficazes.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica, oncologia pediátrica, fadiga.

HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS POR DOENÇAS GRAVES EFEITOS TARDIOS NA FAMÍLIA

Sandra Maria De Ré Busatta¹
Terezinha Albina Bordin²

¹Enfermeira, estudante do curso de pós graduação em Saúde da Família, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – URI - Campus de Erechim.

²Professora, Mestre em Assistência de Enfermagem, Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões – Campus de Erechim. Email: terebordin@via-rs.net

A criança ou bebê hospitalizado em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por doença grave, sofre pela separação, procedimentos invasivos, sofrimentos dos pais. A hospitalização gera crise familiar, surgindo sentimentos de culpa e ansiedade, podendo gerar efeitos negativos na continuidade do papel que os pais precisam desempenhar junto ao filho. Entre os sintomas observados os mais comuns são a angústia, tristeza, depressão, culpa. Estes efeitos ocorrem devido ao sentimento de impotência frente à realidade entre a vida e a morte. Através deste trabalho caracterizado por uma pesquisa qualitativa, foram realizadas entrevistas com cinco famílias que passaram pela experiência de ter um filho internado em estado grave na UTI, um ano após a internação. As famílias revelaram o sentimento ao retornar para casa, os sentimentos relacionados com a internação hospitalar, as alterações sofridas pela família decorrentes da hospitalização e da doença e por último os traumas e seqüelas que ficaram na criança e na família. Através da pesquisa observou-se que o sentimento que mais aparece é o medo da morte, da perda, da reincidência da doença, junto com ele vem a fé, a crença em um poder divino, superior, que trás alento e esperança de cura. O cansaço físico e mental acaba por abater-se sobre eles, levando muitas vezes ao desespero, a agressividade, as brigas, à revolta, ao choro. Recomenda-se que os profissionais de saúde desenvolvam práticas educativas e motivadoras de esclarecimento aos pais, que envolvam a família a participar do cuidado dos seus filhos e que sejam acompanhadas a domicílio na difícil tarefa de recomeçar.

Palavras – chave: Criança. Hospitalização. Família

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A CRIANÇA E FAMÍLIA COM DOENÇA CELÍACA

Caroline Anjos de Souza¹
Maria da Fátima Vargas Alencar¹
Cristiane Godoy de Mello¹
Lisiane Vieira¹
Aline Garcia¹
Vladimir Albuquerque¹
William Wegner²

¹Acadêmicos de Enfermagem do 7º Semestre Centro Universitário Metodista IPA

²Doutorando em Enfermagem pelo PPG – Escola de Enfermagem / UFRGS. Professor Titular do Centro Universitário Metodista IPA.

krolanjos@yahoo.com.br, celular: (51) 98197061.

RESUMO: A doença celíaca é a intolerância permanente ao glúten que acomete pacientes com predisposição genética, geralmente manifestada na infância, mas podendo surgir em qualquer idade, acarretando limitações na alimentação da criança. A partir disso, realizou-se o Histórico de Enfermagem em uma criança de um ano e quatro meses de idade com o diagnóstico médico de Doença Celíaca. O objetivo desse estudo é apresentar as Intervenções de Enfermagem preconizadas pela NIC relacionadas a um Diagnóstico de Enfermagem (DE) da NANDA. Trata-se de um estudo de caso realizado na disciplina de Saúde do Adolescente durante a prática disciplinar. Esses subsídios, além do referencial teórico e das práticas desenvolvidas durante a internação hospitalar da díade criança/família possibilitaram a reflexão crítica sobre as Intervenções de Enfermagem indicadas a ela. Os principais achados do Histórico de Enfermagem foram: abdômen tenso e distendido com ausência de ruídos hidroaéreos, diurese amarelo âmbar, fezes diarréicas, fétida. Isso permitiu a formulação do DE, Diarréia relacionada à absorção diminuída no intestino delgado, secundária às vilosidades danificadas em função das toxinas do glúten não digerido; o qual relaciona-se as seguintes Intervenções de Enfermagem: ensinar aos pais as necessidades nutricionais apresentadas pela patologia e alterações à serem comunicadas; eliminar fatores contribuintes para diarréia, como o glúten; repor líquidos e eletrólitos; envolver a criança na monitorização da alimentação (se possível). Desse modo, o estudo ressalta a necessidade do planejamento da assistência de enfermagem a partir das intervenções de enfermagem contextualizadas para a atenção integral, principalmente o cuidado domiciliar, exercido pelos cuidadores da criança, visando a sua proteção e segurança, evitando reinternações hospitalares desnecessárias.

INTRODUÇÃO DA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA O LACTENTE

Franciele da Silveira Schenini¹

Denise Silveira Garczynski²

Eveline Rodrigues³

Jaqueline Alves Gluszcuk⁴

Vandréia Machado Garcia⁵

Nair Regina Ritter Ribeiro⁶

^{1,2,3,4,5} Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁶ Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Relator: franschenini@yahoo.com.br

O leite materno, além de adaptado a fisiologia digestiva e metabólica da criança, é um alimento completo do ponto de vista nutricional e imunológico, suprimindo suas necessidades nos primeiros quatro anos de vida. As crianças nascidas a termo devem ser amamentadas exclusivamente ao seio até os seis meses de idade. Existirão casos em que a criança necessitará de complementação, como baixo peso ao nascer ou prematuridade; evolução insatisfatória do crescimento e desenvolvimento. Por isso, o profissional deve saber identificar esses casos e também indicar o momento mais apropriado para recomendar o início do processo de desmame e o procedimento correto. O objetivo desta revisão é apresentar os aspectos fundamentais na introdução da alimentação complementar do lactente. Inicialmente, a introdução da alimentação complementar deve ser lenta e gradual. Os alimentos devem ser de fácil mastigação, deglutição e digestão, a consistência deve aumentar aos poucos. A amamentação deve continuar após os seis meses de vida, porém os horários das mamadas estarão mais espaçadas e regulares. Com isso será possível estabelecer um esquema para aproximar os horários da alimentação da criança aos da família. Ao orientar o planejamento da alimentação, o profissional deve estar atento aos hábitos alimentares, a característica socioeconômica, a cultura da família e também a adequação e disponibilidade dos alimentos. O esquema de introdução da alimentação complementar para crianças não amamentadas será diferente daquele recomendado para as crianças em aleitamento materno. Com base nisso, podemos refletir acerca da complexidade de se compreender o desenvolvimento infantil. Percebemos a importância do profissional estar bem informado sobre estas questões para, além de dar a informação correta, saber justificar cada orientação, reforçando os riscos e benefícios da introdução da alimentação complementar do lactente.

O BRINQUEDO COMO INSTRUMENTO DE QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO EM UTI PEDIÁTRICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA¹

João Samuel Renck²
Sandra Stawinski³

¹Trabalho desenvolvido a partir das vivências junto a crianças internadas na UTI pediátrica do Hospital da Criança Conceição, do Grupo Hospitalar Conceição (HCC/GHC).

²Enfermeiro. Residente da ênfase em Terapia Intensiva da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Relator do trabalho. E-mail: renck20@msn.com. Telefone: (51) 8472-5098.

³Enfermeira assistencial da UTI pediátrica do Hospital da Criança Conceição (HCC). Preceptora da ênfase em Terapia Intensiva da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS/GHC). Orientadora do trabalho.

O adoecer vem acompanhado de uma série de desconfortos e limitações que interferem no bem estar das pessoas. Os sentimentos de frustração, raiva e angústia estão comumente presentes, sendo exacerbados (e também mais sinceramente revelados) pelas crianças. Para eles, a perda de controle e a submissão à pessoas estranhas e procedimentos hostis ocasionam um impacto negativo, acentuando imagem ruim atribuída ao hospital. Com intuito de alterar este quadro, passaram a ser propostas novas formas de interação com os infantes por meio de abordagens lúdicas e/ou recreacionistas, as quais proporcionam uma maior familiarização com o novo ambiente, utilizando-se técnicas não agressivas como intermediárias na relação paciente/equipe. Sendo assim, construímos este trabalho objetivando expor nossa vivência com o uso de brinquedos na assistência à crianças internadas na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) pediátrica de um hospital de grande porte, caracterizando-o como um relato de experiência. Almejamos associar a teoria e a prática apresentando os benefícios desta forma de atenção como uma maneira de individualizar o cuidado à faixa etária atendida neste local. Sendo assim, utiliza-se no referido setor jogos de videogame, filmes, desenhos animados, bonecas, chocalhos, jogos educativos, quebra-cabeças, livros, carrinhos, bolas, entre outros. A escolha do tipo de brinquedo se dá conforme a idade, o desenvolvimento cognitivo e o interesse da criança. Percebemos que esta ação oportuniza a expressão de sentimentos, estimula a criatividade, gera identificação com o meio e propicia afinidades entre os envolvidos. Considerando estes aspectos, concluímos que a utilização destes instrumentos facilita o estabelecimento de vínculo e contribui para o surgimento de momentos agradáveis, tornando a hospitalização menos traumática aos pacientes e promovendo um processo de trabalho gratificante aos funcionários.

O PROGRAMA DE TRANSPLANTE HEPÁTICO INFANTIL: A ENFERMAGEM AMPLIANDO ESPAÇOS DE CUIDADO

Janete Teresinha Pires de Oliveira¹
Helena Becker Issi²
Clarissa Pitrez Abarno³

¹Enfermeira Responsável pelo Programa de Enfermagem no Transplante Hepático Infantil, Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul. Fone: 3337.2115 / 9288.0265 / 2101.8396. e-mail: Jtpoliveira@hcpa.ufrgs.br

²Professora Enfermeira Assistente do Departamento de Enfermagem Materno Infantil - EEUFRGS, Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA

³Acadêmica de Enfermagem da UFRGS, bolsista do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA.

Doenças hepáticas pediátricas são responsáveis por significativa parcela de óbitos nos lactentes e pré-escolares. A maioria delas não dispõe de tratamento específico que modifique favoravelmente seu prognóstico sendo o transplante hepático opção terapêutica definitiva. O transplante já é realidade em muitos centros exigindo profissionais mais capacitados para o atendimento adequado desses pacientes e suas famílias. Nesta perspectiva trata-se de relato de experiência objetivando descrever a atuação especializada da enfermagem no cuidado aos transplantados hepáticos. O primeiro transplante hepático pediátrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre ocorreu em 1995. Desde então o Programa De Transplante Hepático Infantil (THI) realizou 115 transplantes. A enfermagem no THI iniciou em 1996 através de ações diferenciadas. A enfermeira mediante contato direto e diário com a equipe possibilita trocas de informações sobre evolução dos pacientes, exames, complicações, dificuldades com medicações e orientações. Junto à família e pacientes prioriza-se esclarecimento de dúvidas, orientações do tratamento, medicações, prevenção de infecções, e auto cuidado. Com o aumento de transplantados e a necessidade de acompanhamento sistematizado e individualizado criou-se a consulta de enfermagem do THI. Os registros da anamnese e exame físico, complicações ocorridas e orientações sobre cuidados pós-transplantes são feitos em prontuários on-line, É fornecido material instrucional sobre medicações em uso e restrições de vacinas. Pacientes em lista de espera, também são acompanhados e recebem o Manual do Transplante Hepático Infantil. Estão em acompanhamento ambulatorial através de consulta de enfermagem 63 pacientes transplantados e suas famílias e 2 em lista de espera. A descoberta de novos imunossuppressores, soluções de prevenção, aperfeiçoamento das técnicas cirúrgicas, tecnologias mais avançadas nas UTIS pediátricas e profissionais treinados para atendimento diferenciado, contribui para aumento de transplantados a cada ano. O transplante tem devolvido esperança e qualidade de vida a esses pacientes, sendo a abordagem educativa do enfermeiro recurso facilitador do sucesso dessa terapêutica.

PREVENÇÃO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO: UM OLHAR QUALIFICADO PARA O CUIDADO DA PELE EM PEDIATRIA

Luciana Zinn Sostizzo¹
Luciana Batista dos Santos²
Elizabeth Cachafeiro³
Josiane Dalle Mülle⁴
Helena Becker Issi⁵

¹Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica. Consultora na pediatria do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF). Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

²Acadêmica do 6º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Bolsista do Serviço de Enfermagem Pediátrica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
(luufrgs@gmail.com / 9917 8026).

³Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁴Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica 10S. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

⁵Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, Pesquisadora do Grupo de Estudos do Cuidado nas Etapas da Vida (CEVIDA), Mestre em Educação. Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica. Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Úlceras de pressão (UP) são definidas como uma área de dano tissular que se desenvolve quando uma camada de tecido subcutâneo é comprimida entre uma proeminência óssea e uma superfície externa por um período prolongado, podendo estender-se para estruturas como músculo e osso. (BUTLER, 2006). Embora a incidência de UP em crianças seja reduzida em comparação com a população adulta, estas ocorrem e podem acarretar implicações imediatas e em longo prazo. Ainda, há que ressaltar o incremento na utilização de recursos tecnológicos cada vez mais avançados na tentativa de prolongar a vida das crianças, especialmente das criticamente enfermas ou daquelas que requerem cuidados e procedimentos altamente especializados, bem como aquelas portadoras de necessidades especiais. Por outro lado, tais recursos acarretam conseqüências desfavoráveis à manutenção da integridade do tecido epitelial e subcutâneo das crianças. As unidades pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), ao longo dos anos, vêm se especializando para uma atenção diferenciada a estas novas exigências do cuidado, advindas de uma mudança do perfil dos pacientes e da complexidade da assistência. Nesse contexto, compreendemos que a equipe de enfermagem desempenha papel fundamental no que tange à promoção dos melhores recursos para o cuidado da pele dos pacientes pediátricos, de forma a acompanhar, igualmente, aos avanços desta área do conhecimento. Para tanto, criou-se um grupo de estudos denominado Grupo de Estudos da Pele em Pediatria (GEPP) com a proposta de construir um protocolo assistencial que vise à prevenção de UP em pediatria.

OBJETIVO: Buscar subsídios embasados em referências da literatura nacional e internacional que fundamentem a construção de um protocolo assistencial para prevenção de UP que vise às necessidades específicas da criança.

METODOLOGIA: Este trabalho constitui-se, portanto, na apresentação do que a literatura dos últimos anos refere acerca da ocorrência de UP em crianças, fatores de risco relacionados e intervenções específicas para promover a prevenção. Tem como base a pesquisa bibliográfica, a qual geralmente é associada a uma revisão

de literatura conduzida para facilitar a seleção e delimitação do tema, do propósito, ou o desenvolvimento de um marco teórico e a escolha de métodos e técnicas na condução de qualquer pesquisa. Parte-se do pressuposto da revisão de literatura como sendo fonte de informação indispensável para pesquisar um determinado tema. Este tipo de pesquisa inclui os estudos que propõem a construção de teorias e marcos conceituais pelo método dedutivo; estudos conduzidos para traçar uma imagem do saber produzido ou identificar os vazios no conhecimento de uma área ou tema (TRENTINI; PAIM, 2004). Os passos metodológicos para a condução da análise dos materiais obtidos consistem, segundo Gil (2002), em: leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa.

RESULTADOS: Fatores de risco potenciais associados com o desenvolvimento de UP envolvem fatores intrínsecos, como nível reduzido de consciência, estado psicossocial, desnutrição e desidratação, perfusão tissular reduzida, incontinência urinária e fecal, e mobilidade restrita; além de extrínsecos, que incluem pressão, fricção, cisalhamento e umidade (NICE, 2002). Na população pediátrica, UP são relatadas como muito associadas aos fatores extrínsecos (NANN,2003). Dessa forma, a intervenção preventiva é essencial para evitar a ocorrência de UP, qualificando assim a assistência prestada. Os sítios anatômicos mais comuns para o desenvolvimento de UP são: região occipital em lactentes, e região sacra, lobos das orelhas e calcanhares em crianças maiores. Em posição supina, a cabeça torna-se o ponto principal de pressão em bebês, devido ao tamanho desproporcionalmente grande em comparação com o tamanho corporal. Além disso, o crescimento limitado de cabelo e menos tecido subcutâneo contribuem para o aumento da suscetibilidade ao efeito das forças de pressão e cisalhamento (SOLIS,1998; BUTLER,2006). Em vista desses fatores contribuintes, o enfermeiro deve estar atento a sinais de alerta em área localizada da pele para desenvolvimento de UP, como eritema persistente, flictemas, descoloração, edema, calor, endurecimento, assim como perfusão capilar das extremidades comprometida (GREAT ORMOND STREET HOSPITAL FOR CHILDREN, 2005). A prevenção de UP envolve as intervenções precoces, que englobam identificação de indivíduos em risco, manutenção e melhoria da tolerância tissular, proteção contra efeitos adversos de pressão, fricção e cisalhamento, e um programa educacional para o paciente, conforme o nível de desenvolvimento da criança, e cuidadores (BUTLER, 2006). A fim de avaliar o risco de UP em pediatria, Quigley e Curley (2002) desenvolveram a escala *Braden Q*, adaptada da escala de *Braden* original, utilizada na população adulta, que atende às necessidades específicas do desenvolvimento infantil. Essa escala compreende a avaliação de risco segundo subescalas que identificam o grau de mobilidade, atividade, percepção sensorial, umidade, fricção e cisalhamento, nutrição, e perfusão e oxigenação tissular. A avaliação através de uma escala possibilita determinar um plano de cuidados, que objetiva a documentação de intervenções e guia cuidados futuros, sendo avaliado diariamente. Esse deve incluir a descrição da condição atual da pele, um regime de posicionamento apropriado, equipamentos a serem utilizados para alívio de pressão, produtos a serem aplicados para proteção da pele, viabilidade tissular, e papel da criança e responsável na estratégia de prevenção (GREAT ORMOND STREET HOSPITAL FOR CHILDREN, 2005). Identificado o risco para desenvolvimento de UP, as intervenções baseiam-se no objetivo de prevenir dano mecânico e limitar forças de atrito no posicionamento e transferência do paciente, mantendo baixa a

cabeceira e utilizando dispositivos que facilitem o procedimento. Além disso, deve-se visar à redução de pressão sobre proeminências ósseas, reposicionando em especial a cabeça a cada duas horas, e aplicando barreira protetora (filme transparente ou hidrocolóide) nas áreas de risco. No caso de pacientes hemodinamicamente instáveis sob cuidados intensivos, salienta-se o uso de colchão com fluxo de ar circulante, a fim de alternar pontos de pressão sem a necessidade de reposicionamento, impossibilitado pelas condições do paciente (NANN, 2003; BUTLER, 2006).

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O risco para desenvolvimento de UP deve representar um problema de enfermagem significativo. Assim, há a necessidade da construção de protocolos assistenciais e materiais educacionais baseados em evidências, tanto para a equipe de enfermagem quanto aos cuidadores, que contemplam os cuidados necessários a partir de uma avaliação de risco. Este trabalho promovido pelo GEPP serve como ponto de partida na obtenção de diretrizes relativas à avaliação de risco para desenvolvimento de UP da população pediátrica mediante parâmetros que permitam aplicação a nível institucional.

Palavras-chave: População pediátrica, úlcera de pressão, prevenção, avaliação de risco, cuidado da pele.

QUADRO PEDIÁTRICO DE VARIZES ESOFÁGICAS COMO COMPLICAÇÃO DE HIPERTENSÃO DE VEIA PORTA: UM ESTUDO DE CASO

Clarissa Barros¹
Fabrine Drescher¹
Caroline Focchesatto¹
Cássia Martiny¹
Hilda Moleda¹
Marina Prettes¹

¹Acadêmicas de enfermagem 7º semestre. Centro universitário metodista do sul IPA
Relator: mprettes@hotmail.com/ mprettes@pop.com.br

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Trata-se de estudo de caso clínico realizado por acadêmicas do 6º semestre do curso de enfermagem do Centro Universitário Metodista do Sul, as quais acompanharam um paciente na unidade de cuidados de pediatria no mês de outubro de 2007.

OBJETIVO: Realizar um estudo clínico patológico deste paciente através de uma revisão bibliográfica. Assim como, aplicar o processo de enfermagem por completo, a fim de avaliar este paciente como um todo e prestar uma assistência integral a ele.

METODOLOGIA: Estudo de caso com aplicação do processo de enfermagem e revisão bibliográfica da patologia do paciente.

RESULTADOS: Nesta oportunidade, convivemos com C.E.T, sexo masculino, nascido em 01/06/2001, cujo diagnóstico médico foi de hipertensão porta, trombose veia porta, varizes esofágicas. A situação requer considerar que o fígado é um órgão de alta complacência que recebe a cada minuto 25% do débito cardíaco. (MENDONÇA e NETO, 2005). A veia porta é formada pela junção das veias esplênica e mesentérica superior, na altura da segunda vértebra lombar, normalmente entre cinco e nove centímetros de comprimento, e é responsável por 2/3 do fluxo sanguíneo hepático. Junto ao fígado a veia porta se divide em dois ramos, respectivamente para os lobos direito e esquerdo, sofrendo sucessivas subdivisões para os seguimentos hepáticos até chegar à periferia dos lóbulos através dos espaços porta. (SILVA e COSTA, 2001). Esse sistema de vasos venosos é destituído de válvulas e, portanto, a direção do fluxo sanguíneo é determinada pelo gradiente de pressão, definido pela diferença de pressão entre a veia porta e a veia cava inferior que é de 5 a 10 mmHg. A importância do sistema venoso portal pode ser mensurada pelo volume de sangue que transporta (1,0 a 1,2 l/min), por suprir 65-70% da oxigenação hepática e por receber todo o retorno venoso imediatamente antes da entrada nos lóbulos hepáticos. Segundo Silva e Costa (2001), a hipertensão porta é uma síndrome que se caracteriza pelo aumento patológico e sustentado da pressão no sistema porta, sendo normal até 7mmHg. A causa é uma interferência no fluxo sanguíneo venoso hepático, que se traduz clinicamente por circulação colateral visível na parede abdominal, ascite e varizes de esôfago, esta última complicação mais freqüente e grave das hepatopatias crônica. A hipertensão porta é uma condição anormal de elevação ininterrupta de pressão de sistema venoso porta. Segundo Schettino et al (2006), a obstrução da veia porta pode ocorrer em qualquer sítio do seu trajeto no sistema porta. Um dos

mecanismos envolvidos na obstrução é a trombose da veia porta. Em crianças, a obstrução porta resulta da trombose e, com frequência, evoluem de graus variados. Ainda não é conhecida a fisiopatologia da formação do trombo no sistema porta. Admite-se que decorra da combinação de fatores pré-trombóticos e fatores locais. As manifestações clínicas do paciente com trombose de veia porta costumam ser hemorragia digestiva alta, presença de esplenomegalia, retardo no crescimento, alterações da coagulação, varizes, ascite, anemia, entre outras. Behrman e Vaughan(1990) diz que, as varizes esofágicas ocorrem em crianças como uma complicação da hipertensão porta. As varizes esofágicas são veias dilatadas tortuosas, comumente encontradas na submucosa da parte inferior do esôfago, entretanto, elas podem desenvolver-se em um plano mais alto no esôfago ou estender-se para dentro do esôfago. Esse distúrbio quase sempre é provocado pela hipertensão porta. Segundo Brunner e Suddarth's (2002), por causa da obstrução aumentada da veia porta, o sangue venoso proveniente do trato intestinal e do baço procura uma saída através da circulação colateral. Esses vasos colaterais não são muito elásticos, mas em vez disso, são tortuosos e frágeis, existindo sangramento fácil, outra causa menos freqüente de varizes são as anormalidades da circulação na veia esplênica ou na veia superior e a trombose de veia esplênica. C.E.T., cor branca, católico, residente do município de Teutônia /RS, mora com os pais e mais um irmão menor em casa própria, com saneamento básico e luz elétrica. Sua história de vida pregressa não apresenta outras patologias nem intercorrências prévias. Sua primeira internação se deu no dia 10/12/2006 no Hospital de Teutônia/RS por apresentar sangramento oral, pela urina, dor lombar e abdominal e há um dia melena, também apresentou TA bastante elevada, o que desencadeou uma anemia severa, sendo necessária a realização de transfusão sangüínea; recebeu papa de hemácias 25 ml/kg em duas vezes (Hb 3,2). Veio transferido deste hospital para o município de Porto Alegre dia 17/10/2006 para o hospital público pediátrico, onde permaneceu por 10 dias na UTI para investigação clínica do caso. Aos exames clínicos, apresentou marcadores virais negativos, ecografia abdominal com ascite volumosa, fígado heterogêneo, vesícula com paredes espessas, esplenomegalia. Persistindo com melena dia 13/12/2006 feito a endoscopia digestiva alta, no qual aprestou varizes esofágicas de grosso calibre com micro sangramento e gastrite endoscópica nodular. Realizada ligadura elástica em 14/12/2006. Apresentou novo episódio de sangramento. Iniciado com Espironolactona e Propanolol. Realizado eletro encefalograma EEG, com atividade de fundo lenta sem alterações metabólicas, avaliado pelo neurologista que considera estas alterações pré-existentes. Foi então aumentada a dose de propanolol em 20/12/2006 com o objetivo de reduzir em 25% a FC (frequência cardíaca). A biópsia de fígado apresentou-se sem alterações microscópicas. A evolução clínica do paciente foi boa, recebeu alta com BEG, assintomático, sem outras intercorrências durante a internação, no dia 27/12/2006; teve como plano de alta manter Epironolactona, Propanolol e Omeprazol conforme prescrição médica, dieta hipossódica. Em 03/01/2007 o paciente interna, novamente, para revisão com gastroenterologista como agendado, sem intercorrência nesse período. Realizado a endoscopia digestiva e recebeu alta no dia 05/01/2007 com BEG e assintomática. Terceira internação dia 17/10/2007, para realizar endoscopia digestiva para acompanhamento de varizes esofágicas por trombose de veia porta. Nesse momento realizou-se também ligadura variceal. Indicação de controle de endoscopia dentro de um ano. Nesse momento foi onde tivemos o contato com o paciente e seus

familiares, aplicando assim o processo de enfermagem. Ao exame físico paciente apresentava-se acordado, bom estado geral, mucosas úmidas e coradas, lúcido, orientado e comunicativo; ventilando espontaneamente ar ambiente, aceitando bem via oral, Ausculta Pulmonar: Murmúrios Vesícula bilaterais presentes, sem sibilos ou roncosp. Ausculta Cardíaca: Ritmo Regular, 2 Tempos. Abdômen: presença de ruídos hidroaéreos, flácido e indolor à palpação. Eliminações presentes sem alterações, extremidades profundas e desinfiltradas. Sensibilidades e forças motoras preservadas. Acesso periférico em MSE recendo soroterapia. Diante destes dados identificamos possíveis diagnósticos de enfermagem, tais como, “Déficit do volume de líquido relacionado às varizes esofágicas evidenciado por Hemorragia e vômito”. Doenges e Moorhouse definem déficit do volume de líquido como o estado em que um indivíduo tem desidratação vascular, celular ou intracelular (em excesso de necessidades ou capacidades de reposição devida á perda ativa). Os cuidados de enfermagem devem visar a regulação do equilíbrio ácido, base, eletrólise e evitar complicações, ou seja, através do cuidado que apóie a regulagem homeostática. Outro diagnóstico é o de Risco para vínculo pais e filhos prejudicado, relacionado à internação hospitalar. Doenges e Moorhouse o definem como ruptura do processo interativo entre pais e pessoas próximas e criança que encoraja o desenvolvimento de uma relação recíproca de uma relação recíproca protetora e educativa. As intervenções de enfermagem devem visar facilitar o funcionamento da unidade familiar e promover a saúde e o bem-estar dos membros da família.

CONCLUSÃO: Após avaliar todos os cuidados de enfermagem necessários ao caso de C.E.T. concluímos que é de vital importância o conhecimento de todo o contexto familiar dessa criança assim como da patologia. Para que a partir desse conhecimento o enfermeiro desenvolva seu olhar mais crítico, pois o cuidado não é somente técnico. Deve ser avaliada dessa forma a necessidade física, emocional e social, com isso, tornando a atuação do enfermeiro mais abrangente, humanizada e promovendo assistência mais qualificada, a fim de minimizar o estresse dessa internação para criança e seus familiares.

Palavras-chave: Hipertensão Porta, Varizes Esofágicas, Pediatria, Enfermagem.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA:

- BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgico. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan, 2002.
- MENDONÇA, Franciomar Madson N; NETO, Ulisses Fagundes. Hipertensão Porta. **The Electronic Journal of Pediatric**. Vol.9. Março, 2005.
- SCHETTINO, Graziela C M; FAGUNDES, Eleonora D T; et all. Trombose de veia porta em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro. Vol.82, No.3. Porto Alegre Maio/Junho, 2006.
- SILVA, José Francisco P. da; COSTA, Margot Fetter. **Fígado: O que o clínico deve saber II**. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Ed. Universitária, 2001. Pág:36-38; 229-230.
- BEHRMAN, Richard E; VAUGHAN, Victor C. Sistema Digestivo. In: BEHRMAN, Richard E; VAUGHAN, Victor C. **Nelson: Tratado de Pediatria**. Ed: 13. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1990. Cap:12. Pág: 752; 821-822.
- LAFEPE MEDICAMENTOS. Disponível em: <www.lafepe.pe.gov.br> Acesso em 09 nov., 2007 15:17:25

RECÉM-NASCIDO COM TRASPOSIÇÃO DOS GRANDES VASOS – IDENTIFICAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM E PRINCIPAIS CUIDADOS

Crislaine Pires Padilha Paim¹

¹Especialista em Enfermagem em Cardiologia do IC- FUC. Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul. Fundação Universitária de Cardiologia. Residência em Enfermagem
e-mail: crislainep@pop.com.br. fone: 34443835 / 92817664

A transposição dos grandes vasos (TGV) é uma doença congênita classificada como cianótica e ocorre quando as posições da artéria pulmonar e da aorta estão invertidas. É responsável por altos índices de mortalidade neonatal. Aproximadamente em cada 10.000 nascimentos dois apresentam a TGV. Na TGV existem duas circulações paralelas e se não houver mistura de sangue é incompatível com a vida. A necessidade de um diagnóstico rápido é imprescindível. Consideramos de suma importância a identificação de sinais e sintomas pela equipe de enfermagem, a fim de que possa oferecer assistência adequada a este tipo de paciente. Visamos identificar os principais sinais e sintomas apresentados pelo recém-nascido na TGV e os principais cuidados para assegurar-lhe a manutenção da vida. O presente estudo é uma pesquisa bibliográfica. O principal sintoma é a cianose, a qual é menos intensa se houver outra anomalia associada como uma comunicação interventricular (CIV) ou persistência do canal arterial (PCA). Alguns sinais podem ser encontrados, mas também variam conforme as anomalias associadas. Pode ocorrer desdobramento da segunda bulha ou ser única e o sopro sistólico é variável. A radiografia geralmente apresenta uma aparência de ovo deitado. O ecocardiograma é essencial para estabelecer o diagnóstico, pois demonstra as conexões arteriais. Para manter este recém-nascido vivo é necessário aumentar a mistura de sangue saturado e dessaturado. Então a manutenção do canal arterial com uma infusão de prostaglandina é obrigatória. Outro procedimento que pode ser realizado é a atrioseptostomia com balão. Porém, a cirurgia corretiva chamada de Jatene é indispensável e geralmente é realizada nos primeiros dias de vida. Na cirurgia a artéria pulmonar e a aorta são transecionadas acima das valvas arteriais e trocadas de posição, as coronárias também são transferidas para a nova aorta. Conclui-se que é de suma importância a identificação dos principais sinais e sintomas da TGV pela equipe de enfermagem, contribuindo assim, para um diagnóstico rápido e assistência adequada ao recém-nascido.

TROCANDO EXPERIÊNCIAS E SABERES: GRUPO DE PAIS DE CRIANÇAS DEPENDENTES DE TECNOLOGIA

Elizabete Clemente de Lima¹
Josiane Dalle Mulle²

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Enfermeira da UTIP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Membro do Programa de Apoio à Família (PAF) do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) do HCPA.[betelima@terra.com.br]

²Enfermeira. Mestre em Educação pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul do HCPA. Membro do Programa de Apoio à Família do SEPED do HCPA

INTRODUÇÃO: A trajetória da família que enfrenta a doença crônica de um filho é muito desgastante para seus membros. A maioria das patologias que leva à doença crônica exige longos períodos de internação e podem se repetir diversas vezes durante a vida da criança. Comumente, estes pacientes ficam dependentes de algum dispositivo tecnológico para manter uma função vital, seja uma sonda para alimentação nasoentérica ou por gastrostomia, uma cânula de traqueostomia ou a dependência de um respirador artificial. Quando falamos de crianças com doenças crônicas temos certeza que é um campo ainda mais desafiador, complexo e pouco explorado, o que nos faz pensar que a doença crônica leva a criança e sua família a experimentar condições únicas, persistentes e angustiantes, apresentando uma ameaça potencial ou manifesta de risco de morte (Morsh, Aragão). A necessidade da utilização de dispositivo tecnológico no corpo da criança exige da família a aquisição de conhecimento a respeito dos cuidados necessários para manter a criança no domicílio por ocasião da alta hospitalar. Levar a criança para casa depende da disponibilidade dos familiares para aprender as técnicas de cuidados, assim como do comprometimento da equipe da pediatria em lhes passar estes ensinamentos, realizar os encaminhamentos necessários e apoiar a família em todos os momentos do processo de alta. O familiar precisará obter conhecimento a respeito da patologia, dos exames a serem realizados, do tratamento e os cuidados a serem desenvolvidos no domicílio. Alguns familiares podem entrar em estresse físico e emocional devido às exigências inerentes a necessidade do acompanhamento da criança durante o longo período de internação. É importante que a enfermeira desenvolva estratégias para conhecer a família, compartilhando informações, mantendo-se presente na inter-relação com ela, assim como promovendo ações educativas que a tornem capaz de oferecer no domicílio, os cuidados necessários à manutenção da qualidade de vida da criança (Lima, Mulle, Santos). A convivência dos familiares com um grupo que congrega pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Esta situação ajuda os participantes a quebrarem barreiras, especialmente pela possibilidade de receberem *feed-back* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciaram ou vivenciam os mesmos problemas (Munari, Rodrigues). A troca de informações, experiências e saberes se dão entre os familiares, estes e a equipe, num movimento dinâmico do processo de ensino aprendizagem em que familiar e profissional ensinam e adquirem conhecimento. A aquisição de conhecimento e desenvolvimento de habilidades pelos pais para a realização dos cuidados no domicílio, auxilia as famílias a enfrentar com mais determinação e segurança esta nova realidade.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Este é um relato de experiência de enfermeiras do Grupo de Apoio à Família do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA com a realização de um grupo de pais de crianças dependentes de tecnologia. A partir de um trabalho desenvolvido à beira do leito, este grupo foi formado em 2006 por sugestão de familiares que acharam importante unir as famílias de crianças com estas características, já que possuíam interesses, necessidades e dificuldades comuns.

OBJETIVO: O grupo foi criado com a pretensão de proporcionar momentos de trocas solidárias de experiências, compartilhar saberes e informações, promoção de mudanças de atitudes, alternativas para lidar com o estresse, assim como funcionar como um meio de avaliação da rede de apoio intra-hospitalar e da comunidade onde a família está inserida.

METODOLOGIA: Os encontros ocorrem quinzenalmente, com duração de aproximadamente 90 minutos, tendo como equipe efetiva dois enfermeiros e eventualmente com a participação de uma Assistente Social. Participam os familiares de crianças dependentes de tecnologia das Unidades de Internação Pediátrica e Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrico. Os familiares são convidados à beira do leito no início da manhã do dia convencionado para a reunião. A coordenação dos encontros é feita por um dos enfermeiros. O grupo foi montado como recurso no desenvolvimento de ações que são realizadas pelas enfermeiras a fim de preparar as famílias para o cuidado da criança no domicílio. Enquanto no hospital, estas famílias apresentam necessidades e dificuldades que são discutidas no grupo. Discute-se assuntos como o afastamento do familiar cuidador do contexto doméstico, deixando filhos e cônjuge; a perda do emprego; a saudade dos outros filhos e dificuldades em lhes dar atenção; o ambiente inicialmente desconhecido do hospital; a aquisição de novos saberes; o funcionamento das redes de apoio familiar, da instituição hospitalar e comunitária.

RESULTADOS: Os familiares têm conseguido trocar experiências e auxiliado uns aos outros no enfrentamento de suas necessidades e dificuldades. Na avaliação da rede de apoio interna os pais têm colocado nos grupos problemas e dificuldades que têm enfrentado quando a criança se encontra no domicílio e necessita retornar ao hospital no setor de emergência ou para revisões ambulatoriais. Alguns problemas foram levantados como a demora na espera para atendimento; dificuldade em conseguir torpedão de oxigênio quando a criança é dependente; ausência de tomadas elétricas disponíveis para aspirador de secreções; trocador de fraldas inadequado para todas as idades (de crianças à adolescentes); dificuldades para trocar sondas para alimentação e cânulas de traqueostomia; etc. Foram realizadas reuniões com as chefias destes setores com a finalidade de se buscar alternativas para resolver os problemas indicados pelas famílias. Quanto às dificuldades enfrentadas com a rede de apoio externo, as Assistentes Sociais responsáveis pela pediatria oferecem as informações e encaminhamentos necessários, funcionando como ponte de apoio entre a família e os órgãos públicos.

CONCLUSÕES: O grupo de pais além de proporcionar um momento de compartilhamento de sentimentos e experiências funciona como um meio de oferecer esperança e força para auxiliar as famílias no enfrentamento da doença crônica e suas implicações. Mostra para os profissionais que cada família possui o seu próprio modo de lidar com seus sentimentos diante da vulnerabilidade da criança doente. Para os profissionais gera conhecimento e aprendizado pois, os mesmos adquirem maiores condições de entender a

complexidade que envolve o cuidado destas crianças para suas famílias. Observamos que os profissionais que realizam esta atividade grupal acabam servindo de referência para estas famílias funcionando como um elo entre elas e os outros membros da equipe, auxiliando nas tomadas de decisões. Cabe aos profissionais o compromisso ético de buscarem se atualizar e adquirir conhecimentos a fim de assistir adequadamente a família de criança dependente de tecnologia respeitando suas necessidades e dificuldades assim como suas características individuais buscando a sua autonomia nos cuidados necessários à manutenção da vida da criança no domicílio.

REFERÊNCIAS:

- LIMA, Elizabete Clemente; MULLE, Josiane Dalle; SANTOS, Maria Rejane. **Criança ou Adolescente Dependente de Tecnologia e sua Família**. P. 49-77. In.: Sistema de Educação Em Saúde Continuada A Distância – PROENF – Programas de Atualização Em Enfermagem - Saúde da Criança e do Adolescente – Ciclo 2 - Módulo 3. Porto Alegre: Artmed. 2008. 137 p.
- MUNARI, Denize Bouttelet; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. **Enfermagem e Grupos**. Goiânia: AB Editora. 1997. 114p.
- MORSCH, Denise Streit; ARAGÃO, Priscila Meneses. A Criança, sua Família e o Hospital: Pensando Processos de Humanização. In: DESLANDES, Suely Ferreira (org.). Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ,2006.416p.(Coleção Criança Mulher e Saúde).

USO DO PICC VALVULADO EM CRIANÇA COM DOENÇA HEMATOLÓGICA

ESTUDO DE CASO

Luciana da Rosa Zinn Sostizzo¹
Kátia Kosciuk Lima²
Luciana Batista dos Santos³

¹Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. lu.zinn@hotmail.com. Telefone: 21018521.

²Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Enfermagem Pediátrica. Professora substituta do Departamento Materno Infantil do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³Acadêmica do 6º semestre do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

INTRODUÇÃO: Tendo em vista o avanço da tecnologia nos dispositivos de acesso vascular, cada vez mais, torna-se necessária a adaptação destes às condições clínicas de cada paciente. O presente estudo de caso tem o objetivo de descrever a experiência da utilização de um cateter venoso em uma criança com doença hematológica.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO: A menina A.C.F., 6 anos e 9 meses de idade, proveniente via emergência do Hospital da Santa Casa de Misericórdia, procedente de Santa Vitória do Palmar, apresentando há 2 semanas prostração, palidez, hematomas, anorexia e náuseas. No hemograma observa-se anemia severa, leucopenia e plaquetopenia. Interna na Unidade de Oncologia Pediátrica (UOP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no dia 01/03/08, com a equipe do Serviço de Hematologia, para investigação. Ao exame físico apresenta-se pálida, hidratada, eupneica e afebril. Abdome com ruídos hidroaéreos aumentados, fígado 1cm abaixo do rebordo costal direito, baço palpável 2 cm do rebordo costal esquerdo. Na fossa ilíaca esquerda palpa-se massa com 9,0 cm nas proximidades da artéria femural. Após realização de medulograma confirmou diagnóstico de Leucemia Linfoblástica Aguda (LLA). Iniciada indução quimioterápica com boa resposta. Após 33º dia do início da terapia apresentou remissão completa da doença. Paciente recebe alta no dia 17/04/08, com retorno para acompanhamento ambulatorial.

REVISÃO TEÓRICA: A leucemia é uma proliferação irrestrita de leucócitos imaturos nos tecidos hematopoéticos, resultando na infiltração e substituição do tecido afetado no organismo por células leucêmicas não funcionais, com a subsequente competição por elementos metabólicos, ocasionando a destruição celular. As células em proliferação deprimem a produção de componentes sanguíneos na medula óssea, competindo e privando as células saudáveis de nutrientes essenciais, tendo como sintomas anemia, infecção, sangramento e enfraquecimento ósseo. Órgãos altamente vascularizados, como baço e fígado, são os mais afetados. A invasão no sistema nervoso central causa aumento de pressão intracraniana. O tratamento quimioterápico subdivide-se em quatro fases: indução, profilaxia do SNC, intensificação e manutenção. Pesquisas revelam que o intervalo livre de doença em crianças se aproxima de 80% (WONG, 2001).

INDICAÇÃO DO PICC (PERIPHELLY INSERT CENTRAL CATHETERS): trata-se de um cateter central de inserção periférica, considerado um acesso confiável, uma vez que sua ponta está posicionada em

veia central de grosso calibre. Indicados para: Infusão de medicamentos vesicantes/irritantes e quimioterápicos; Necessidade de terapia intravenosa intermitente de média/longa duração; Distúrbios de coagulação e/ou plaquetopenia; Infusão de hemocomponentes e coletas sanguíneas (valvulados). Assim, sabendo que o tratamento da leucemia exige um acesso venoso seguro para infusão de medicamentos altamente irritantes como os quimioterápicos, transfusões sanguíneas freqüentes e coletas de exames laboratoriais quase que diárias, identificamos que a paciente preenchia os critérios de indicação para o uso do PICC valvulado. A instalação do PICC requer, além da indicação precisa pelo tipo de terapêutica a ser implementada, também uma avaliação criteriosa quanto às condições clínicas e sociais do paciente que o irá receber.

NEGOCIAÇÃO PARA COLOCAÇÃO DO PICC: Após a confirmação do diagnóstico, em um primeiro momento, a equipe médica indicou um cateter tipo duplo lúmen, já que a instabilidade hematológica da paciente contra-indicava a instalação de um cateter permanente com reservatório. Após avaliação do exame físico e laboratoriais, realizada pela Enfermeira, constatou-se que a paciente apresentava rede venosa preservada, condições clínicas e sociais para o PICC. Contatou-se então a equipe assistente sendo esclarecidos os benefícios do uso do PICC-valvulado: Procedimento realizado pela Enfermeira em beira de leito, não havendo necessidade de bloco cirúrgico; Menor chance de complicações durante a instalação, como pneumotórax, hemotórax e punção arterial; Preservação da rede venosa, eliminando-se a necessidade de múltiplas punções periféricas; Maior segurança do paciente devido ao risco reduzido de embolias gasosas ou sangramentos; Possibilidade de infusão e coletas sanguíneas; Eliminação da necessidade de usar soluções anticoagulantes; Possibilidade de alta hospitalar com o dispositivo, sendo necessária a manutenção semanal. Após a concordância da equipe médica foi explicado aos pais os tipos de cateteres existentes para a realização do tratamento e a indicação da colocação do PICC valvulado.

A ESCOLHA DO CATETER PICC: Optou-se pelo uso do cateter de longa permanência com válvula que junto à ponta arredondada, fechada e radiopaca, permite a infusão de fluídos e a aspiração de sangue. Quando se encontra fora do uso, a válvula mantém-se fechada à pressão venosa central normal assim não há necessidade de anticoagulante. É momo lúmen, 3FR, radiopaco, 100% siliconado e com introdutor pré-montado em fio metálico hidrófilo.

A INSERÇÃO DO CATETER: Procedimento realizado dia 06/03/2008, na unidade de internação. Equipe médica ciente do procedimento e presente na unidade em caso de intercorrências. A mãe permaneceu acompanhando a criança até a completa sedação. Sinais vitais estáveis. Procedimento realizado com técnica asséptica, puncionado veia basílica em membro superior esquerdo com PICC valvulado 3Fr e introduzido 37 cm conforme técnica. Apresentando bom fluxo e refluxo, via mantida viável com soro fisiológico a 0,9% a 10 ml/hora até liberação de uso. Realizado curativo transparente com gaze, mínimo sangramento local. Mantido 13 cm de cateter exteriorizado. Diâmetro braquial 18,5 cm. Procedimento tranquilo de aproximadamente 30 minutos. Não se visualizou quaisquer alterações relacionadas à perfusão e retorno venoso. Após interpretação do Raio-X de tórax, cateter foi tracionado 7 cm e liberado para uso.

PERMANÊNCIA DO PICC: A paciente recebeu através do PICC os seguintes quimioterápicos: Daunorrubicina, Vincristina, Ciclofosfamida, Asparaginase e Citarabina. Ainda foram-lhe administradas outras medicações por via endovenosa: Ondansetron, Hidrocortisona, Dimenidrato, Metoclopramida e Furosemida. Também realizou analgesia e anestesia através do cateter para a administração de Metotrexato por via intra-tecal. Como infusões, recebeu soroterapia com Bicarbonato de Sódio 8,4% a 160 ml/h durante 13 dias. Relacionado às transfusões, foi-lhe infundido duas unidades de concentrado de hemácias, duas de plaquetas e uma de crioprecipitado. Além das infusões já citadas, foram realizadas 26 coletas sanguíneas para exames laboratoriais. Ressaltamos que desde que a paciente internou no HCPA, realizou esta fase do tratamento com apenas 3 punções venosas. A paciente internou via emergência pediátrica com um acesso venoso periférico viável que foi utilizado até a instalação do cateter, quando foi retirado o primeiro. Por dois dias consecutivos foi realizada coleta de sangue periférica para exames laboratoriais por dificuldade da equipe de enfermagem na coleta de exames do cateter já que o mesmo estava em perfeitas condições de uso. A partir destes incidentes foi realizado um trabalho educativo com a equipe de enfermagem, médica e com os familiares para que o cateter fosse exclusivamente utilizado, poupando a paciente de punções desnecessárias. Salientamos que a utilização dos cateteres tipo PICC ainda é recente na pediatria do HCPA e o PICC valvulado, cateter que estava em uso na paciente em questão, havia sido utilizado pela primeira vez no Hospital há apenas 1 mês. Este fato justifica as dificuldades e possíveis intercorrências relacionadas ao manejo do cateter. Como a paciente permaneceu com o cateter durante praticamente todo o período da internação (47 dias), no decorrer do tratamento a equipe de enfermagem foi adquirindo autonomia para o manuseio do mesmo, inclusive mantendo o mesmo salinizado e fechado e abrindo o dispositivo quando necessário. A paciente retirou o cateter no dia 15/04/08 quando já possuía condições clínicas para a colocação do cateter de longa permanência com reservatório. Como a paciente reside em cidade afastada do HCPA e o cateter exige manutenção semanal (troca de curativos e permeabilização) foi combinado com a equipe médica e família a retirada do PICC. A retirada do cateter foi na unidade de internação pela enfermeira que estava na assistência da paciente naquele dia e após a confirmação de sucesso na implantação do port.

CONSIDERAÇÕES: Foram evidentes os benefícios do PICC entre eles, salienta-se: a longa permanência (47 dias); evitou inúmeras punções periféricas; evitou complicações potenciais de cateter percutâneo, além dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico e possibilitou a infusão de hemocomponentes e coletas de sangue. A equipe que acompanhou a trajetória do PICC nesta paciente pode constatar que a família e a criança tiveram uma ótima aceitação do cateter valvulado, ao ponto de solicitarem que o mesmo não fosse retirado e que continuasse até o final do tratamento. Frente aos motivos já expostos, a família consentiu na retirada do mesmo. Desta forma, constatou-se que o PICC valvulado atendeu plenamente as expectativas durante o período em que foi utilizado e que este novo cateter já está disponível para atender a necessidade de crianças e adolescentes que necessitam de um acesso venoso de longa duração.

Palavras-chave: pediatria, PICC, leucemia, enfermagem.

A CRIANÇA COM DOR: ENTENDENDO SUA SUBJETIVIDADE

Giovana Ely Flores¹
Josiane Dalle Mulle²
Nelci Greco Rodrigues³
Daiane Marques Durant⁴

¹Enfermeira da Escola Técnica em Enfermagem do Hospital de Clínicas. Especialista em Enfermagem Neonatal e Saúde Coletiva e da Família. Professora Substituta do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. E-mail: giovanaflores@via-rs.net. Telefone: 33410413

²Enfermeira da unidade pediátrica 10º Sul do Hospital de Clínicas. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Educação.

³Enfermeira da unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas.

⁴Enfermeira da unidade pediátrica 10º Norte. Especialista em Enfermagem Pediátrica.

O alívio da dor é de responsabilidade multiprofissional. Faz-se necessário reconhecer a importância de avaliar e tratar adequadamente a dor dos pacientes, especialmente nas crianças, utilizando-se terapêutica farmacológica ou complementar. Define-se a dor como experiência emocional e sensorial desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, podendo ser descrita através de conceitos indicativos de uma lesão deste gênero (Associação Internacional Para Estudos da Dor IASP, 1973). A partir dessa proposta criou-se no segundo semestre de 2007 um grupo de estudos sobre dor em pediatria, contemplando enfermeiras de todas as unidades pediátricas do Serviço de Pediatria (SEPED) e também das unidades que prestam cuidado à criança em parceria com a Escola Técnica em Enfermagem do Hospital de Clínicas (HC). O grupo instrumentalizou-se através de encontros sistemáticos realizando revisão teórica sobre dor na criança, compartilhando experiências com enfermeiras de outros hospitais, com profissionais que estudam esta temática e também promovendo um fórum interno de discussão sobre as experiências já vivenciadas pelos cuidadores na instituição quanto à avaliação da dor como 5º Sinal Vital em pediatria. Essas reflexões realizadas pelo grupo resultaram na escolha de duas escalas para avaliar a dor em pediatria e posterior implementação no HC como 5º sinal vital: Escala CHIPPS - Children & Infants Post-op Pain Scale, para avaliação da dor em crianças pré-verbais e Escala de Faces ou de auto-relato, para crianças que já conseguem entender e verbalizar seu desconforto. Desta forma para sua implementação, foi elaborada uma metodologia que contemplasse encontros para sensibilização da equipe multiprofissional que assiste a criança e sua família, assim como, posteriormente a instrumentalização dos profissionais de enfermagem do SEPED para a utilização das escalas, registros, avaliação e reavaliação da terapêutica e dos cuidados implementados para o alívio da dor, buscando um cuidado individualizado dentro dos pressupostos de humanização.

INSERÇÃO DE ACADEMICAS DE ENFERMAGEM EM UMA ESCOLA PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Greice de Medeiros Stefani¹
Gédria Bastiani²
Daiane Bertuzzi³
Juliana Maciel Pinto⁴
Maria Lúcia de Castro Pastro⁵
Marina Gabriela Silvestre⁶
Silvana Maria Zarth Dias⁷

^{1,2,3,4,5,6} Acadêmicas de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

⁷ Professora Adjunta da disciplina de Enfermagem do cuidado à criança da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Contato com Relator: email: greicestefani@terra.com.br Telefone: (51) 3356-2347 ou (51) 92824921

Este trabalho relata a experiência de acadêmicas de enfermagem em campo de estágio na disciplina de enfermagem no cuidado à criança, com enfoque ao aluno em idade pré-escolar e escolar. Sabe-se que o contato de crianças com unidades de saúde ocorrem primariamente nos primeiros anos de vida, ou quando há motivo de enfermidade instalada. Assim, acredita-se que a educação para a saúde deve fazer parte do cotidiano das crianças de todas as faixas etárias, fazendo com que estas tomem posturas positivas para a saúde durante toda a vida. Para tanto, as acadêmicas se inseriram em uma escola de ensino fundamental de Porto Alegre. Realizou-se uma oficina sobre hábitos alimentares com alunos de uma turma da 6ª série. No primeiro momento, os alunos construíram uma pirâmide alimentar, a qual foi posteriormente analisada. Num segundo momento, os alunos montaram um cardápio alimentar, onde eles poderiam escolher os alimentos que julgassem adequados a cada refeição, e as apresentaram ao grupo. Além dessa atividade, foram realizadas consultas de enfermagem, cada acadêmica prestou atendimento a um aluno, os quais eram provenientes de diferentes séries. Verificou-se que as crianças apresentaram dificuldades na escolha e na classificação dos alimentos, uma vez que escolhiam alimentos com alto teor de carboidratos como preferência em suas principais refeições. Já nas consultas realizadas, observou-se a timidez dos alunos frente às acadêmicas, mostrando a possível ausência de contato destes com profissionais da saúde. Ressalta-se a importância da atuação contínua dos profissionais de saúde no cotidiano escolar, através da integração entre a unidade de saúde e a escola. Portanto, reconhece-se a importância da academia no ambiente escolar, promovendo saúde e prevenindo futuros problemas.

PREVENÇÃO DA VARICELA EM CRIANÇAS IMUNOCOMPROMETIDAS

Silvana Maria Zarth Dias¹
Talu Haubert da Silva²

¹Mestre em Enfermagem Pediátrica da UFRGS.

²Enfermeira graduada pela UFRGS.

Contato: e-mail: taluhaubert@yahoo.com.br; fone: (51) 81315158.

Trata-se de uma revisão de literatura sobre as complicações da doença varicela e métodos de prevenção de surtos em Unidades de Internação Pediátrica de Oncologia, visto as divergências de condutas em relação ao uso da vacina como método preventivo. Portanto, tem por objetivo identificar os métodos preventivos da doença infecto-contagiosa, varicela-zoster em pacientes imunocomprometidos dessas unidades. Realizou-se uma revisão sistemática e crítica das literaturas especializadas como livros, artigos publicados em revistas nacionais e internacionais, teses, bases de dados, manuais e em páginas relevantes da Internet dos últimos dez anos (1996 a 2007). A mortalidade por varicela apresenta estatística baixa, contudo vários artigos apontam conseqüências graves em crianças imunodeprimidas suscetíveis. Este aspecto faz da varicela não mais uma doença benigna, mostrando a necessidade de investir-se na sua prevenção, principalmente, nas crianças vulneráveis. A implantação e manutenção de protocolos de vacinação na internação hospitalar pediátrica seguindo as indicações do Ministério da Saúde para as crianças imunocompetentes faz-se relevante. A vacina da varicela é segura, eficaz e de baixo custo em relação aos métodos atualmente utilizados. Este trabalho mostra a importância de aprofundar estudos quanto à varicela e suas complicações, principalmente em crianças imunocomprometidas no âmbito hospitalar. O conhecimento da eficácia dos métodos e prevenção dessa doença deve ser difundido entre os profissionais da saúde, para fornecer subsídios à otimização do cuidado nas crianças imunocomprometidas.

Descritores: Criança hospitalizada, Imunossupressão, Cuidados de Enfermagem, Vacina contra varicela, Prevenção.

Enfermagem no Cuidado à Mulher

A PARTICIPAÇÃO DO PAI NO PRÉ-NATAL

Carlice Franciane Lima da Costa¹
Eniva Miladi Fernandes Stumm²

¹Enfermeira Assistencial da Unidade Internação Obstétrica de HCPA; Especialista em Urgência e Emergência e Trauma pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul - UNIJUI-RS. Porto Alegre, RS telefone: (51) 33922625 e-mail: cfranciane@yahoo.com.br

²Enfermeira, Mestre em Administração pela UFRGS, docente da Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul-UNIJUI-RS telefone (55) 9971 7239 e-mail: eniva@unijui.edu.br

INTRODUÇÃO: A paternidade nos primórdios era desconhecida entre homens e mulheres que viviam em tribos nômades com comportamentos regidos pela Lei da Solidariedade e da Partilha, onde a mulher reproduzia a vida e o homem realizava a caça e desconhecia a fisiologia da procriação. A descoberta da paternidade ocorre após observação prática da criação de animais em cativeiros, logo se tornou evidente que não se podia matar preferencialmente os machos para conservar as fêmeas, pois elas se tornavam estéreis (Dupuis,1989). Na atualidade, as famílias possuem uma função além da reprodução biológica, tornam-se responsáveis pela reprodução ideológica, que pelas repetidas sucessões de gerações trazem consigo valores, papéis e padrões comportamentais de seus membros. A participação das mulheres no mercado de trabalho demandou mudanças nas atividades do lar, no funcionamento do grupo familiar, principalmente no que tange aos cuidados dos filhos. Este fato tem refletido em mudanças de uma condição masculina, ou seja, este teve que se dedicar ao mundo privado e proporcionar maior atenção aos filhos. O modelo de paternidade dos séculos passados está chegando ao fim, deixando espaço para um novo modelo, completamente diferente, no qual o homem está, gradativamente, se tornando homem/pai. O exercício da paternidade envolve um conjunto de práticas na relação entre duas pessoas, independente de terem sido criadas por moldes que definem papéis distintos entre homens e mulheres. Segundo Abreu, Souza (1997) para muitos homens a paternidade é fruto de um atributo biológico para o qual eles não sabem como agir. Há o surgimento de novos papéis: o filho passa a ser pai e o pai passa a ser avô. Há uma transformação em que a gravidez pode gerar uma situação de crise, pois a paternidade vem reforçando a idéia de proteger e ser responsável, de compartilhar e de cuidar o terceiro membro. Após o nascimento, a sociedade espera que ele demonstre habilidades, como dar banho e trocar fraldas, coisas que antes nunca foram estimuladas, devido ao estereótipo de não ser “coisa de homem”, já que na família sua função até então, não era afetiva e sim financeira. *A presente pesquisa busca conhecer vivências de pais acerca da gestação de suas mulheres atendidas na Maternidade do HU; identificar o que os motivou a participar do acompanhamento pré-natal e conhecer quais foram os cuidados/ orientações recebidos durante a gestação, sob a ótica deles.*

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada na Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis-SC, com dez (10) homens que acompanhavam suas mulheres no puerpério, internadas no Alojamento Conjunto da respectiva instituição de saúde. Foram seguidos os preceitos éticos que regem pesquisas com pessoas. A coleta de dados ocorreu nos meses de agosto e setembro de 2003, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HU/

UFSC e utilizou-se como instrumento entrevista aberta, com a seguinte questão norteadora: Conte-me, como foi a sua participação durante o período gestacional de sua mulher? Os dados foram analisados conforme Minayo(2002).

RESULTADOS: Considera-se importante, inicialmente, para melhor situar o leitor, caracterizar os sujeitos do estudo. O perfil é: homens de 21 a 38 anos, a maioria casados, metade deles vivenciando a primeira experiência paterna. O grau de escolaridade variou entre quinta série do ensino fundamental até curso superior completo e as profissões deles são diversas: montador, militar, porteiro, bibliotecário, artesão, vendedor de livros, dentre outras.

A análise das informações contidas nos depoimentos dos pais, sujeitos do estudo, resultou na estruturação de uma categoria analítica: *“A motivação pelo amor ao filho(a), aliada a sensação de estar pronto para recebê-lo(a)”*.

A motivação para o exercício da paternidade, ainda no período gestacional, foi vinculada a diversos fatores, entre eles uma nova experiência na vida destes homens, o interesse em buscar informações sobre esta fase de sua vida, envolvimento com a mãe e seu filho, o fato de gostar de crianças e também por acreditar na eficácia de um acompanhamento pré-natal para prevenir problemas futuros. Evidenciam-se estes aspectos, nos depoimentos a seguir: ... *Procurava ir para o pré-natal para estar mais perto do bebê, estava ansioso... já que era meu primeiro filho, queria aprender tudo durante a gestação, antes, durante e após o nascimento...* (SAFIRA). *Sei que o pré-natal é bom para saber como a criança vem, a saúde, a perfeição e saber o que pode acontecer. O pré-natal resulta em mais cuidados e nascimento saudável, sendo bem atendido no pré-natal evita problemas futuros* (RUBI). *Nosso filho foi muito desejado, acompanhei o período gestacional da minha mulher intensamente, planejamos tudo (...) sabíamos que estávamos prontos para ser pais* (PRATA).

A motivação em participar do pré-natal, segundo Safira, estava na oportunidade de ficar mais perto do seu filho, acompanhando e apreendendo mais sobre as modificações que acontecem durante este período. Observou-se a euforia como uma característica de entusiasmo espontâneo com a paternidade, empolgado com o primeiro filho. Aliado a esta, evidenciou-se a importância do casal estar preparado para ter um filho e que a participação no pré-natal muda conforme a cultura e a vivência, a visão ultrapassa o lado sentimental, focalizando o racional. Para RUBI, esta foi a sexta vez que acompanhou uma gestação, as preocupações estavam em prevenir as complicações que pudessem acontecer no respectivo período. Neste sentido, Maldonado, Dickstein, Nahoum (1997) corroboram, ao afirmarem que realmente ocorrem mudanças na atitude de não ser o primogênito, ou seja, seria mais um e igual aos demais que já tinham nascido. Para o autor, o fato de não ser o primeiro filho, modifica inclusive os preparativos, e a mãe percebe e sofre com isso.

Nas falas de Bronze, Ouro e Ônix, a seguir, evidenciam-se que as orientações fornecidas pela equipe no decorrer do pré-natal eram direcionadas para uma dimensão biológica da gestação. *Participei do ultra-som, fui em três consultas daí a enfermeira disse para deixar ela calma, pois agora ela ia ficar mais nervosa e para não irritar*(BRONZE). *Acompanhei tudo, os dois ultra-sons e as seis consultas com a médica. Recebi o cuidado com a mãe, para não irritar, com a alimentação, medicamento para infecção e também via o nenê*

mexendo (...) (OURO). ... os cuidados foram baseados na indicação da médica, todas as vacinas e os ultrasons (...) A gente fazia o ultra-som se estava bem, o bebê estava bem(ÔNIX). Davin et al (2003) contribuem, ao afirmarem que o pré-natal é o melhor momento para a aquisição destas informações, e deve-se levar em conta também, sentimentos, emoções, necessidades e os valores culturais do casal. Assim, a enfermeira firma com eles uma relação de confiança e vínculo.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (1996) é função dos profissionais da saúde prestar à mulher e seu acompanhante, todas as orientações que se fizerem necessárias, respondendo as dúvidas e os questionamentos. Ávila (1998) contribui, destacando como importante que o profissional de saúde ao acompanhar a gestante conheça e saiba esclarecer os mitos e tabus do mundo grávido, que por serem transmitidos de gerações em gerações exacerbam a maneira das gestantes enfrentarem seus sentimentos. O depoimento de Prata, a seguir, demonstra a importância da participação dos pais na gestação e, mais especificamente, dos profissionais da saúde e, dentre esses, o enfermeiro. *Meu preparo foi para ser um super pai, buscava livros, revistas e fazia muitas trocas com casais. Eu e minha mulher participamos do grupo de casais grávidos do HU, tinha ótimas discussões com as enfermeiras, psicólogas e umas estudantes e com os demais casais...(Prata)*

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Compreende-se que a motivação para o exercício da paternidade nesta pesquisa ocorreu durante a gestação e vinculada a diversos fatores, dentre eles, nova experiência na vida destes homens, o interesse em buscar informações sobre esta fase da vida, o envolvimento mãe e filho e também por confiar na eficácia de um acompanhamento pré-natal visando prevenir problemas futuros. Outro aspecto relevante foi a receptividade dos sujeitos da pesquisa em participarem da mesma, demonstrando interesse e desejo de falar sobre a temática.

RECOMENDAÇÕES: Considera-se importante a atuação do enfermeiro como um dos integrantes da equipe na assistência à gestante, bem como a inclusão do pai no pré-natal. Pensa-se que esta pode contribuir para uma paternidade concreta, com envolvimento, informação e, acima de tudo, com condições de assumir, juntamente com a mãe, os cuidados com o filho.

Palavras-chave: Pai; Gestação

ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM ATUANDO EM ALOJAMENTO CONJUNTO

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jaqueline Drawanz Pereira¹
Tatiana Augustinho Rocha²
Estevão Finger da Costa³
Junara Nascentes Ferreira⁴
Leone Ferreira Pereira⁵

^{1,3,4,5} Acadêmicos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

² Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFRGS.

Relator: jdrawanz@yahoo.com.br ou (51) 84641244.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: No Brasil, o sistema de Alojamento Conjunto (AC) foi implantado nas Unidades de Internação Obstétrica na década de 70, contando com o apoio de organizações internacionais, tais como UNICEF e a OMS (UNGERER; MIRANDA, 1999). Em Porto Alegre, o início de funcionamento do AC foi na década de 80, sendo o hospital universitário da capital um dos primeiros a aderir a tal inovação (ROCHA, 2007). Esse sistema possibilita à mulher ficar com o seu recém-nascido 24h e realizar os primeiros cuidados sob orientação da enfermeira até a alta hospitalar. Este estudo é proveniente da necessidade de orientação sobre os cuidados com o recém-nascido e autocuidado demonstrada por mulheres internadas no AC, período este denominado de puerpério. Puerpério é o momento de uma a duas horas após a saída da placenta e de término incerto, visto que o organismo da mulher durante esse período sofre os efeitos da gestação, incluindo a lactação (BRASIL, 2001). Cabe à enfermeira papel ativo junto da mulher, sobretudo atuando no âmbito da educação em saúde, exercendo assim cuidados de enfermagem e orientações à mãe e a família. Segundo Gonçalves (2005), os cuidados de enfermagem estão relacionados aos ajustes fisiológicos e psicológicos da mulher ao período de pós-parto, lembrando de que as diferenças culturais entre as mulheres e suas famílias devem ser respeitadas, visando prestarmos um cuidado voltado às necessidades de cada puérpera. É importante salientar que a permanência no hospital é curta, normalmente 24h (parto normal) e 72h (cesárea). Segundo Fonseca et al (2002), durante o tempo de permanência no hospital, é vantajoso que a mãe e o pai participem do cuidado do bebê, sob orientação direta da enfermeira. As autoras salientam ainda a importância da enfermagem sentir-se estimulada a desenvolver estratégias criativas na educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto, vislumbrando a possibilidade de construir, com a mãe, conhecimentos acerca dos cuidados com o RN e o aleitamento materno. É sempre bom lembrar que a atividade educativa não é um processo de condicionamento para que as pessoas aceitem, sem perguntar, as orientações que lhes são passadas. A simples informação ou divulgação ou transmissão de conhecimento, de como ter saúde ou evitar uma doença, por si só, não vai contribuir para que uma população seja mais sábia e nem é fator que possa contribuir para mudanças desejáveis para melhoria da qualidade de vida da população. (SÃO PAULO, 2001).

OBJETIVO: O objetivo deste trabalho é descrever a atuação de acadêmicos de enfermagem na atenção à puérpera e ao recém-nascido sadios no sistema de AC, em um hospital universitário de Porto Alegre-RS.

METODOLOGIA: Este é um estudo descritivo no qual utilizamos o Método Participativo. O estudo descritivo apresenta-se como o primeiro passo de uma investigação, pois ele retrata uma determinada situação e pode servir de subsídios para a formulação de hipóteses em pesquisas futuras (TOBAR; YALOUR, 2001). Define-se metodologia participativa como a possibilidade de atuação efetiva dos participantes no processo educativo sem considerá-los meros receptores, nos quais são depositados conhecimentos e informações. Nesse enfoque, valorizam-se os conhecimentos e experiências dos participantes, envolvendo-os na discussão, identificação e buscas de soluções para problemas que emergem de suas vidas cotidianas. É, portanto, uma forma de trabalho didático e pedagógico baseada na vivência e na participação em situações reais, em que através de técnicas de dinâmica de grupo, os participantes conseguem trabalhar situações concretas (BRASIL, 2001). Dessa forma, através da metodologia participativa, realizaram-se ações de educação em saúde junto às puérperas e aos recém-nascidos. Segundo Frederico et al (2000), ao oferecer uma atividade educativa às puérperas no alojamento conjunto, é possível contribuir para a conscientização da relevância do auto-cuidado com o RN, visando uma melhor qualidade de vida.

RESULTADOS: As principais atividades realizadas foram: o estímulo ao aleitamento materno exclusivo, orientações sobre cuidados de higiene, características e desenvolvimento do recém-nascido. Ainda, com relação à mulher, avaliou-se e esclareceram-se dúvidas. Tais atividades foram realizadas por meio de grupos de puérperas, com a participação de pais e familiares; e orientação junto ao leito. Diariamente, foi realizada a avaliação das necessidades apresentadas pela puérpera através de anamnese e exame físico: queixas, sinais vitais, mamas, involução uterina, lóquios, suturas, alimentação, hidratação, sono e repouso, eliminações e deambulação; realizamos o exame físico no recém-nascido atentando para alterações nos sinais vitais, fontanelas, pele, reflexos depois de estimulados, aspecto do coto umbilical e eliminações; demonstração de técnicas de banho do bebê e a higiene do coto; esclarecimento de dúvidas em relação aos cuidados ao recém-nascido e às modificações fisiológicas e psicológicas enfrentadas pelas puérperas, quando necessário; administração de medicamentos prescritos. No grupo de puérperas realizado, contamos com a participação de mães que estavam para dar alta hospitalar e alguns de seus familiares. Nessa, fornecemos orientações sobre o puerpério, sexualidade, contracepção e registro do recém-nascido. De acordo Silva et al (2003), há vários conceitos de grupo, nas mais diversas áreas do conhecimento. Assim sendo, para alguns autores grupos podem ser consideradas pessoas as quais se unem por necessidades ou para dar solução a problemas que são pessoais. Para outros, um conjunto de pessoas movidas por necessidades semelhantes que se reúnem por necessidades específicas.

CONCLUSÃO/ RECOMENDAÇÕES: Consideramos que nossa experiência favoreceu o estabelecimento do vínculo entre o recém-nascido e a mulher, pois com a orientação, elas foram capazes de diminuir sua ansiedade em relação à nova estrutura familiar e à vida. Além disso, aos acadêmicos houve a oportunidade de estabelecerem a relação entre a teoria e a prática e compreender que cada mulher e RN apresentam

necessidades diferentes, e com isso, atentar para uma assistência individual e humanizada. Acredita-se que o sistema de AC é um local privilegiado para colocar em prática a promoção e prevenção em saúde de modo holístico, incitando a mulher a assumir o papel de protagonista neste cenário. Conforme Frederico et al (2000), para dar retaguarda ao sistema de alojamento conjunto, é de vital importância a criação de um grupo de apoio multiprofissional, que realmente desempenhe um trabalho em equipe, visando discutir aspectos biopsico-sociais.

Palavras-chave: Saúde da Mulher, Enfermagem Obstétrica, Alojamento Conjunto, Educação em Saúde.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Mulher 2001**. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=152. Acesso em: 18 de maio de 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer: compreender, atuar, acolher**. Brasília, 2001.
- FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. de. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, mar./abr. 2002, vol.10, no.2, p.166-171.
- FREDERICO, P. FONSECA, L.M.M. NICODEMO, A.M.C. Atividade educativa no alojamento conjunto: relato de experiência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto. V. 8. n.4. p.38-44. agosto 2000.
- GONÇALVES, A. de C. A Puérpera e o Recém-Nascido em Alojamento Conjunto. *In: Enfermagem na Gravidez Parto e Puerpério: notas de aula*. OLIVEIRA, D. L. de (org). Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2005.
- ROCHA, T.A. **As práticas de enfermeiras na área obstétrica na implantação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, RS**. Dissertação de mestrado na UFRGS. 2007. 86 f.
- SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Trabalhando com gestantes : manual para profissionais de saúde**. São Paulo: FESIMA, 1988. *In* Educação em saúde - planejando as ações educativas, teoria e prática. Manual para operacionalização das ações educativas no SUS. Governo do Estado de São Paulo. São Paulo 1997, revisto em 2001.
- TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.
- UNGERER, R. L. S; MIRANDA, A. T. C. de. História do alojamento conjunto. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro; jan.-fev. 1999. n. 75, vol.1, p.5-10.

CÂNCER DE COLO UTERINO E PORTADORAS DE HIV/AIDS

Sabrina Terezinha de Souza Gilli¹

Daila Alena Raenck da Silva²

Carolina Karnop³

¹Acadêmica do Centro Universitário Unilasalle. Email: binagilli@yahoo.com.br. Celular: 9685-1821.

²Graduada em Bacharelado de Enfermagem pela UFRGS em 2007/2. Email: dailalena@ig.com.br

³Graduada em Bacharelado de Enfermagem pela UFRGS em 2007/2.

O perfil da população portadora do Vírus da Imunodeficiência Humana vem se modificando e, cada vez mais mulheres têm sido infectadas. O CDC (Centers Disease Control and Prevention) informa que no ano de 2005, quase 3 milhões de pessoas morreram de AIDS, 4,1 milhões foram infectadas recentemente e 38,6 milhões de pessoas estão infectadas. Houve um aumento da transmissão heterossexual no mundo, representado as mulheres dois terços das pessoas infectadas por essa via. Caracterizando a feminização da doença. Existem comorbidades associadas à condição feminina que podem justificar a elaboração de Programas de Prevenção local. Entre essas se destaca o câncer do colo uterino. Este trabalho trata-se de uma pesquisa quantitativa transversal documental, realizada em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) de Porto Alegre. Os dados foram coletados dos prontuários de 262 pacientes atendidas no período de abril de 2006 a abril de 2007. Verificou-se nesse estudo que 89% das pacientes apresentaram exame citopatológico de colo uterino negativo para neoplasias intra-epiteliais cervicais que são as lesões precursoras ao câncer de colo uterino. Diante desse resultado, associa-se esse fato a uma amostra considerada aderente. Uma vez que grande parte são mulheres que freqüentam com regularidade a consulta ginecológica, seja por rastreamento na consulta com infectologista ou pela consulta de enfermagem. Diferenciando-se de outros estudos onde a amostra engloba pacientes portadoras de HIV/Aids assíduas ou não a consulta ginicológica. Portanto concluímos que as pacientes atendidas nesse serviço estão mais protegidas do câncer de colo de útero em função da prevenção, buscam o diagnóstico precoce, facilitando a identificação da doença e a aplicação de tratamentos adequados e eficazes.

DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

Eveline Franco da Silva¹
Juliana Luzardo Rigol Chachamovich²

¹Enfermeira. Centro Universitário La Salle – UNILASALLE. e-mail: evelinefranco@yahoo.com.br
telefone: (51) 8119-2314

²Enfermeira obstétrica. Profa. Ms. Centro Universitário La Salle – UNILASALLE

Os distúrbios hipertensivos são importantes causas de morte materna no Brasil. Acredita-se que o pré-natal é uma estratégia eficaz na redução das taxas de mortalidade materna. Os objetivos do estudo foram revisar o tema Doença Hipertensiva Específica da Gestação, a assistência à mulher no Brasil, a transição da gestação de alto risco abordando a assistência pré-natal como estratégia de redução da mortalidade materna e a educação para saúde. A metodologia desta revisão de literatura ocorreu através de dissertações, artigos e livros. A busca pelos materiais deu-se a partir de bases de dados Lilacs; Scielo; BDENF; banco de teses da USP, UNICAMP, UFSC e UEM. Como resultado desta revisão obteve-se uma reflexão sobre a assistência à saúde da mulher no período gravídico-puerperal, o cuidado integral e educativo; percebendo-se a necessidade dos enfermeiros atuantes no pré-natal estarem capacitados a prestar uma assistência adequada à mulher acometida pela doença hipertensiva da gestação.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Doença hipertensiva específica da gestação. Gestação de alto risco.

IMPLICAÇÕES DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO NO DESENVOLVIMENTO COMPORTAMENTAL DO BEBÊ

Mariana Bello Porciuncula¹
Viviane Maisa de Ávila Guez²

¹Acadêmica de Enfermagem, do 6º semestre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Autora e Relatora do Trabalho. Para contato: maribellino@gmail.com, telefone: 84278672.

²Acadêmica de Enfermagem, do 6º semestre, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Autora do Trabalho.

A vulnerabilidade da mulher ao desenvolvimento ou agravamento de uma depressão após nascimento de um filho é ainda pouco compreendida, mas sabe-se que este problema pode prejudicar muito a interação mãe-bebê. Atingindo de 10 a 15% das mulheres e como uma patologia de causas multifatoriais, provoca sintomas como: desânimo persistente, sentimentos de culpa, alterações do sono, idéias suicidas, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição do nível de funcionamento mental e presença de idéias obsessivas ou supervalorizadas. O presente estudo teve por objetivo revisar a literatura sobre a relevância dos sintomas da mãe depressiva no desenvolvimento comportamental do bebê, através de buscas por artigos relacionados ao tema nas bases de dados LILACS e SCIELO. Também foram utilizadas teses de mestrado, doutorado e livros encontrados no Catálogo On-line das Bibliotecas da UFRGS. A literatura revisada sugere que os quadros depressivos da mãe não afetam somente ela, mas também o bebê e até o pai, devido aos efeitos no contexto familiar, e que as manifestações comportamentais associadas à depressão pós-parto podem repercutir ao longo de vida do bebê, representando diferentes tipos de risco para o desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança. É importante ressaltar que os profissionais que atuam na área da saúde precisam estar atentos à qualidade da relação mãe-pai-bebê, fazendo um trabalho preventivo e intervindo através da promoção da saúde desde o início da gestação, proporcionando o estabelecimento do vínculo com o bebê que está por vir, tanto por parte das mães, como de toda a família envolvida neste contexto.

LEVANTAMENTO DOS RESULTADOS DO EXAME CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO REALIZADOS EM UMA UBS NA DISCIPLINA PRÁTICA DE SAÚDE DA MULHER

Iuday Gonçalves Motta¹

Ilse Maria Kunzler²

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem do Centro Universitário FEEVALE; Novo Hamburgo-RS. Telefone: (51) 81314691. E-mail: fastfoxy@gmail.com

²Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professora do Centro Universitário FEEVALE; Novo Hamburgo-RS. E-mail: ilse@feevale.br

Atualmente, as mulheres contam com programas de saúde e ações voltadas à sua saúde que as assistem em situações diversas. Pode-se citar como exemplo o planejamento familiar, a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, o acompanhamento pré-natal e o parto e nascimento. Associado a estas políticas de saúde, o curso de Enfermagem do centro Universitário Feevale vem desenvolvendo atividades voltadas à saúde feminina na disciplina prática de saúde da mulher em algumas UBS. Este estudo trata de uma pesquisa quantitativa descritiva, realizada durante a disciplina prática de saúde da mulher, de forma a promover a indissociabilidade entre o ensino e a pesquisa. A seguinte proposta tem o objetivo de analisar o resultado dos exames de pré-câncer realizados no período de três anos e buscar subsídios para implementar ações de prevenção baseados nos resultados ou ainda, fortalecer as ações já existentes. Para a realização do levantamento de dados a população foi distribuída por faixas etárias, foi consultado o livro de registros onde constam os resultados dos exames realizados e para classificá-los utilizou-se como guia o formulário distribuído pelo Ministério da Saúde. Foram analisados 1479 resultados de exames, nos quais se evidenciou que as mulheres com faixa etária entre 13 e 20 anos, foram as que apresentaram mais alterações. Dentre as alterações se observou que a vaginose de maior incidência em todas as faixas etárias foi a *Gardnerella Vaginalis*. Outro ponto importante foi a baixa incidência de alterações como HPV e NIC II, o somatório do percentual de ambas ficou em 1%. Com estes dados, será possível para os acadêmicos do curso de enfermagem implementar ações preventivas e educativas voltadas à promoção da saúde destas mulheres bem como reforçar os trabalhos já realizados para manter a baixa incidência de alterações citopatológicas de baixo e alto grau.

MÃES HIV POSITIVAS E A PRIVAÇÃO DE AMAMENTAR: EFICÁCIA DA ORIENTAÇÃO

Cabral, J.¹
Cechin, P. L.²
Schneider, V.³

¹Enfermeira, Universidade do Vale do Rio dos Sinos. E-mail: julianecanoas@yahoo.com.br

²Enfermeira, Professora do Curso de Graduação e Pós Graduação de Enfermagem da UNISINOS.

³Enfermeira, Professora do Curso de graduação e Pós Graduação de Enfermagem da UNISINOS.

OBJETIVOS: identificar as percepções das mulheres soropositivas sobre a orientação da não amamentação; verificar se as mulheres seguem as orientações sobre a não amamentação e entender quais as principais dificuldades e sentimentos que estas mulheres vivenciaram.

MATERIAL E MÉTODO: O estudo tem caracter exploratório descritivo com enfoque qualitativo. A coleta de dados foi realizada no Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS (SAE) em Canoas (RS), no primeiro semestre de 2007. Os sujeitos da pesquisa foram onze mulheres soropositivas que consultavam seus filhos com a pediatra do serviço, sendo a idade máxima da criança de 6 meses. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas, após consentimento informado pelos sujeitos da pesquisa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, com a Resolução nº 024/2006.

RESULTADOS: Com a minuciosa exploração dos dados, observamos como resultados:

- Importância da orientação no pré-natal e no hospital - Não amamentar, pois o vírus passa pelo leite - Invasão da privacidade ao explicar o motivo de não amamentar, no alojamento conjunto
- A vivência de sentimentos de impotência, inutilidade,

CONCLUSÃO: A orientação de todos os profissionais da saúde, principalmente durante o Pré-Natal, pois este é o período de melhor aprendizado e compreensão.

QUALIDADE DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA SAÚDE SUPLEMENTAR: PERCEPÇÕES DAS USUÁRIAS¹

Micheli Regina Etges²
Dora Lúcia L. C. de Oliveira³

¹*Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

²*Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail para contato: micheliertes@yahoo.com.br; telefone 51-99632498*

³*PhD em Educação em Saúde – University of London. Profa. Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

A assistência à saúde realizada pela saúde suplementar no Brasil alcança elevada magnitude quando considerado o número de beneficiários de tal subsetor de saúde, cerca de 42 milhões de pessoas. Conhecer a atenção pré-natal neste subsetor é pertinente tanto pela representatividade que o conjunto de mulheres usuárias dos serviços possui neste subsetor quanto pelas altas taxas brasileiras de mortalidade materna e neonatal, as quais sofrem influência do tipo de atendimento prestado às gestantes durante a atenção pré-natal. Assim, o objetivo do presente estudo consiste em conhecer a percepção de mulheres que vivenciaram a atenção pré-natal nos serviços de saúde do subsetor suplementar sobre a qualidade desta atenção. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, as participantes foram mulheres que realizaram o pré-natal nos serviços de saúde do subsetor suplementar. A análise dos dados foi feita por meio da categorização descritiva. Os resultados mostram que a percepção das entrevistadas sobre a qualidade do atendimento recebido foi satisfatória, na medida em que supriu suas necessidades e expectativas. Suas experiências permitiram considerar que a atenção pré-natal no subsetor suplementar está sendo realizada, em parte, conforme as recomendações do Ministério da Saúde (MS) e Organização Mundial da Saúde (OMS). A frequência das consultas e as orientações fornecidas para as gestantes se destacam como condizentes ao que se recomenda. Segundo o depoimento das participantes a atenção pré-natal de que foram sujeitos não segue, contudo, a orientação do MS e OMS para que seja evitado o uso excessivo de tecnologias duras, como é o caso da ecografia obstétrica, e realização de procedimentos que não tem uma justificativa comprovada.

HIV E AMAMENTAÇÃO: O DILEMA DAS MÃES SOROPOSITIVAS

Aline Marques Acosta¹
Jéssica Strube Holztrattner²
Renata Alves Falcão³

¹Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica /Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Telefone: 33348532 /84599471; e-mail: aline.acosta@gmail.com

²Acadêmica de Enfermagem/Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

³Acadêmica de Enfermagem/Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS).

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) atinge de forma heterogênia diferentes segmentos da população. Trata-se de uma infecção crônica que, apesar da alta tecnologia dispensada, ainda não dispõe da cura. No Brasil, a AIDS já alcançou proporções alarmantes, podendo adotar características epidêmicas em algumas regiões. A progressão do HIV na população feminina evidencia um problema, já que é grande o número de portadoras grávidas. A mãe soropositiva pode transmitir o vírus pelo seu leite para o recém nascido tanto na gestação quanto no puerpério e, por isso, são impedidas de amamentar. Esta atitude imposta a elas propicia diversos dilemas nesse período, tais como o desejo de dar o seio *versus* o risco da transmissão. Trata-se de uma revisão de literatura (ensaio acadêmico) com o objetivo de compreender as preocupações e os sentimentos de mães soropositivas em relação ao não-aleitamento natural. As informações foram obtidas por meio de livros, normas técnicas e periódicos. Constatou-se que são vários os conflitos sofridos por mães HIV positivas, desde o diagnóstico até o momento em que descobrem que serão privadas da amamentação. A pressão e a discriminação da sociedade dificultam a aceitação dessa particularidade. Além disso, as mulheres relataram o procedimento de supressão da lactação como bastante doloroso, angustiante e humilhante. Os profissionais de saúde devem compreender que essa é uma situação difícil e delicada para as elas, pois diversos sentimentos se misturam. O papel do enfermeiro é fundamental na orientação e assistência a essas famílias. É importante a formação de grupos específicos sobre o HIV e não-aleitamento para que essas mulheres possam lidar com as situações impostas pela condição de soropositividade.

VIOLÊNCIA DE GÊNERO¹

Juliana Luzardo Rigol Chachamovich²
Rafaella Giacomoni³

¹*Resumo de trabalho de conclusão de curso*

²*Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso. Centro Universitário La Salle – UNILASALLE*

³*Enfermeira . Centro Universitário La Salle – UNILASALLE. e-mail: rafaellagiacomoni@yahoo.com.br telefone: (51) 84667346*

A violência contra a mulher é um complexo problema de saúde pública, repercutindo tanto no espaço privado, quanto no espaço público. Pode trazer conseqüências físicas, psicológicas e sociais para saúde da mulher e família expostas à situação de violência. Há pouco conhecimento e dedicação da parte dos profissionais de enfermagem quando deparados com a violência contra a mulher. O objetivo do trabalho foi revisar a história da violência, a construção sócio-cultural do gênero feminino, as diferentes formas de violência, as repercussões psicossociais, o papel dos gestores e serviços de saúde, bem como conhecer a atuação do enfermeiro dentro dos mesmos. A metodologia utilizada foi revisão de literatura através de material disponível na base de dados BIREME e publicações bibliográficas, priorizando referências a partir do ano de 2000. Alguns resultados desta revisão demonstram o quanto à sociedade e os profissionais estigmatizam a mulher violentada, julgando-a com culpada. Ainda, a gravidade do quadro da violência que traz repercussões psicossociais negativas para mulher, família e para sociedade. A participação do enfermeiro na prevenção e na assistência é possível e torna-o profissional de importância significativa para a mudança do quadro social atual.

Palavras-chaves: Violência. Violência de gênero. Violência contra a mulher, violência doméstica. Saúde coletiva.

A EXPERIÊNCIA DAS ENFERMEIRAS EM IDENTIFICAR AS MANIFESTAÇÕES DA DOR DO RECÉM-NASCIDO¹

Gabriela Bottan²
Dulce Maria Nunes³

¹ Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado a Escola de Enfermagem da UFRGS.

² Enfermeira, formada pela UFRGS 2007/2. Ex-bolsista de Iniciação Científica. gabibottan@gmail.com

³ Professora Associada da Escola de Enfermagem – UFRGS. Doutora em Enfermagem; Pós-doutora em Semiótica.

INTRODUÇÃO: Este estudo originou-se da vivência acadêmica em uma Unidade de Internação Neonatal onde se observou que os diversos procedimentos desenvolvidos nos neonatos, em prol de sua “sobrevivência”, podem ser potencialmente dolorosos, sendo, essa dor, visivelmente manifestada por eles de diversas formas. Há recém-nascidos que por vários motivos permanecem hospitalizados após o nascimento. Com o surgimento de unidades de terapia intensiva neonatal cada vez mais modernas, a utilização de aparelhos, o aumento do número de exames e de procedimentos invasivos a que os RNs são submetidos, estresse e dor acabam sendo trazidos para o bebê internado. A dor nos neonatos, por muitos anos, foi desconsiderada por influência de inúmeros mitos e crenças, como, por exemplo, a imaturidade no desenvolvimento do sistema nervoso que os protegia da sensação dolorosa, minimizando-a. Procianny (1994) relata que somente a partir da segunda metade da década de 1980 surgiram os primeiros trabalhos científicos, mostrando as alterações a que estão sujeitos os recém-nascidos quando submetidos à dor. Segundo Colhado (2004), essas alterações, geradas pelo estresse, podem ter conseqüências neuroendócrinas, ou seja, derrame coordenado de hormônios hipofisários, adrenais e pancreáticos, que, provavelmente, prejudicarão o metabolismo de proteínas e carboidratos no período perioperatório, alterações cardiovasculares manifestadas, como arritmias, e diminuição da perfusão de órgãos vitais ou em fase de cicatrização. Também podem afetar respostas imunitárias, respiratórias e comportamentais, bem como trazer efeitos a longo prazo. Quanto ao alívio da dor nos neonatos, sabe-se que hoje existem ao nosso alcance o tratamento farmacológico e o não-farmacológico. O tratamento não-farmacológico inclui alguns cuidados e medidas de conforto, no entanto eles ainda não estão sendo praticados de forma constante.

OBJETIVO: Esse estudo teve por objetivo conhecer como os enfermeiros cuidadores reconhecem as manifestações de dor no recém-nascido e quais são as providências tomadas para o seu alívio.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo qualitativo descritivo/exploratório de acordo com a análise de conteúdo de Minayo (2004). A pesquisa foi desenvolvida conforme as Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos (Resolução CNS 196/96) O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em pesquisa do Hospital. O estudo foi desenvolvido na Unidade de Internação Neonatal de um hospital universitário de Porto Alegre e teve como participantes sete enfermeiras. A coleta de dados foi realizada, de março a novembro de 2007, através de entrevista semi-estruturada com cada sujeito. Antes de iniciar a entrevista, o pesquisador realizou um *rapport* com os participantes, tendo após, sido aplicado um roteiro com

as perguntas. A análise do material coletado se baseou na metodologia descritiva de acordo com Minayo (2004). Foi constituída de três fases: pré-análise, exploração do material e articulação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa. Esses referenciais corresponderiam às questões com base no objetivo do estudo, o que permitiria captar os significados das experiências vivenciadas, para compreender a maneira como a dor do RN é identificada pelos enfermeiros.

RESULTADOS: A partir do procedimento de análise, os dados foram organizados em categorias de acordo com o tema abordado pelos participantes. O processo de análise de conteúdo originou quatro temas que foram subdivididos em categorias: “Manifestações de dor”: Choro; Fácies de dor; Instabilidade fisiológica; Outras manifestações. “Providências para o alívio da dor”: Medidas de Conforto; Sucção não-nutritiva; Mensuração da dor; Medidas farmacológicas. “Escalas de dor”. “Contribuição dos enfermeiros”: Conscientização dos profissionais e a evolução no tratamento da dor; A utilização de escalas como rotina; A importância do exame físico; Presença da família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo revelou que as enfermeiras participantes demonstraram reconhecer alguns aspectos das manifestações de dor do RN. Elas referiram que, entre as práticas de cuidados da enfermagem, a observação intensiva ativa o poder perceptivo da enfermeira, tornando-a capaz de apreender mudanças mínimas no comportamento do bebê, reconhecendo seus sinais de desconforto que podem resultar em dor. Conhecer o comportamento dos bebês, individualmente, pode parecer utopia, mas é a forma mais verdadeira da enfermeira identificar as diferenças e, dentre essas, aquelas que podem lhes trazer desconforto físico a ponto de provocar choro palidez, alterações em sinais vitais. Elas esclareceram, também, que há sinais, de qualidades diferentes no comportamento do RN, que podem ser considerados indícios de que deva ser instituídos cuidados que possibilitem descobrir o que está se passando com ele. As manifestações que levam as enfermeiras a reconhecer sinais, como sendo de dor no RN, têm implicações, tais como a necessidade de nova avaliação e o conhecimento anterior do estado do bebê. Essa maneira de atuar proporciona, em inúmeras vezes, a possibilidade de verificar se ele está apresentando comportamento de provável sensação dolorosa. A única referência de reconhecimento de manifestações de dor através de estudos sistematizados encontra-se na escala NIPS. Esta vem sendo desenvolvida por profissionais da área da enfermagem e utilizada como rotina na avaliação de bebês, não sendo, porém, aplicável em todos os casos. É importante destacar a consciência demonstrada pelos profissionais participantes da pesquisa no que concerne à providência para alívio da dor. A administração de analgésicos é a medida mais empregada, em detrimento de alguns cuidados específicos da enfermagem. O papel da enfermeira vai além da realização de certos procedimentos invasivos ou não-invasivos. É sua atitude afetuosa, segura e hábil que os precede e os sucede que possa contribuir para minimização da dor no paciente pediátrico (FONSECA, 2006). Esse estudo também pretendeu assinalar para as enfermeiras a importância da realização de pesquisas no campo das práticas de enfermagem para o alívio da dor do RN. Essas pesquisas, com especificidades das metodologias vão imprimindo qualidades ao campo, bem como descobertas para promover conforto para o bebê e sua família. Outro enfoque a ser enfatizado, refere-se não só ao ensino do cuidado ao RN, como também ao estímulo à consulta de pesquisas atualizadas por parte dos enfermeiros cuidadores, pois são esses

profissionais que podem falar com autoridade sobre o que acontece com o bebê ao manifestar sinais incomuns no cotidiano de seu comportamento.

REFERÊNCIAS:

- COLHADO, O. C. G. **Dor no recém-nascido:** fisiopatologia, avaliação e tratamento. Revista Dor. Volume 5, n. 2. São Paulo, 2004. p 286 – 294.
- FONSECA, R. E. C. **El dolor y la hospitalización en el paciente pediátrico.** Revista Ciencia y cuidado. Volume 3, n. 3, janeiro-dezembro. Cúcuta: Código publicidad, 2006.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde, 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- PROCIANOY, R. S. **Dor no recém-nascido.** Jornal de Pediatria. Volume 70, n. 2. Rio de Janeiro, 1994.

MULHERES EM SITUAÇÃO DE HIV/AIDS

Ana Carolina Lacerda Scheibler^{1,2}
Cristiane Alcay de Mello²
Débora Melini G. de Gonçalves²
Jociele Gheno²
Joel Kuyava²
Michele Petter Cardoso²

¹Relatora. E-mail: anascheibler@yahoo.com.br Telefone para contato: 81838294

²Acadêmicos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cursando o 7º semestre.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Foi realizada uma revisão de literatura sobre HIV/AIDS para compreender a relação da Saúde da mulher com a epidemia. As motivações para a realização desse trabalho foram a crescente feminização da epidemia e o interesse dos pesquisadores em aprofundarem seus conhecimentos sobre o tema.

OBJETIVO: Compreender os principais aspectos do HIV/AIDS na saúde das mulheres e a importância do trabalho da enfermagem nesse contexto.

METODOLOGIA: O presente trabalho constitui-se em uma revisão de literatura sobre HIV/AIDS na saúde das mulheres e visita ao PAM 3 - Ambulatório de DST e AIDS do Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes, um ambulatório que atende indivíduos infectados pelo vírus HIV.

RESULTADOS: No início da década de 80, quando a pandemia de AIDS estava no seu princípio, a proporção de homens infectados era muito superior em relação às mulheres. A partir da década de 90, a feminização da epidemia começa a ter visibilidade, atingindo principalmente as mulheres em idade fértil, caracterizada por transmissão heterossexual em mulheres com relacionamentos estáveis (PREUSSLER, 2005). Para Serra (2001, p. 4), no momento, “o verdadeiro grupo de risco está situado entre as mulheres com mais de 30 anos, com relacionamentos estáveis, que não tem percepção de risco que correm ou não conseguem a colaboração do parceiro para tomar as medidas preventivas”. A partir da mudança no perfil sócio-epidemiológico da doença e dos avanços tecnológicos em relação aos medicamentos anti-retrovirais, a AIDS passa a ser uma patologia crônica e controlável se as pessoas tivessem acesso e aderência ao tratamento. A pobreza e a desigualdade de gênero são reconhecidas como a força motriz que explica por que a disseminação e o impacto da epidemia da AIDS afetam as mulheres de maneira desproporcional (BARROS, 2001). Além disso, as privações econômicas enfrentadas por muitas meninas e mulheres tornam estas mais vulneráveis à prostituição e ao tráfico, tendo pouco poder para negociar o uso de preservativo, o sexo seguro. Muitas destas mulheres sucumbem ao prazer sexual envolvendo-se com homens mais velhos ou mais ricos em troca de dinheiro e bens aumentando o risco de contrair HIV. A violência contra a mulher e os tabus sociais, que estimulam uma cultura de silêncio sobre o sexo, também aumentam o risco de meninas e mulheres serem infectadas pelo HIV. Outra questão a ser ressaltada é a maior suscetibilidade física da mulher à infecção por HIV, devido a aspectos biológicos como superfície da mucosa vaginal extensa. Além

disso, a concentração do vírus HIV no sêmen é muito maior do que no líquido vaginal. A transmissão do homem para mulher, durante a relação sexual, é duas vezes mais provável do que o inverso. O vírus da AIDS provoca alterações no estado de saúde e no corpo da mulher, afetando sua auto-imagem e auto-estima. Elas estão mais propensas a apresentarem maiores taxas de herpes simples, candidíase no esôfago, pneumonia bacteriana. Problemas ginecológicos também podem ocorrer com maior frequência ou severidade, entre eles, infecções vaginais, doença inflamatória pélvica e o câncer de colo de útero. Além desses, outros problemas podem afetar a saúde, como a dermatite seborréica, herpes zoster, HPV, pele seca, fotodermatite, reações a medicamentos (náuseas, vômito, dor de cabeça, secura da boca), distúrbios nas unhas, queda de cabelos e pêlos. Pode também ocorrer redução da libido, sendo um efeito colateral ou não da medicação e dificuldade na relação sexual em função da secura vaginal que pode ser causada pela infecção do HIV, pela medicação ou por ambos (VILLELA; SANEMATSU, 2003). A descoberta de ser portadora do vírus HIV produz grande impacto na vida dessas mulheres, devido à sobrecarga física, emocional e financeira. Isso está relacionado não só com o fato de ser uma doença incurável e ter possibilidade de morte precoce, mas também à manutenção do tratamento e às preocupações derivadas do alto grau de estigma associado a AIDS (VILLELA; SANEMATSU, 2003). Esse contexto resulta em sentimentos angustiantes como o medo, a vergonha, a ansiedade e a depressão, e pode desencadear na mulher conflitos relacionados com o parceiro, com a vida sexual, com o planejamento familiar e com o mercado de trabalho. Diante da mudança do perfil da epidemia da AIDS, o Governo Federal criou o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia das DST e AIDS, visando diminuir a vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. Esse plano tem como objetivos: promover o acesso universal à atenção integral em DST/AIDS para as mulheres; reduzir a morbidade das mulheres relacionadas às DST; reduzir os índices de violência sexual e doméstica contra as mulheres; reduzir a Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis; promover a qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/AIDS, no âmbito dos direitos humanos, direitos sexuais e direitos reprodutivos (BRASIL, 2007). Conforme Torres (1999), considerando a ação educativa em saúde como um processo dinâmico e contínuo, que objetiva capacitar indivíduos e/ou grupos da comunidade para refletirem criticamente sobre as causas e problemas de saúde, torna-se evidente a importância da participação do enfermeiro nesse processo de ensino-aprendizagem. Dessa forma, torna-se necessário e inadiável o envolvimento do enfermeiro em ações educativas nos serviços básicos de saúde, principalmente no que se refere à prevenção de enfermidades infecciosas, dentre elas, a AIDS. Foi realizada uma visita ao PAM 3 - Ambulatório de DST e AIDS do Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes, que atende mulheres e homens de todas as faixas etárias infectados pelo vírus do HIV, HTLV ou outras doenças sexualmente transmissíveis, além de atender as crianças infectadas ou em processo de investigação sorológica. No PAM 3, existem 10.500 indivíduos cadastrados e desses 5.600 são ativos. Devido a esses elevados números, é extremamente difícil fazer um controle da adesão de todos os usuários. Conseqüentemente, o serviço precisa priorizar determinados clientes, como as gestantes, as mães com crianças até dois anos, as crianças em investigação sorológica, os adolescentes e as mulheres que fazem uso de anticoncepcional injetável trimestral. Além desses, o serviço controla os usuários que estão iniciando ou

trocando a medicação e aqueles com dificuldade de adesão nos quais investiga-se possível resistência. Quando esses usuários não comparecem às consultas ou ao Grupo de Gestantes ou deixam de buscar os medicamentos, é feita uma busca ativa, primeiramente, por contato telefônico. Caso o usuário não seja encontrado, entra-se em contato com a assistente social para ser realizada uma visita domiciliar. As pessoas atendidas no ambulatório do PAM 3 são encaminhadas pelos serviços de saúde da rede básica de Porto Alegre ou pelo Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), que também pertence à estrutura física do Centro de Saúde da Vila dos Comerciantes. As gestantes são encaminhadas pelos locais onde realizam o Pré-natal, após a confirmação de sorologia positiva para o HIV, recebendo atendimento imediato. Os usuários encaminhados pela rede básica, com exceção das gestantes, passarão pela Central de Marcação de Consultas. A equipe do PAM 3 trabalha com prevenção secundária, sendo o enfoque desse trabalho evitar reinfecções e reduzir a agressividade da infecção pelo vírus HIV. O serviço também distribui preservativos, orienta quanto à laqueadura e fornece anticoncepcional injetável trimestral. Também é realizado o exame para investigar câncer de colo de útero invasivo que é um definidor de infecção pelo HIV.

CONCLUSÃO: A AIDS, além de afetar todas as classes sociais e se expandir muito mais entre os indivíduos de baixa renda, atinge hoje de forma progressiva as mulheres. Isso apenas reforça que a prevenção e que o acesso às informações e aos serviços de saúde estão relacionados ao gênero e aos níveis educacionais e sócio-econômicos. Além disso, constata-se ser fundamental a prática da enfermagem em educação e saúde para aumentar os níveis de prevenção e de adesão ao tratamento, reduzindo as taxas de morbi-mortalidade. Dessa forma, a atuação da enfermagem na saúde comunitária conquista seu espaço, demonstrando relevância do seu papel junto à comunidade no combate a AIDS. No entanto, o sucesso dessa conquista depende de uma efetiva interação interdisciplinar. Criar estratégias para prevenir a AIDS entre as mulheres não é simplesmente fazer campanhas para o uso de preservativos ou o não fazer sexo. Mas sim, planejar ações que possam auxiliar na compreensão da importância de fazer sexo seguro, e os benefícios desse ato, tanto para si como para o seu parceiro. Já que a desigualdade de gênero é uma das principais causas do expressivo aumento no número de mulheres infectadas pelo HIV/AIDS, abordagens que levem em consideração o gênero são necessárias para o planejamento de programas de prevenção. As mulheres devem ter acesso a conhecimentos e instrumentos para proteger-se contra o vírus, revertendo o cenário epidemiológico atual.

Palavras-chave: Saúde da mulher. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. HIV.

REFERÊNCIAS:

- PREUSSLER, G.M.I. **Escutando as mães HIV+ sobre o grupo de gestantes soropositivas para o vírus da imunodeficiência humana**. 2005. 122f. Dissertação de Mestrado-Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.
- SERRA, J. Mulheres, casadas e com AIDS. Revista *Súmula*, Rio de Janeiro, n. 82, p. 04, jul. 2001.
- BARROS, F. I. A feminização da epidemia de AIDS no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. **Saúde Sexual e Reprodutiva**, Rio de Janeiro, n. 3, 2001.

-
- VILLELA, W.; SANEMATSU, M. **Mulheres com HIV/AIDS**: elementos para a construção de direitos e qualidade de vida. São Paulo, 2003. 37 p. Disponível em: <<http://www.patriciagalvao.org.br/novo2/dcs/dossie.pdf>>. Acesso em 14 set. 2007.
 - BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional em DST/AIDS. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. 1. ed. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>> Acesso em: 10 set. 2007.
 - TORRES, G. de V.; ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** , Ribeirão Preto, v. 7, n. 2, 1999.

MULHERES PORTADORAS DE HIV/AIDS E O USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Sabrina Terezinha de Souza Gilli¹

Daila Alena Raenck da Silva²

Carolina Karnop³

¹Acadêmica do Centro Universitário Unilasalle. Email: binagilli@yahoo.com.br. Celular: 9685-1821.

²Graduada em Bacharelado de Enfermagem pela UFRGS em 2007/2. Email: dailalena@ig.com.br

³Graduada em Bacharelado de Enfermagem pela UFRGS em 2007/2.

A epidemia da Aids (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), nos últimos tempos, vem crescendo de forma descontrolada. Observa-se um aumento da transmissão heterossexual ficando as mulheres cada vez mais exposta ao vírus, representando hoje dois terços das pessoas infectadas por essa via. Diante desse quadro torna-se importante o debate sobre anticoncepção e vida reprodutiva nessa população. Existem dois fatores relevantes para a prevenção da gestação nesse grupo: a transmissão materno infantil que caracteriza pela infecção através da placenta, parto e aleitamento. E o uso de anti-retrovirais que possuem efeito teratogênico. Dessa forma surge um impasse, os desejos dessas mulheres de escolha reprodutiva e a redução da transmissão vertical que é identificado como um grande problema de saúde pública. Este trabalho apresenta a assistência de Enfermagem no auxílio a mulheres portadoras de HIV/AIDS na escolha do método anticoncepcional mais adequado. Trazendo as abordagens adotadas para o planejamento familiar em um Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS/DST, da Unidade de Saúde da Vila dos Comerciantes em Porto Alegre. Verifica-se uma grande oferta de meios de prevenção e a importância do trabalho desenvolvido pelo serviço de enfermagem provendo ações de prevenção, através da oferta, da busca e da tentativa de sensibilização dessas portadoras de Hiv/Aids e sus parceiros.

PARIR E NASCER: O MODELO BIOMÉDICO E A FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO OBSTÉTRICO SOB O OLHAR HISTÓRICO

Rossano Sartori Dal Molin¹

¹*Enfermeiro Obstetra, Mestrando em Enfermagem pela UFRGS. Docente da Universidade de Caxias do Sul.
Endereço para contato: Fiorindo Dagostini, 728, Caxias do Sul – RS – rossanosartori@gmail.com.*

INTRODUÇÃO: Na tentativa de resgatar a trajetória histórica da parturição, valho-me dos signos constituídos pela linguagem escrita e visual para apontar aspectos relevantes das diversas culturas em momentos e contextos distintos desta linha do tempo. A opção em usar a linguagem visual articulada a escrita, deve-se em virtude da riqueza de detalhes e por ser, a arte, uma das melhores formas de expressão humana, cujos primeiros testemunhos remontam da pré-história até os dias atuais. A arte, em contrapartida, permanece até a atualidade, mostrando a forma de pensar e agir dos povos nos mais diversos períodos da história da humanidade. A arte da vida, com a temática do parto e nascimento, assim como outros ícones que envolvem o cotidiano das pessoas, foram e vêm sendo manifestadas e expressadas artisticamente.

OBJETIVO: Resgatar a partir da história e da arte os fatos e artefatos culturais e sociais que fizeram parte do processo de assistir ao parto, até a sua institucionalização.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo documental, realizado através de uma extensa investigação bibliográfica sobre os fatos da história e através da releitura de obras de arte, que auxiliam a entender os fatos históricos, expressando principalmente o pensamento cultural e social da época, como forma de entender a atualidade e o modelo que vigora atualmente em relação à assistência ao parto.

DESENVOLVIMENTO: As mais antigas representações da figura humana são as pinturas rupestres, figuras femininas dançando ou trabalhando criadas pelas próprias mulheres, pois as suas assinaturas, em forma de marcas de mãos pintadas com pigmentos vermelhos ao lado das figuras, identificam-nas como autoras. Em inúmeras grutas e túmulos foram encontradas estatuetas, representando mulheres de seios fartos e quadris largos, ventres protuberantes, sem rostos definidos, consideradas objetos de ritos de fertilidade. Figuras e símbolos femininos (seios, vulvas, mãos, ondas, círculos) eram esculpido ou pintados no centro das grutas, enquanto os símbolos e figuras masculinas (flechas, lanças, galhos, cenas de caça) eram dispostos de forma protetora ao redor das representações femininas (FAUR, 2003). As estatuetas femininas e vários outros registros arqueológicos atestam a existência de uma religião ginocêntrica e de uma sociedade matrifocal (centrada na mãe e na mulher). Com o passar do tempo, ocorreu a grande mudança que substituiu as sociedades de parceria, dos períodos paleolítico e neolítico, por sistemas sociais de dominação, violência e autoritarismo hierárquico e patriarcal. O ato mais sagrado reverenciado nas antigas culturas, o parto, passou a ser temido, abominado e considerado motivo da exclusão das mulheres das sinagogas, do convívio com os homens e de certas atividades. Do século XII ao XVI a paranóia das perseguições bárbaras, torturou e matou milhões de mulheres na Europa em campanhas organizadas, financiadas e executadas pelos representantes da

igreja e do estado. O estímulo inicial foi o medo da incipiente classe dos médicos da concorrência das “mulheres sábias” (parteiras, curandeiras e rezadeiras). A partir do pensamento cristão e da instituição do cristianismo, o nascimento tornou-se um ato impuro, o recém-nascido era considerado um ser demoníaco, contaminado pelo ato sexual dos pais e por sua passagem pelo corpo "poluído" da mulher. A partir dos estudos anatômicos, da busca constante pela cientificidade, da perseguição das parteiras e mulheres práticas (por volta do século XIX), de seus rituais e condutas, pode-se apresentar as diferenças entre o corpo feminino e o corpo masculino, sob as quais se tentou justificar a inferioridade feminina em relação aos homens, o papel da mulher na sociedade se tornava mais restrito, sendo inclusive discriminada intelectualmente, entre outros motivos, por ter ossos do crânio menores que os homens. Diante a esses fatos, a medicina enquanto instituição incorporou a prática dos partos, como uma de suas atribuições, intitulado-a Arte Obstétrica e denominou de médico parteiro os profissionais por ela formados. Pela ausência de um cenário para as atividades práticas da obstetrícia e pelo constrangimento das mulheres em exporem suas partes íntimas a outros homens, o ensino permanece estagnado por mais de 60 anos, quando se deu a popularização do fórceps e a participação masculina tornou-se mais predominante. O parto passou a ser um evento intervencionista. Na tentativa de conquistar a confiança das mulheres, a classe médica mudou o seu discurso, através da divulgação de uma imagem de respeito a psicologia feminina, “onde as mulheres poderiam contar com a defesa dos médicos, desde que levassem a eles seus problemas e suas confidências” (BRENES, 1991, p.146). Tendo em vista a não correspondência das mulheres aos apelos dos médicos, houve a necessidade do governo intervir e implantar uma lei, a fim de incentivar as internações e ao mesmo tempo, se fazer um controle mais apurado de sua população. Efetivou-se assim a institucionalização do parto no Brasil. O que se percebe, no entanto, a partir desses acontecimentos, é a instalação do modelo biomédico, a institucionalização do parto, a prática da cesariana com hora marcada, a segurança do ambiente hospitalar e a rotina intervencionista no processo de parto e nascimento; propiciando uma fragmentação no processo de cuidar em obstetrícia, onde mente e corpo, mulher e feto são vistos apenas como objetos de trabalho dos profissionais em hospitais, desconectados da sua história e de sua cultura. Assim, conforme assinala Laget (1977) o parto é, antes de tudo, um evento social e, como tal, submetido a rituais, códigos e tradições, caracterizando-se como um acontecimento histórico e cultural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Como abordado anteriormente, ao longo de muitos anos, as questões relacionadas à concepção, contracepção, parto e nascimento eram de domínio exclusivamente das mulheres, ou seja, as mulheres em geral pariam seus filhos no domicílio com ajuda de outras mulheres, conhecidas como parteiras práticas. O cenário da atenção ao parto tem uma reviravolta com a inserção de outros profissionais, a partir dos avanços tecnológicos e científicos do século XIX. A figura masculina passa a compor também a assistência ao parto, fato este, jamais aceito até então. Esta época também é marcada pela institucionalização do parto, anteriormente domiciliar e, gradativamente, a parteira foi perdendo espaço e possibilitou não apenas a entrada da medicina na obstetrícia, como também o aparecimento da figura da obstetriz e mais tarde, das enfermeiras com especialização em obstetrícia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BRENES, A. C. Historia da parturição no Brasil, século XIX. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.7, n.2, p.135-49, abr/jun. 1991.
- FABRE. **Précis d'Obstétrique**. Paris: J.B. Baillièere et Fils, 1910.
- FAUR, M. **O Legado da Deusa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 2003.
- LAGET, M. **La naissance aux siecles classiques**: pratiques des accouchemants et attitudes collectives em Farnce aux XVII et XVIII siecles. *Annales ESC*, 32 (5): 950-992, 1977.

PERCEPÇÃO DOS ACADÊMICOS SOBRE A COLETA DE CP NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Clariana Casagrande da Silva¹
Cristine Behrend Silveira²
Majid Mohamad Abdul Rahman³

¹Acadêmica do 7º semestre (clacasagrande@ig.com.br – 91478406)., Universidade do Vale do Rio dos Sinos

²Acadêmica do 7º semestre. Universidade do Vale do Rio dos Sinos

³Acadêmico do 7º semestre. Universidade do Vale do Rio dos Sinos

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) criado em 1984 pelo Ministério da Saúde tem como proposta desenvolver a assistência à mulher na sua totalidade, destacando a prevenção do câncer de colo uterino. A formação acadêmica objetiva atuar conforme tal recomendação aplicando propostas quanto à prevenção do mesmo. O presente estudo tem como objetivo apontar a percepção dos acadêmicos sobre a realização da coleta do exame citopatológico na consulta de Enfermagem. As atividades foram desenvolvidas em UBS de Porto Alegre pelos alunos da graduação da Enfermagem do 7º semestre da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Foram realizados dez encontros onde as participantes eram mulheres de idade entre 17 e 66 anos. Foi usado como instrumento entrevista e o preenchimento do protocolo de exame citopatológico bem como solicitação de exames complementares. Durante a consulta, percebemos que as pacientes sentem-se vulneráveis e até mesmo desconfortáveis com o exame em si mas que conseguem expor suas dúvidas e medos porque tornamos o ambiente propício através de uma boa técnica de entrevista. À qual engloba um vocabulário simplificado, perguntas abertas, esclarecimento de dúvidas bem como respostas empáticas juntamente com as necessárias orientações. A coleta do CP é uma atividade técnica prazerosa de desempenhar pois nos sentimos provedores da prevenção de câncer de colo e percebemos que as pacientes valorizam a presença autêntica da Enfermagem. Destacamos a importância do conhecimento teórico global para desempenhar a coleta com maior segurança. Conclui-se que a prevenção do câncer de colo foi desenvolvida na sua totalidade pois a atividade inicia com o agendamento do exame, precede pela coleta e entrevista, e tem seu término com o retorno para a busca do resultado bem como orientações de acordo com a situação clínica.

PERCEÇÃO DAS PUÉRPERAS SOBRE O USO MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS PARA ALÍVIO DA DOR

Carlice Franciane Lima da Costa¹
Márcia Simone de Araújo Machado²
Virgínia Leismann Moretto³
Ana Longo Trindade⁴

¹Enfermeira Assistencial da Unidade Internação Obstétrica de HCPA; Especialista em Urgência e Emergência e Trauma.. Porto Alegre, RS telefone: (51) 33922625 e-mail: cfranciane@yahoo.com.br

²Enfermeira Assistencial da Unidade Internação Obstétrica de HCPA Porto Alegre, RS telefone (51) 32483230 e-mail: msimonela@terra.com.br

³Mestranda em Enfermagem na UFGRS; Docente Cuidado da Mulher na UFGRS; Enfermeira Obstetra Porto Alegre, RS telefone: (51.) e-mail: lmoretto@terra.com.br

⁴Enfermeira Assistencial da Unidade Internação Obstétrica de HCPA Porto Alegre, RS telefone (51) 33282081 e-mail: anabiatrindade@yahoo.com.br

Os métodos não farmacológicos (MNF) para o alívio da dor foram sendo discutidos e implantados a partir da década de 1980, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), propondo o uso adequado de tecnologias para o parto e nascimento, levando em consideração as evidências científicas. No Brasil, as recomendações de tal órgão tornaram-se referência para os defensores da humanização do parto. O Ministério da Saúde (MS), tendo como base estas diretrizes estabeleceu práticas a serem prestadas durante toda assistência no ciclo gravídico-puerperal, visando atender a mulher e seus familiares nas questões psicológicas, biológicas e espirituais. No ano de 2006, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, enfatizando a proposta de Humanização do parto e à diminuição da excessiva tecnologia e medicalização nas fases do parto, inicia com as enfermeiras desta instituição, o uso destes métodos no pré-parto. Segundo o MS (2005) “existe necessidade de modificações profundas na qualidade e humanização da assistência ao parto nas maternidades brasileiras”. São necessárias reformas da área física hospitalar, investimentos em novos equipamentos e, de suma importância a qualificação dos profissionais de saúde envolvidos no processo de nascimento. A utilização dos MNF vem ao encontro desta proposta, proporcionando que a mulher seja a protagonista, sendo respeitada na sua individualidade, devendo receber orientações de maneira clara a respeito dos acontecimentos, atividades e cuidados à sua disposição. Desta forma, ela terá autonomia, postura ativa no parto e estará envolvida nos cuidados realizados com o filho. Existem mulheres que desejam apoderarem-se e “estar no controle” deste momento único de suas vidas e parirem sem utilizar métodos farmacológicos; outras expressam o medo de que as medicações possam trazer prejuízos para elas e, principalmente para seus bebês. Devido a estas variações de situações e sentimentos, a parturiente deve ser orientada sobre todos os métodos disponíveis para que possa se sentir segura e optar pelo método que irá minimizar o seu desconforto. No pré- parto as medidas de humanização da assistência são: banho de aspersão com água morna, proporcionando relaxamento e alívio de dor. Pode ser utilizado no início da fase ativa do parto e não tem limite de tempo para mulher permanecer no chuveiro. Bachman (2002) corrobora explicando que a água morna produz um relaxamento geral do corpo, reduzindo a ansiedade da mulher e diminuindo a produção de adrenalina. Este processo aumenta a produção de ocitocina (estimulando as contrações) e de endorfina

(reduzindo a percepção de dor), a estimulação dos mamilos pelo jato de água também colabora com o aumento da produção de ocitocina. Eles pontuam que o banho não interfere na progressão do trabalho de parto. No momento em que a parturiente escolhe a posição que considera melhor para seu trabalho de parto, pode estar se movimentando utilizando os métodos de deambulação, do cavalinho, de massagens, da bola suíça e ter consigo o acompanhante de sua escolha, com certeza o seu trabalho de parto torna-se tranqüilo, num ambiente familiar e para os profissionais oportuniza um atendimento personalizado. A mudança de posição no trabalho de parto, entre eles, a deambulação, os exercícios com a bola suíça e o cavalinho, são outras formas de aliviar a dor no trabalho de parto. Para Oliveira apud Weiss (2007) os exercícios com a bola suíça reduzem o desconforto durante o processo gravídico, relaxando a musculatura do piso pélvico, e os movimentos rotativos da pelve que facilitam a descida e encaixe da apresentação fetal, com a conseqüente diminuição do tempo de trabalho de parto e das distócias de posição. Estas, muitas vezes são provocadas por um mau manejo durante o pré-parto. Outra forma de mudança de posição é o uso do “cavalinho”, que Pólo (2002) define como sendo uma cadeira própria para o primeiro período clínico do parto. O “cavalinho” deve ser utilizado durante o período de dilatação, com a finalidade de realizar a descompressão da inervação da região sacra, aliviando as dores na região dorsal, aumentando o canal de parto e, conseqüentemente, facilitando a descida fetal. A participação do acompanhante no processo de parir é outro fator relevante e de alívio das tensões. Neste momento também se propicia vínculo familiar e acolhimento. Para Maldonado (1997), a presença do pai no processo de nascimento é de suma importância no momento do parto - rito de passagem que envolve o casal. Neste sentido cabe destacar apontamentos de Collaço (2002), o qual refere que o marido também está dando à luz, por este motivo sua presença na sala de parto. Ramires (1997), afirma que quanto mais precoce for o contato do pai com o filho recém-nascido, maior será a facilidade de criar vínculo entre ambos. Os padrões da paternidade se modificam para adaptarem-se aos novos padrões da família. A pesquisa busca ouvir as puérperas que passaram por esta experiência dos métodos que está sendo implantada no HCPA, e com os seus resultados visa incentivar que os mesmos continuem sendo estudados, analisados e atualizados, e também envolver os demais profissionais da equipe de saúde nesta prática. Este estudo irá caracterizar as mulheres, sujeitos da pesquisa, em relação aos dados socio-demográficos; visa identificar o conhecimento/ informações sobre os Métodos não farmacológicos para alívio da dor antes da parturição e conhecer a percepção das puérperas durante o trabalho de parto acerca dos Métodos não farmacológicos para o alívio da dor. A metodologia que se pretende utilizar para o desenvolvimento do referido estudo, define o tipo de pesquisa realizada, a descrição do cenário da pesquisa, dos sujeitos, os instrumentos de coleta de dados e a forma de análise dos mesmos. O estudo que se pretende desenvolver caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, complementada por uma abordagem quantitativa para complementar o objetivo da caracterização dos sujeitos da pesquisa. Para alcançar o objetivo proposto pelo presente estudo, com base em Minayo (2002), entendemos que o método adequado é a pesquisa qualitativa descritiva e exploratória, porque estuda o seu objeto no ambiente natural, tentando compreender ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas estudadas lhe atribuem. Ocupa-se com a qualidade e fidedignidade das informações coletas, bem como, o valor e a contribuição que

esses dados possam oferecer para o enriquecimento e qualificação do tema pesquisado, não se preocupando com a quantidade de dados. O caráter exploratório pode ser caracterizado com o que descreve Gil (1995), que essa modalidade de pesquisa é desenvolvida com o objetivo de proporcionar uma visão mais ampla, geral do tipo aproximativo acerca de algum fato. O cenário do estudo escolhido para realizar a pesquisa é o Alojamento Conjunto da Maternidade do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS. A população estudada compreenderá puérperas que tiveram seus filhos no HCPA, que utilizaram métodos não farmacológicos para o alívio da dor no pré-parto, que permanecerem internadas no alojamento conjunto e que se disponibilizarem em participar do estudo. Para a coleta de dados, utilizada será entrevista semi-estruturada, seguida de um roteiro contendo dados de identificação e sócio-demográficos das mulheres. Além disto, neste mesmo questionário responderam quais os métodos não farmacológicos utilizados no seu trabalho de parto, e qual profissional que lhe acompanhou e orientou seu uso. Finalizando a entrevista, a puérperas responderão uma questão aberta: *Conte-me como foi sua percepção ao uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor no seu trabalho de parto?* Segundo Minayo (2002), para a pesquisa qualitativa não é necessário uma amostragem com número elevado de sujeitos para obtenção de resultados satisfatórios em termos de conteúdo. A autora refere que a amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema a ser investigado em suas dimensões. Acreditamos que alcançaremos nossos objetivos com uma amostra estimada de 12 puérperas. O presente trabalho está em fase aprovação pelo comitê de ética do HCPA aguardando sua aprovação para coleta de dados. Acreditamos que os dados serão coletados nos meses junho de 2008 à julho de 2008. Para a realização da pesquisa e encaminhado ao Comitê de Ética em pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para avaliação e Comitê de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul. Após aprovação, será realizada a coleta de dados. Todas as entrevistadas serão informadas sobre a finalidade do estudo, sendo esclarecidas suas dúvidas e garantindo a privacidade e o anonimato. Serão fornecidas declarações de consentimento, em obediência às normas de questões éticas seguidas e preconizadas pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. A declaração de consentimento será devidamente assinada em duas vias, sendo que uma delas será entregue à entrevistada e a outra será guardada juntamente com os questionários analisados, por um período de 5 anos, respeitando as normas na construção científica, caso as mesmas sejam solicitadas.

PROCESSO DE ENFERMAGEM: GESTANTES COM RUPTURAS DE MEMBRANAS AMNIÓTICAS

Márcia Pozza Pinto¹
Carlice Franciane Lima da Costa²
Márcia Simone de Araújo Machado³

¹Enfermeira Assistencial da Unidade Internação Obstétrica do HCPA. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Porto Alegre, RS. Tel.: (51) 33335130. e-mail: mpinto@hcpa.ufrgs.br.

²Enfermeira Assistencial da Unidade de Internação Obstétrica do HCPA. Especialista em Urgência e Emergência e Trauma. Porto Alegre, RS. Tel.: (51) 33922625. e-mail: cfranciane@yahoo.com.br.

³Enfermeira Assistencial da Unidade de Internação Obstétrica do HCPA. Porto Alegre, RS. Tel.: (51) 32483230. e-mail: msimonela@terra.com.br.

INTRODUÇÃO: O processo de enfermagem é um método científico onde a enfermeira coleta informações do paciente através da Anamnese e Exame Físico identificando os diagnósticos de enfermagem para planejar o cuidado individualizado e realizar a prescrição de enfermagem.

OBJETIVOS: Sistematizar o registro dos dados no prontuário da paciente; Desenvolver o cuidado à paciente obstétrica baseado nas necessidades humanas básicas; Aprimorar os registros das rotinas de enfermagem; Ampliar os conhecimentos através da discussão em grupo.

CLIENTELA: J.B. G, 24 anos, G2 A1, solteira, 2º grau completo, doméstica, procedente de POA-RS. Gestante, 28 semanas e 5 dias, chega ao CO, em 04/07/2007 às 14:00 hs, referindo perda de líquido desde 9 hs. Realizou pré-natal na UBS, ecografia obstétrica, apresentando feto longitudinal, cefálico, dorso à esquerda, pesando 1650 g, bcf 142 bpm, oligodrâmnio. Interna na UIO para monitorização da gestação permanecendo 19 dias, manteve repouso absoluto devido perdas de líquido amniótico. Em 23/07/2007 apresentou hipertemia 38°C, dinâmicas (3 /10 minutos) e taquicardia fetal, sendo diagnosticada infecção ovular iniciou antibiótico e encaminhada à cesárea.

CONDUTAS DE ENFERMAGEM NO PERÍODO DE INTERNAÇÃO: - Avaliação diária: sinais vitais, bcf, movimentação fetal, dinâmica uterina e perdas vaginais. Evoluções e prescrições diárias.

Diagnósticos estabelecidos:

Mobilidade Física Prejudicada Relacionado a Terapias Restritivas;

Ansiedade Relacionada à Ameaça ou Mudança de estado de saúde: procedimento invasivo e ambiente hospitalar;

Déficit no Auto-cuidado: banho e ou higiene Relaciona à Terapias Restritivas

Risco para Infecção Relacionado à Ruptura de Membranas Amnióticas

Déficit na Atividade de Lazer Relacionado à Terapias Restritivas

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Através do estudo clínico realizado verificamos a necessidade de revisar e estabelecer novo diagnóstico de enfermagem e incluir cuidados prescritos. As discussões durante a apresentação do estudo proporcionam trocas enriquecedoras entre os diversos serviços de enfermagem do

HCPA. Observamos o comprometimento e a melhor compreensão do processo do diagnóstico de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

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

VIVENCIANDO O ALEITAMENTO MATERNO

Anelise Steffen¹
Ilse Maria Kunzler²

¹Enfermeira.

²Docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Feevale. Mestre em Enfermagem. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Instituição: Centro Universitário Feevale

Formas de contato: email: anesteffen@terra.com.br; Telefone: (51) 99676952

O leite materno deve ser uma prioridade para o recém nascido, pois contém todos os nutrientes necessários para o seu crescimento e desenvolvimento, além de fortalecer o vínculo mãe-bebê, recebendo este não só o alimento, mas também amor, carinho e proteção. Esta pesquisa foi realizada numa Unidade Básica de Saúde (UBS), no interior de um município do Rio Grande do Sul. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, do tipo convergente assistencial e teve como objetivo compreender a vivência do processo do aleitamento materno. Os dados foram coletados por meio de encontros grupais, utilizando o Arco de Manguerez. O grupo contou com a participação de seis mulheres, com bebês até dois meses de vida. Foram realizados cinco encontros, nos quais surgiram os seguintes temas: O conhecimento e o acesso à informação sobre aleitamento materno; as dificuldades encontradas na vivência do processo do aleitamento materno; o cuidado com as mamas durante o aleitamento materno; percepção e o conhecimento do aleitamento materno; introdução de novos alimentos e o desmame. Os resultados mostram que algumas mulheres não receberam nenhum tipo de informação durante o pré-natal sobre o processo da amamentação, ou estas informações foram fragmentadas, tendo que voltar várias vezes a UBS para solucionar os problemas, dúvidas e anseios. Observou-se, um desejo de dar continuidade nos encontros, com participação de outros profissionais integrantes da equipe de saúde. Considerando estes dados e o desejo das mulheres, este estudo serviu como uma reflexão para o município. A realização de novos estudos se faz necessária, para demonstrar quais fatores podem estar comprometendo o sucesso do aleitamento materno, de modo que novas estratégias possam ser implementadas, a fim de apoiar e incentivar essa prática, que, além de ser a melhor forma de alimentação para o bebê e que deve ser vivenciada como um prazer e não apenas como obrigação.



Enfermagem no Cuidado ao Adulto

A MEDIDA INDIRETA DA PRESSÃO ARTERIAL E A TÉCNICA PALPATÓRIA AUSCULTATÓRIA: ATUALIDADES E PERSPECTIVAS.

Elisangela Souza¹
Fernanda Sant Ana Tristão²
Patrícia Bopsin³
Thais Reis Lima⁴

¹Acadêmica do 5º Semestre do Curso de Enfermagem da ULBRA Gravataí. e-mail: superelisangela@yahoo.com.br

²Mestranda em Educação, Especialista em Enfermagem Domiciliar, Professora do Curso de Enfermagem da ULBRA Gravataí e Medicina da ULBRA.

³Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Enfermagem da ULBRA Gravataí.

⁴Acadêmica do 7º Semestre do Curso de Enfermagem da ULBRA Gravataí.

A medida da PA (Pressão Arterial) é o elemento essencial para o estabelecimento do diagnóstico e avaliação da eficácia do tratamento da Hipertensão Arterial. Apesar de ser um procedimento relativamente simples, o profissional que realiza a medida tem influencia na obtenção dos valores, no entanto a medida incorreta pode caracterizar um individuo hipertenso como normotenso privando-o assim do tratamento ou ainda estabelecer diagnóstico de hipertensos a indivíduos normotensos expondo-os a tratamentos desnecessários. Apesar de extremamente difundida e rotineiramente realizada, a determinação da PA, principalmente pelos métodos convencionais ainda é feita de maneira não padronizada, quase sempre sem observação das recomendações básicas para evitar erro nas aferições. Segundo a OMS e o Conselho Internacional de Enfermeiras é o procedimento mais realizado por enfermeiras e médicos no mundo, podemos dizer que, estes, têm importante papel na obtenção de valores pressóricos corretos. O método palpatório-auscultatório é o procedimento mais comum para verificar as medidas da PA. Vários fatores podem interferir na precisão da medida da PA, como por exemplo, os que estão relacionados ao equipamento, ao observador, ao ambiente, e ao paciente propriamente dito. Os critérios a serem seguidos na medida da PA são claramente explicitados em recomendações de entidades internacionais, como American Heart Association e British Hypertension Society e, em nosso meio, no Consenso Brasileiro para Tratamento da Hipertensão Arterial, pela V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial/2006 que descrevem que o procedimento correto para a medida indireta da P. A. inicia com o preparo do paciente e o método utilizado deve ser o palpatório auscultatório, método que permite, perceber a natureza oscilatória da PA, e também os sons de Korotkoff. Cabe salientar que o método palpatório permite apenas a verificação da pressão arterial máxima. Novos estudos apontam para o desenvolvimento de sensores pequenos, sensíveis e baratos capazes de fazerem uma leitura contínua da pressão arterial, com princípios diferentes dos métodos oscilométricos, que com certeza trarão inovações em relação à medida indireta da PA que permitam minimizar os erros e auxiliar na tomada de decisão dos profissionais da área da saúde.

ACOLHIMENTO DE FAMILIARES NO CTI: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ariane Teixeira¹
Maria Lúcia Falk²

¹Enfermeira assistencial do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), especialista em Projetos Assistenciais de Enfermagem.

²Tutora, Assessora do Grupo de Enfermagem do HCPA, mestra em Administração de Enfermagem. Telefones: 9313 8543, 2101 8636.

Trata-se de um estudo descritivo sobre a implantação do acolhimento aos familiares de pacientes do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Este trabalho é parte da realização de um plano de intervenção, proposto durante o curso de pós-graduação de Humanização na Gestão e Atenção ao SUS do Ministério da Saúde. Foram realizados encontros multiprofissionais com os familiares de pacientes internados no CTI, na busca de uma escuta qualificada visando o encaminhamento dos problemas evidenciados nos encontros. Concomitantemente foi realizado um trabalho de sensibilização da equipe da unidade, para melhoria do atendimento dessa população. O trabalho tornou-se permanente e evidenciou-se uma melhoria de recebimento dos familiares, após, a implantação do acolhimento.

Palavras chave: saúde; humanização; acolhimento; familiares; CTI.

ADESÃO AO TRATAMENTO EM PARTICIPANTES DE UM GRUPO DE HIPERTENSOS DE UM CENTRO DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE/RS

Nery José de Oliveira Junior¹
Karina Azzolin²

¹Enfermeiro, Especialista em Terapia Intensiva. Centro Universitário FEEVALE. Fone:21113966/ 93150748. nery.oliveira@hotmail.com

²Enfermeira, Mestre em Cardiologia. Centro Universitário FEEVALE

INTRODUÇÃO: As doenças cardiovasculares são citadas como principais causas de óbito no mundo, dentre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica, tornou-se um problema de saúde pública de grande importância no Brasil pela alta prevalência e custo oneroso do tratamento.

OBJETIVO: Este estudo teve como objetivo principal verificar a adesão ao tratamento proposto em pacientes participantes de um grupo de orientação.

MÉTODOS: Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo com delineamento transversal. A amostra foi composta por nove freqüentadores de um grupo de hipertensos. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista com aplicação de um questionário com questões abertas e fechadas. A análise dos dados foi realizada utilizando estatística descritiva com médias e porcentagens.

RESULTADOS: Os resultados mostraram que a maioria dos freqüentadores do grupo são do sexo feminino, com idade variando de 48 a 76 anos, com mais de 8 anos de estudo. Sendo que 77,8% verificam a pressão arterial diariamente. Através deste trabalho percebeu-se que todos os entrevistados apresentam no momento da crise hipertensiva sintomas como: mal-estar, alterações visuais e cefaléia. Quanto à adesão ao tratamento proposto, foi observado que 77,8% não fazem uso regular dos medicamentos referindo esquecimento ocasional, dentre os fatores que dificultam o uso correto do tratamento foram citados esquecimento e falta de condições financeiras, sendo que todos os pacientes acreditam na importância do mesmo como um meio de sobrevivência.

CONCLUSÃO: Com o estudo pode-se perceber que apesar do conhecimento dos pacientes sobre a doença e a participação no grupo, a adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica não foi satisfatória na maioria dos entrevistados.

Palavras chave: hipertensão arterial, adesão, grupos.

ARTRITE REUMATÓIDE E O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AOS PORTADORES

Débora Hexsel Gonçalves¹
Flávia Pacheco da Silva²

¹Acadêmica de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 8º semestre. Bolsista da Unidade de Hemodiálise do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: debinhahg@yahoo.com.br. Telefone: 21018876 / 33740884

²Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 8º semestre. Bolsista de Iniciação Científica.

A artrite reumatóide é uma doença crônica, auto-imune, inflamatória, sistêmica e incapacitante, caracterizada pelo seu elevado impacto de morbidade e mortalidade. É uma patologia de etiologia desconhecida, caracterizada por poliartrite periférica, simétrica, que leva à deformidade e à destruição das articulações em virtude da erosão óssea e da cartilagem. Com a progressão da doença, os portadores desenvolvem incapacidade para realização de suas atividades tanto de vida diária como profissionais, com impacto econômico significativo para o paciente e a sociedade. A artrite reumatóide é uma doença inflamatória crônica comum, com uma prevalência mundial de 0,4% a 1,9% e de 0,2 a 1% no Brasil. O presente trabalho visa descrever as repercussões da artrite reumatóide para enfermagem. A metodologia utilizada foi uma revisão de literatura, com busca de dados em livros, artigos e *sites* de credibilidade. A partir do diagnóstico de artrite reumatóide, os indivíduos acometidos passam a ter novas incumbências, como fazer regime de tratamento, conhecer a doença e lidar com os incômodos físicos. Visto isto, há a necessidade de treinamento especial do paciente para a reabilitação e previsão de um longo período de supervisão, observação e cuidados. O papel do enfermeiro junto ao indivíduo portador de artrite reumatóide é promover a independência através dos ensinamentos e preparar o paciente e sua família para conviverem com este problema de saúde. Por ser uma doença limitante, de constante avaliação e acompanhamento, faz-se necessário uma orientação adequada do paciente para o seu autocuidado, ressaltando o ambiente tanto no seu aspecto físico como no psicológico. Concluimos que é fundamental que os enfermeiros tenham uma visão mais ampliada da fisiopatologia da artrite reumatóide e, principalmente, do seu modo de controle, possibilitando uma educação em saúde eficaz aos pacientes portadores e um cuidado mais qualificado.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE COM ÚLCERA EM PÉ DIABÉTICO

Fabiana Zerbieri Martins¹
Gabriela Leite Kochenborger²
Tatiane Gomes de Araújo³
Clarissa Kümmler Duarte⁴
Sofia Louise Santin Barilli⁵

¹Enfermeira Residente da UTI Central do Hospital Cristo Redentor/RIS-GHC Email:fabzm@yahoo.com.br. Tel:51-92625659.

²Enfermeira Residente da UTI Central do Hospital Cristo Redentor/RIS-GHC.

³Fisioterapeuta Residente da UTI Central e UI do Hospital Cristo Redentor/RIS-GHC.

⁴Enfermeira Residente da RIS-GHC.

⁵Enfermeira Residente da RIS-GHC.

O diabetes mellitus é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por níveis elevados de glicose no sangue resultante de defeitos da secreção insulínica, da ação insulínica, ou de ambos. Encontra-se entre as primeiras causas de morte em vários países do mundo devido suas inúmeras complicações, sendo considerado um problema de saúde pública. Este estudo objetivou conhecer as produções científicas brasileiras na assistência ao paciente diabético com úlceras em pés diabéticos realizado a partir de um estudo exploratório através de pesquisa bibliográfica, com a utilização de livros e artigos indexados contidos nas bases de dados de livre acesso e acervo convencional. O pé diabético é resultante das complicações crônicas do diabetes como a neuropatia diabética e a doença vascular periférica. Estas complicações podem ocorrer tanto de forma isolada como concomitante em um mesmo indivíduo, sendo que nos casos onde ocorre a concomitância observamos piora da complexidade e da gravidade. Frente a uma úlcera em pacientes diabéticos é fundamental definirmos o tipo da mesma, para estabelecermos a terapêutica indicada. A abordagem indicada independente da classificação inclui a exclusão de infecção local, que é realizada através da avaliação de sinais locais como hiperemia, aumento da temperatura local, presença de secreção ou de odor. Em geral as infecções no pé diabético, são causadas por flora mista, ou seja, por germes gram-positivos, gram-negativos e anaeróbicos, que aumentam a agressividade da infecção. Deve-se excluir a possibilidade osteomielite crônica, principalmente nas úlceras plantares, pois cerca de um terço já apresentam osteomielite no primeiro atendimento. Portanto, é imprescindível um controle glicêmico adequado, detecção e tratamento precoce das infecções, alívio da pressão local, uso de calçados apropriados e principalmente educação do paciente, da família e dos profissionais de saúde em relação à doença e suas complicações.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE EM PO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

Rosmari Wittmann Vieira¹
Sabrina Cúria Johansson²

¹Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Chefe da Unidade de internação Cirúrgica 9º Sul e Núcleo de Cuidados Paliativos

²Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialista em Terapia Intensiva. E-mail: sjohansson@hcpa.ufrgs.br. Tel: 519956106

A sistematização da Assistência de enfermagem tem contribuído para o delineamento de um corpo de conhecimentos específicos da profissão possibilitando o uso de uma linguagem comum para identificar os problemas do paciente e auxiliar na escolha das intervenções de enfermagem promovendo melhor comunicação entre os profissionais. O presente trabalho trata de um estudo de caso desenvolvido em uma unidade de internação cirúrgica do hospital de clínicas de Porto Alegre, com leitos específicos para ortopedia e traumatologia, visando identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) e plano de cuidados prestados a uma paciente em pós-operatório de artroplastia total de quadril (ATQ). A prótese total de quadril é uma cirurgia que substitui as estruturas desgastadas do quadril com o objetivo de restabelecer o movimento, a indicação desta cirurgia tem o seu principal objetivo de alívio da dor. Trata-se de um estudo baseado na coleta de dados no prontuário do paciente, nos registros escritos e contidos no sistema informatizado e juntamente com as prescrições de enfermagem. Paciente feminina, 70 anos, proveniente da admissão com história de artrite reumatóide e há mais de dez anos com dor em quadril, deambulando com auxílio de muletas para percursos pequenos, claudicante, dor mais localizada em quadril á direita. Como principais diagnósticos de enfermagem destacamos : mobilidade física prejudicada relacionada a dor; déficit no auto cuidado banho e ou higiene relacionado a terapias restritivas; risco para infecção relacionado a procedimento invasivo. O estudo possibilitou a reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados a esses pacientes em PO de ATQ associando aspectos teóricos e práticos adequando a sistematização da assistência de enfermagem à nossa realidade, promovendo assim um melhor cuidado aos pacientes. Com isso, a enfermagem tem um papel muito importante para evitar complicações e principalmente na orientação de cuidados, evitando desgaste desnecessário da prótese de quadril.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM UM PACIENTE EM PO DE OSTEOTOMIA DE PELVE

Carem Gorniak Lovatto¹
Sabrina Cúria Johansson²

¹Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialista em Saúde Pública. E-mail: clovatto@hcpa.ufrgs.br tel: 5199760906

²Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialista em Terapia Intensiva. E-mail: sjohansson@hcpa.ufrgs.br tel: 519956106

O presente trabalho objetiva identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem em um cliente do sexo feminino, 27 anos, em pós-operatório (PO) de osteotomia ao nível da pelve usando fixador externo. Esta fixação é o método utilizado para tratamento das fraturas da bacia instáveis com grande desvio, sua indicação é maior quanto mais grave forem os desvios fraturários e o estado do paciente. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência desenvolvido na unidade de internação cirúrgica em um hospital universitário de Porto Alegre, em abril de 2008. Encaminhada pela central de leitos, vítima de acidente automobilístico há uma semana com lesão do sacro-íliaca posterior direita e fraturas do ramo ísquio e ilíaco púbico, submetida à osteotomia ao nível de pelve com fixação interna e externa. Esta cirurgia tem como principais intercorrências hemorragia por lesão de artéria glútea superior, TVP, lesão de nervo e infecção. No PO imediato os cuidados de enfermagem incluem: observar sangramento, hematúria pelo risco de lesão do ureter, manter decúbito dorsal horizontal no leito com cabeceira ligeiramente elevada, utilizar comadre baixa, mobilizar em bloco, controlar TA devido a possibilidade de hemorragia, estimular exercícios isométricos de glúteo e perna mantendo assim a tonicidade muscular para posterior deambulação. No quarto dia de PO a paciente foi liberada para sentar e deambular com auxílio de andador e carga parcial onde apresentou resistência por sentir dor e repulsa ao uso do fixador externo. Principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: dor aguda relacionado ao trauma, integridade tissular prejudicada relacionada ao trauma mecânico, mobilidade física prejudicada relacionada a equipamentos externos e risco para infecção relacionado a procedimento invasivo. Este trabalho proporcionou a integração teórico/prática nos cuidados de enfermagem, evidenciando maior conforto ao paciente nas primeiras semanas e permitindo a mobilização imediata no leito, trazendo benefícios gerais e funcionais, com alta hospitalar breve.

CÂNCER DO COLO UTERINO COM COMPROMETIMENTO RENAL – ESTUDO DE CASO

Carolina Karnopp¹
Gabriela Lisangela Della Flora da Silva¹
Raquel Lutkmeier, Roberta Konrath¹
Cristina Costa Silveira¹
Daila Alena Raenck da Silva¹
Maria Karolina Echer Ferreira Feijó¹
Lisiane Nunes Aldabe¹
Jemina Prestes de Souza¹
Fernanda de Mello Chassot¹
Gabriela Leite Kochenborger¹

¹Enfermeiras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Escola de Enfermagem
Relatora. E-mail: ckarnopp4@yahoo.com.br. Fone: (51) 91927057

G.C.S., 48 anos, feminina, branca, evangélica, casada, natural de Canoas Grande, do lar. Em 1997, paciente procura posto de saúde por perdas vaginais e realiza exame de Papanicolaou, pela primeira vez, que acusa células cancerígenas. É encaminhada, então, ao HCPA onde realiza novo exame com resultado de carcinoma epidermóide de colo uterino, sendo submetida à histerectomia radical de útero e anexos (Wertheim-Weigs). No ano seguinte, é detectada uma obstrução uretral, sendo realizada uma derivação do tipo Wallace, além do comprometimento da bexiga por uma massa tumoral, necessitando o uso de uma bolsa de ureterostomia. Em 1999, inicia a radioterapia em função da recidiva do tumor e, em 2000, começa com problemas intestinais e dor, o que a leva a freqüentar o ambulatório da Dor Crônica do HCPA. Em 2006, apresenta os diagnósticos de hipertensão, ansiedade, dificuldade em conciliar o sono e dor, além dos problemas já mencionados e realiza consultas de enfermagem nesse ambulatório. Os diagnósticos e intervenções de enfermagem baseiam-se nesses achados. Tendo em vista o quadro geral da paciente, observa-se que é imprescindível a realização regular de exames preventivos de câncer de colo uterino, através da coleta do citopatológico. A falta de informação, ou a não adesão às campanhas de prevenção, quando existentes, somadas aos riscos auto-impostos pelo indivíduo, acarretam não só prejuízo a saúde deste, como também impõe modificações ao seu estilo de vida. Dessa forma, este estudo contribuiu como exemplo das conseqüências que podem advir do câncer de colo uterino, dando subsídio para que se apóie ainda mais as campanhas de prevenção e detecção precoce desse tipo de tumor.

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM DOR ONCOLÓGICA:
RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Karasek, Gisele¹
Campo, Livia Lírio¹
Monteiro, Daiane da Rosa¹
Rosa, Cássia Eliane¹
Santos, Luciana Batista¹
Simões, Camila Gerson¹
Valer, Daiany Borghetti¹
Xavier, Ida Hauss Freitas².

¹Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem (EENF)

²Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem (EENF)

Relator: e-mail: giselekarasek@pop.com.br, fone: 051 93353813

Este é um relato de experiência que visa apresentar as vivências de três acadêmicas no estágio “Cuidado ao Adulto com Dor Oncológica”, no Ambulatório da Dor do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), referente à disciplina de Cuidado ao Adulto II do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tem por objetivo identificar as expectativas das acadêmicas sobre a experiência das consultas de enfermagem em pacientes com dor oncológica. Relaciona as suas percepções sobre o cuidado e melhoria da qualidade de vida, identificando possíveis implicações da doença e da dor no cotidiano dos pacientes e seus cuidadores. Os dados ainda estão sendo coletados, mas parcialmente os resultados já se encaminham para ressaltar a importância do aprendizado de habilidades que desenvolvam no estudante de Enfermagem a sensibilidade e afeto no processo de cuidado a nível ambulatorial. Conclui que a percepção da totalidade do paciente é essencial para a promoção de seu bem-estar.

CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIO DE ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL

Carem Gorniak Lovatto¹
Sabrina Cúria Johansson²

¹Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialista em Saúde Pública. E mail: clovatto@hcpa.ufrgs.br.

Tel: 5199760906

²Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, especialista em terapia intensiva

A consulta de enfermagem é de competência exclusiva do enfermeiro. A lei do exercício profissional nº 7498, de 25 de junho de 1986, artigo 11, inciso i, alínea “i”, legitima para o pleno exercício dessa atividade. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir de suas relações com o indivíduo, à família e a comunidade. O trabalho visa contribuir para uma reflexão da importância da consulta de enfermagem em pacientes no pré e pós-operatório de artroplastia total de quadril. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre, os pacientes são encaminhados pela rede básica de saúde e são inseridos no protocolo de cirurgias de artroplastia total de quadril. A enfermeira é responsável por agendar a cirurgia e a consulta pré-operatória de enfermagem. Na consulta pré-operatória é realizada a anamnese e o exame físico, orientações e cuidados pré e pós-operatórios fornecendo um manual sobre os cuidados. Esta consulta tem como objetivo principal esclarecer dúvidas, diminuindo seu nível de ansiedade, estimular o auto cuidado e a participação da família. Se o paciente reside em grande porto alegre ou arredores, será marcada uma visita domiciliar. A consulta pós-operatória é realizada no 12º após o procedimento cirúrgico e tem por objetivo esclarecer as dúvidas no cuidado cotidiano e avaliar o estado de saúde do paciente. É nas consultas que estabelecemos uma interação com o paciente ultrapassando a superficialidade do atendimento mecanicista, é nesta prática diária que, além de conhecimentos e habilidades técnicas, necessitamos de competência para conduzir uma consulta interativa que possam relevar aspectos importantes para a condução do diálogo e diagnóstico real da situação de saúde do paciente orientando conforme a sua condição de vida para um pós-operatório sem complicações.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS EM GRUPOS DE IDOSOS DE CLASSE E DE PORTO ALEGRE/RS

Andréia Peres de Oliveira¹
Aline Morgana da Silva²
Patrícia Keitke Paliosa²
Christiane Colet³
Tânia Alves Amador⁴

¹Acadêmica do curso de Enfermagem/UFRGS

²Acadêmica do curso de Farmácia/UFRGS

³Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas/UFRGS

⁴Docente do Departamento de Produção e Controle de Medicamentos/FACFAR/UFRGS

Email: andrea.oliveira@ufrgs.br. Telefone: (51) 9986-2048

O envelhecimento populacional está correlacionado com a presença de múltiplas doenças, a situação econômica, os cuidados permanentes, a frequência e o tempo de internação hospitalar, a administração de vários medicamentos de forma contínua, e as reações adversas a estes. Desse modo, este estudo objetivou descrever o perfil socioeconômico e o consumo de medicamentos em dois grupos de idosos do município de Porto Alegre/RS. A pesquisa seguiu um modelo de estudo transversal, e utilizou como instrumento de coleta de dados um questionário estruturado. A amostragem foi do tipo intencional, sendo que a entrevista foi realizada durante os encontros dos grupos. O projeto foi aprovado pelo CEP/UFRGS. A amostra contou com 83 idosos, participantes dos dois grupos de idosos, que responderam a pesquisa no período de maio a julho de 2007. Dos entrevistados, 90% eram do sexo feminino, com idade média de 71 anos (DP±7,8), e renda familiar média de R\$ 545,00 (DP±350,00). Quanto à escolaridade, 68% possuem ensino fundamental incompleto e 17% declararam-se não alfabetizados. Em relação às características de saúde dos indivíduos da amostra, 23% estiveram hospitalizados no último ano, 88% não possuem plano privado de saúde, 83% adquirem seus medicamentos no Sistema Único de Saúde (SUS) e 21% não utilizam o medicamento quando este não está disponível na rede pública. A utilização de medicamentos foi verificada em 94% dos indivíduos no momento da entrevista, sendo que 43% fazem uso de polimedicação, com número médio de medicamentos de 4,28 (DP±2,39). Houve 102 citações de substâncias ativas distintas, e os medicamentos mais consumidos foram: paracetamol, hidroclortiazida, ácido acetilsalicílico, captopril e ibuprofeno. Assim, concluímos que os dados encontrados neste estudo quanto ao número de medicamentos utilizados, classes farmacológicas mais prescritas e as doenças crônicas mais frequentes são semelhantes a outros estudos de base populacional de idosos.

CUIDADOS À PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DE NEGAÇÃO INEFICAZ

Daiane da Rosa Monteiro¹
Daiany Borghetti Valer¹
Maria Isabel Pinto Coelho Gorini²

¹Acadêmicas cursando o 6º semestre de graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Contato: daimonteiro84@hotmail.com ou 92876612.

²Professor Adjunto da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em educação.

Esse estudo de caso foi realizado com a paciente L.L.P da Unidade de Quimioterapia Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, que fez tratamento quimioterápico durante o período em que prestamos os cuidados de enfermagem como acadêmicas. Motivadas pela condição da paciente e associando a teoria dos diagnósticos de enfermagem à prática, aprofundamos esse estudo. Segundo o Instituto Nacional do Câncer, o câncer colorretal é o quarto mais prevalente no mundo, sendo o Rio Grande do Sul o estado do Brasil com maior incidência (quarto lugar entre os homens e quinto entre as mulheres). Os fatores de risco, a sintomatologia e a prevenção do câncer colorretal são pouco conhecidos, dificultando o diagnóstico precoce. Objetivamos aprofundar os conhecimentos sobre a patologia e identificar os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem apresentados pela paciente. O trabalho é do tipo estudo de caso, sendo realizadas três entrevistas, revisão de dados no prontuário e na literatura. As entrevistas e a apresentação do estudo de caso foram autorizadas verbalmente pela paciente. Dentre os cinco diagnósticos de enfermagem encontrados, destacou-se a negação ineficaz, pois foram constantes os momentos em que L.L.P procurou mostrar que nada mudou na sua vida após a descoberta do câncer. Os demais diagnósticos foram: diarreia, fadiga, controle ineficaz do regime terapêutico e conforto alterado. Por fim, pudemos atingir o objetivo inicial de obter maior conhecimento a respeito do câncer colorretal, além de maior habilidade para determinar os diagnósticos e intervenções de enfermagem através dos sinais e sintomas apresentados pela paciente. Conhecer os diagnósticos de enfermagem torna a assistência mais específica às necessidades do paciente, sendo fundamental ao processo de enfermagem. A experiência em campo de estágio e a realização desse estudo nos proporcionou maior segurança quanto ao modo de agir e utilizar a relação terapêutica em pacientes com esse diagnóstico.

CUIDADOS AO PACIENTE COM ELIMINAÇÃO URINÁRIA PREJUDICADA E RISCO DE DESEQUILÍBRIO DO VOLUME DE LÍQUIDOS

Clarissa Pitrez Abarno¹
Márcia Gonçalves de Oliveira²
Amália de Fátima Lucena³

¹Acadêmica de Enfermagem da UFRG – EENF. Fone: 30191321 / 81119277. e-mail: clarapit@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem da UFRG – EENF.

³Prof. Dra. Enf. Do Departamento de Enfermagem Médica-Cirurgica da UFRGS - EENF

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Este trabalho trata-se de um estudo de caso desenvolvido durante uma disciplina de 5º semestre da Graduação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) no ano de 2007. Foi escolhido um paciente masculino, 56 anos, com diagnóstico médico de Insuficiência Renal Crônica há 26 anos e Osteodistrofia Renal, hospitalizado com quadro agudo de broncopneumonia em uma unidade de internação clínica de um hospital universitário, em setembro de 2006. O quadro de broncopneumonia foi tratado com sucesso com antibioticoterapia, entretanto o paciente permanecia internado no momento da realização do trabalho por motivos jurídicos.

OBJETIVO: Aprofundar o conhecimento na área da sistematização da assistência de enfermagem, estabelecendo os diagnósticos e as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades do paciente em estudo.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de caso que teve como fonte de investigação, a anamnese e o exame físico do paciente, os dados contidos no seu prontuário, a revisão bibliográfica, além de conteúdo teórico desenvolvido em sala de aula no decorrer da disciplina.

RESULTADOS: A Insuficiência Renal Crônica caracteriza-se pela perda gradual da função glomerular ocasionando na incapacidade do rim em filtrar o sangue e manter os níveis metabólicos e hidroeletrólitos do corpo. Decorrente disto o organismo passa a ter dificuldade em eliminar resíduos urêmicos do corpo, fazendo com que haja um acúmulo destes no sangue, desencadeando uma série de complicações, entre estas, a queda de cálcio (Ca) sérico devido à hiperfosfatemia e diminuição da produção de vitamina D, obrigando o organismo a mobilizar o Ca do osso para o sangue, causando a Osteodistrofia Renal (SMELTZER; BARE, 2006). O paciente em questão apresentava ao exame físico, restrição ao leito em decúbito dorsal, atrofia de ossos e dor à mobilização, desdentição, mucosas hipocoradas, peito de pombo, cateter de *Schilley* em subclávia direita, prurido dorsal, úlcera de pressão em processo de cicatrização na região sacra, uso de fraldas, anúria, em uso de dieta hipossódica e restrição hídrica. Realizando tratamento hemodialítico (HD) três vezes na semana com média de 4 horas cada sessão, apresentando sintomas pós HD como: hipotensão, fadiga, náusea, vômitos e cefaléia.

Os diagnósticos de enfermagem estabelecidos foram: “*Síndrome do déficit de autocuidado* relacionado a prejuízo musculoesquelético, evidenciado por incapacidade de realizar atividades de higiene e alimentação” (BENEDET; BUB, 2001); “*Dor crônica* relacionado à incapacidade física, evidenciado por atrofia de

membros, incapacidade de movimentação e relato verbal”; “*Eliminação urinária prejudicada* relacionada a múltiplas causas, evidenciado por anúria*”; “*Risco de infecção* relacionado a procedimentos invasivos (cateter de Schilley) e doença crônica”; “*Mobilidade no leito prejudicada* relacionada à intolerância à atividade/força e resistência diminuídas, evidenciado por capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas e finas, movimentos não coordenados, amplitude limitada de movimento e dificuldade para virar-se”; “*Risco de desequilíbrio do volume de líquidos* relacionado a preparo para procedimentos invasivos (hemodiálise) (NANDA, 2005; 2006). De acordo com os diagnósticos listados acima, foram estabelecidas as intervenções de enfermagem conforme o proposto pela NIC (2004): *Assistência no Autocuidado quanto alimentação, banho/higiene, vestir-se/arrumar-se, cuidados com cabelos, controle do ambiente, controle da nutrição* devido ao grau de dependência para todas estas atividades relacionadas ao seu autocuidado, sendo fundamental assistência ao paciente. *Controle da Dor; Redução da ansiedade; Administração de analgésicos; Controle do ambiente*, importantes para alívio ou redução da dor a um nível de conforto aceitável pelo paciente, utilizando métodos farmacológicos e/ou não-farmacológicos, priorizando uma abordagem calma e segura que minimize a apreensão, desconforto e receio, estimulando a verbalização das sensações e sentimentos; também quando necessário usar agentes farmacológicos para reduzir e/ou eliminar a dor, escolhendo analgesia de acordo com as características do paciente; preocupando-se com o conforto e elementos que o promovam. *Monitorização de Líquidos; Cuidados na retenção urinária; Terapia por Hemodiálise; Controle do peso; Cuidados com períneo*, importantes para a promoção do equilíbrio de líquidos dentro dos compartimentos do corpo, assim como prevenção de complicações ocorrentes devido ao desequilíbrio de líquidos corporais, observando principalmente, a ingestão e eliminação e estado de hidratação; é fundamental também realizar o controle da passagem extracorpórea de sangue através do dialisador, observando os sinais vitais e peso antes de iniciar o processo, avaliando fistulas e cateter antes e após, com rigorosa técnica asséptica em toda a hemodiálise e controle do peso para facilitar a manutenção deste a um nível ideal e sua relação com a gordura corporal, mas também para avaliar possível retenção excessiva de líquidos após o tratamento; os cuidados com períneo facilitam a manutenção da integridade, alívio do desconforto e higiene perineal; *Controle da Infecção; Proteção contra infecção; Cuidados com lesões*, importantes para minimizar a aquisição e transmissão de agentes infecciosos, reforçando as técnicas antissépticas, monitorando sinais e sintomas sistêmicos e/ou locais de infecção, atentando para cuidados no manuseio de tecnologias, orientação da equipe de saúde e visitantes; é importante também observar características das lesões para prevenção de agravamentos e complicações; *Cuidados com Repouso no leito; Posicionamento*, importantes para promoção de conforto e segurança para o paciente com restrição ao leito, observando colchão adequado, roupas de cama apropriadas, posicionamento, mudança de decúbito, promoção de exercícios ativos e passivos, posicionamento fisiológico e psicológico conforme as necessidades do paciente, alongamentos para estimular musculatura e promover relaxamento e flexibilidade corporal, preocupando-se com a mecânica corporal para estimular a postura e

* Esta característica definidora não está apresentada na NANDA, entretanto, optou-se por utilizá-la já que era um dos principais sintomas observados nesse paciente com IRC.

movimentação prevenindo a fadiga e tensão músculo-esquelética; *Controle de eletrólitos; Terapia endovenosa; Controle da hipovolemia; Controle de líquidos; Prevenção do choque; Monitorização de sinais vitais*, importantes para promover o equilíbrio de eletrólitos e prevenção das complicações associadas, principalmente, durante o tratamento hemodialítico, realizando controle hídrico rigoroso, administrando medicamentos prescritos que regulem o controle hidroeletrólítico e volêmico, depleção de volume com aumento de peso, reposição volumétrica se indicado, monitorando a hidratação, sinais vitais em busca de sinais que indiquem choque.

CONCLUSÃO: Em cima deste estudo constatou-se que a Insuficiência Renal Crônica é uma patologia de tratamento bastante desgastante para o paciente, visto o caráter crônico da doença, a necessidade frequente das seções de hemodiálise, bem como os sinais e os sintomas que a mesma provoca. Sendo assim, faz-se necessário uma série de cuidados durante o tratamento e a assistência de enfermagem destes pacientes, atentando-se sempre aos sinais e sintomas apresentados. Também foi possível identificar a importância de se estabelecer diagnósticos e intervenções de enfermagem precisos, assim como o registro destes, para a promoção do conforto e o alívio de sinais e sintomas do paciente hospitalizado, assim como para qualificar a relação enfermeiro-paciente, mostrando a importância do papel deste profissional no cuidado.

REFERÊNCIAS:

- BENEDET; BUB, 2001. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. Florianópolis: Bernúncia, 2001
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- McCLOSKEY, J. C.; BULECHEK, G. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 2006. V.1 e V.3.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA APLICAÇÃO DA CRIOTERAPIA

Priscila de Oliveira da Silva¹
Maria Lúcia Pereira Oliveira²
Márcia Ivani Brambila³
Miriam de Abreu Almeida⁴

¹Enfermeira da Unidade de Internação Cirúrgica 7º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail: prisilva@hcpa.ufrgs.br
Cel: 92219171

²Enfermeira da Unidade de Internação Cirúrgica 7º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

³Enfermeira Chefe da Unidade de Internação Cirúrgica 7º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

⁴Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFRGS, assessora do Serviço de Enfermagem Cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: A crioterapia consiste na aplicação terapêutica de qualquer substância ao corpo que resulte em remoção do calor corporal diminuindo, assim, a temperatura dos tecidos, resultando no controle de edemas, da inflamação e na redução da dor. É um dos recursos mais baratos e amplamente recomendados no tratamento imediato de lesões musculares esqueléticas. A necessidade de informações atualizadas sobre esta prática motivou as enfermeiras de uma Unidade de Internação Cirúrgica de um Hospital Universitário, a realizar um estudo sobre o assunto.

OBJETIVOS: Identificar os cuidados de enfermagem ao paciente em uso da crioterapia disponíveis na literatura.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica sobre os cuidados de enfermagem relacionados ao uso da crioterapia. Foram utilizadas as bases de dados LILACS, Medline e Scielo para a busca de periódicos com os seguintes descritores: crioterapia; crioterapia e enfermagem; crioterapia e cuidados, publicados nos últimos cinco anos. Também buscou-se informações em sites e bibliografias relacionadas ao tema.

RESULTADOS E DISCUSSÕES: Os cuidados de maior relevância encontrados foram o tempo de contato do frio com o tecido. Sandoval, Mazzari e Oliveira sugerem que a aplicação deve ser feita num período de 20 à 30 minutos, com intervalo de duas horas. Os mesmos explicam que para benefícios terapêuticos, a temperatura da pele deve cair para aproximadamente 13,8° C para que ocorra a redução ideal do fluxo sanguíneo local, e para cerca de 14,4° C para que ocorra a analgesia. Brunner e Suddart também sugerem proteger a bolsa fria com uma toalha ou compressa, para evitar lesões de pele.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Observou-se a escassez de publicações de enfermagem referentes ao tema. Destaca-se a importância dos cuidados ao paciente em uso da crioterapia, tendo em vista que o uso de forma inadequada poderá causar queimaduras e até mesmo lesões isquêmicas pela diminuição do aporte sanguíneo.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA

Andressa Federhen¹
Carla Vendrame Basso²
Karen Costa Carvalho³
Margarita.Ana Rubin Unicovsky⁴

¹Acadêmica do 7º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

²Acadêmica do 7º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

³Acadêmica do 7º semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; karen-carvalho@hotmail.com; (51)9113-6544

⁴Doutora, Professora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I

Este é um estudo de caso com paciente A. D. P., 6 anos, vítima de atropelamento, atendida em um serviço de emergência no município de Porto Alegre. O objetivo é abordar o cuidado ao paciente com ferimento contuso no pé direito tendo exposição de tendões e extensores, bem como perda de substância, os diagnósticos de enfermagem evidenciados, e a atuação da enfermagem no cuidado à vítima de trauma. A coleta das informações foi através de entrevista com a paciente e com familiares e pesquisa no Boletim de Atendimento e prontuário. Por meio deste estudo de caso, foi possível observar a relevância da atuação do profissional de enfermagem frente ao cuidado. A importância da observação dos sinais e sintomas manifestados pelo paciente para formulação dos diagnósticos de Enfermagem. A enfermeira é peça fundamental para a prestação de uma assistência integral que objetiva o bem-estar do paciente e dos familiares que o acompanham.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM FERIDA OPERATÓRIA PÓS-PERFURAÇÃO DE ÚLCERA PÉPTICA E FÍSTULA GASTRO –DUODENAL COM ÊNFASE NO CURATIVO

Ana Isabel Martins¹
Fabiane Marostega¹
Carla Leonora¹
Fabiano Michielin¹
Juceli Begossi¹
Letícia Andrade¹
Karina Azzolin²

¹Acadêmicos de Enfermagem do Centro Universitário Metodista IPA – 7º Semestre. Contato: anabel.poa@bol.com.br / 96469958.

²Professor a Titular do Centro Universitário Metodista IPA.

Estudo realizado no Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, por acadêmicos de Enfermagem do 6º semestre do Centro Universitário Metodista IPA, sob supervisão da Professora Enf^a. Karina Azzolin em outubro de 2007. A escolha deste paciente (C.R. 73 anos) nos foi motivada quando sentiu-se a necessidade de prestar o cuidado de enfermagem a um paciente pós – cirúrgico, que incluía cuidados integrais e a realização do curativo da ferida operatória (FO) extensa. O mesmo apresentava-se com sedação leve, respondendo ao estímulo doloroso, pupila iso/miotica foto reagente. Tubo endo traqueal nº 8,5 ; comissura 24cm, Cuff 25mmHg , Fio² 50% Peep 05, SAT 97%, FC 85 bpm, FR 19mpm , Tax 37,8° ,TA 110/51. Acesso venoso central monolúmen em subclávia direita infundindo Noradrenalina 30ml/h, Midazolam 10ml/h, Fentanil 26ml/h. Intracath em subclávia esquerda infundindo NPT(nutrição parenteral total) á 44ml/h. Membros superiores edemaciados; Ausculta Pulmonar murmúrios vesiculares, com presença de roncocal difusos bilaterais; Ausculta Cardíaca RR,2T,s/s; Ausculta Abdominal sem presença de ruídos, distendido, tenso. Ferida operatória com curativo fechado, limpo externamente, dreno penrose a direita em bolsa coletora com mais ou menos 200ml drenagem em seis horas, diurese em sonda vesical de demora com 1150ml urina em seis horas. Membros Inferiores á esquerda sem movimento, com lesão no calcâneo grau II e a direita obedece estímulo doloroso, com cicatriz lesão em trocanter direito. Seu histórico de saúde atual é peritonite fecal, fístula entérica, deiscência da FO após cirurgia abdominal por perfuração de úlcera péptica. A úlcera é uma lesão que aparece no revestimento gástrico, duodenal ou estomacal provocada pela ação do ácido gástrico, sucos digestivos, medicamentos ou pela bactéria *Helicobacter pylori*, além do fumo e ingestão de álcool. Geralmente ela é redonda ou oval medindo de 5 – 10 cm, sua base é constituída por fibrina. A fístula é definida como sendo uma comunicação anormal entre duas superfícies epiteliais. As fístulas enterocutâneas podem ocorrer de forma espontânea ou no período pós-operatório. A fase pós-operatória representa mais de 90% de todas as fístulas intestinais e estão quase sempre relacionadas com alguma das principais complicações da cirurgia do aparelho digestivo. O principal objetivo do estudo foi de acompanhar o paciente citado , com diagnóstico de perfuração de úlcera péptica aprofundando os conhecimentos em relação aos cuidados de Enfermagem prestados ao mesmo. Os

métodos utilizados foram à coleta de dados através do prontuário, avaliação de exames radiológicos e de exames de sangue e revisão em literaturas específicas, sob orientação da supervisora de estágio. O paciente encontrava – se em VM, sedado e fazendo uso de vasopressores, devido ao choque séptico. A F.O. permanecia com curativo fechado e seco externamente, sendo este realizado diariamente com a manutenção de gazes umedecidas em seu interior, que apresentava tecido de granulação, secreção com aspecto fecalóide em terço superior da ferida, fibrina e pontos com necrose, além de hiperemia nas bordas. Segundo (Smeltzer, 2002), manter o meio úmido é o mais indicado para estimular a epitelização, a formação do tecido de granulação e maior vascularização da área, além de facilitar a remoção de tecido necrótico e impedir a formação de espessamentos de fibrina, serve como barreira protetora a microorganismos, promove a diminuição da dor, mantém a temperatura corpórea e evita a perda excessiva de líquidos. A finalidade na realização do curativo é remover o excesso de exsudação, permitir a troca gasosa, promover o desbridamento autolítico, promover o isolamento térmico, ser impermeável a bactérias e permitir sua remoção sem danos ao tecido neo – formado. Entendemos a importância dos cuidados de Enfermagem relacionados com esse paciente, pois, tratava-se de um adulto idoso, e estes se recuperam mais lentamente e estão mais propícios para o desenvolvimento de complicações pós-operatórias. Com a idade os tecidos se tornam menos flexíveis motivos pelo qual a manipulação deve ser feita de forma delicada. O paciente encontrava-se emagrecido, anêmico, (Hematócrito 21,5%, Hemoglobina 7,2g/dL) com hipernatremia 161mmol/L e hipotassemia 3,36mmol/L, esses fatores contribuem para a redução de oxigênio e nutrientes disponíveis para cicatrização da ferida, importante monitorar o volume de líquidos e exames laboratoriais. O mesmo recebia terapia nutricional parenteral para suprir déficits e para manutenção nutricional, soro com eletrólitos para manutenção hidroeletrólítica e antibioticoterapia para tratar sepse peritoneal. Quanto a infecção da ferida: os fatores de risco para infecção da FO incluem contaminação, tecido desvitalizado, hematoma, desidratação, desnutrição, anemia, idade avançada. O *Staphylococcus aureus* é responsável por muitas das infecções do pós-operatório nas feridas. Tinha hemograma infeccioso e antibiograma resistente a praticamente todos os antibióticos. Sendo que os cuidados prestados pela enfermeira para esse paciente incluíam avaliação do estado clínico, realização de curativos de cateteres e curativo de FO, este sendo realizado 1X ao turno ou quando necessário, utilizando-se de técnica asséptica e avaliação do aspecto, evolução, drenagens, registrando-os no prontuário do paciente. O tratamento de feridas cirúrgicas costuma exigir cuidados limitados, restritos ao local. Se um ambiente ideal para a ferida é providenciado, em geral a cicatrização ocorre de 7 a 21 dias. Feridas agudas tipicamente tem suas bordas aproximadas por sutura, grampos, botões ou adesivos cutâneos. O objetivo do profissional de enfermagem ao tratar uma ferida é mantê-la úmida, limpa e a salvo de trauma físico, preservando a integridade cutânea do paciente, assim, a escolha do curativo mais eficiente e a implementação dos procedimentos ou técnicas mais apropriados ajudam a atingir este objetivo. E para isto, algumas técnicas devem ser realizadas para a realização do curativo: Utilizar precauções universais para a retirada do curativo sujo; Utilizar pinças, luvas e gazes esterilizadas, a técnica deve ser asséptica; Limpar o local das ferida com solução salina 0,9% morna, através de gotejamento ou leve jato; Aplicar compressas frouxas sobre regiões onde houver formação de túneis e na

base da ferida, usando gaze impregnada com hidrogel; Pode ser utilizado nitrato de prata em pasta nas bordas infeccionadas; Cobrir com curativo seco; Trocar o curativo sempre que necessário. Quando uma ferida não diminui de tamanho após 2 a 4 semanas de tratamento está indicada uma revisão das medidas locais e de suporte. Feridas extensas, profundas e ostensivamente sujas, por exemplo, podem exigir desbridamento e irrigação. A irrigação pode simultaneamente limpar e desbridar uma ferida. Quanto aos diagnósticos de enfermagem pode-se identificar: - Integridade Tissular Prejudicada relacionado, imobilidade imposta pela sedação relacionado aos efeitos dos irritantes mecânicos como: tubo endotraqueal presença de sondas e cateter, evidenciados por edema e lesões primárias e secundárias; Dor Aguda relacionada às lesões secundárias ao aumento das secreções gástricas e realização de curativos em F.O, evidenciado por agitação e feições retraídas; Risco para constipação, relacionado aos efeitos da medicação sobre a função intestinal; Mobilidade Física Prejudicada, relacionado ao déficit sensorial e à dor, evidenciado pela incapacidade de mover-se independentemente no leito; Troca de gases Prejudicada, relacionado à imobilidade secundária ao efeito sedativo, a cirurgia e a dor, evidenciado pela motilidade gástrica diminuída e à cicatrização prejudicada; Risco para Transmissão de Infecção, relacionado à ferida contaminada e equipamentos contendo secreção (sonda urinária, equipamento de aspiração, tubo endotraqueal); Nutrição alterada, menor que as necessidades corporais, relacionada à diminuição da ingestão e ao aumento das necessidades de nutrientes secundários à cirurgia, evidenciado pela diminuição da massa corporal e alteração nos níveis de sódio e potássio. Sendo as condutas: observar fixação de TOT, sondas e cateteres, de modo a evitar lesões no paciente; medicar para dor conforme prescrição e orientação médica; mudança de decúbito, conforme condições do paciente; manter cabeceira elevada; realizar curativos e observar sinais flogísticos, mantendo técnicas assépticas; pesar o paciente diariamente, conforme suas condições. Com este estudo de caso realizado com paciente C.R, internado no centro de terapia intensiva do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre podemos observar que um pós operatório, pode complicar e com ele, trazer conseqüências desastrosas para o paciente, trazendo riscos de vida, coma e até a eminência de morte. A atuação médica acompanhada do apoio, conhecimentos, qualidade e o envolvimento do grupo da enfermagem, além dos exames, medicações e terapias adequadas pode-se reverter casos bem complicados como este que tivemos a oportunidade de acompanhar durante nosso período de estágio. Constatamos que era fundamental e se fazia necessário maiores informações à equipe de enfermagem no sentido de melhor orientá-los, esclarecendo sobre a importância do envolvimento consciente da assistência nesse cuidado, da importância dos registros de enfermagem após cada curativo, deixando evoluído cada etapa do processo de cicatrização e melhora no aspecto geral do paciente. O trabalho foi extremamente válido pois nos proporcionou um conhecimento mais específico sobre a patologia do paciente, desenvolvimento da doença, tratamento, tipo de cirurgia, riscos, diagnósticos e prognósticos médicos, bem como diagnóstico de enfermagem, plano de cuidados além de reavaliar e redefinir cuidados com relação ao paciente.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; úlcera péptica.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DA NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION E NECESSIDADES HUMANAS DE PACIENTES IDOSOS

Maria da Graça Oliveira Crossetti¹
Thanize Prates da Rosa²

¹Enfermeira. Doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Coordenadora do Núcleo de pesquisa - Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NECE- EEUFRGS)

²Enfermeira. Mestranda em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Membro do NECE- EEUFRGS. thaniprates@gmail.com

INTRODUÇÃO: Nas últimas décadas se vive uma mudança demográfica intensa a nível mundial. Após a reforma sanitária, na década de 60, e dos avanços tecnológicos na área médica, observa-se um aumento expressivo na expectativa de vida da população devido principalmente à queda das taxas de mortalidade, e trazendo como consequência o aumento do número de idosos. A velhice é um período da vida em que acontecem mudanças importantes como a diminuição da função de vários órgãos, as perdas cognitivas e os altos índices de doenças crônicas (RAMOS, 2003). Estas condições caracterizam este grupo etário como o que mais utiliza os serviços de saúde, além de serem os pacientes que mais tempo permanecem internados, acarretando dentre outros aspectos, ônus ao sistema de saúde. Neste contexto, as doenças apresentadas pela população idosa são de grande importância epidemiológica, pelo seu caráter crônico e/ou incapacitante e à medida que estão diretamente relacionadas com sua qualidade de vida e de sua família. O Brasil segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (2005) até o ano de 2025 será o sexto país em número de idosos. Este dado faz emergir a preocupação de diversos setores da sociedade quanto à atenção a este grupo, o que se percebe através da iniciativa do Estado ao criar a Política Nacional de Saúde do Idoso e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). Este cenário exige dos profissionais de saúde o desenvolvimento de modelos de atenção que atendam com resolutividade os problemas de saúde deste grupo etário. Neste sentido constata-se a preocupação da enfermagem, enquanto disciplina humanística, em estudar e propor maneiras de cuidar do idoso, considerando as transformações decorrentes do processo de envelhecimento e que lhe são singulares, condições que pressupõe avaliar, diagnosticar e intervir com acurácia diante das evidências apresentadas pelo idoso. Esta tomada de decisões estrutura-se a partir da metodologia da Sistematização da Assistência de enfermagem que tem como cerne o processo diagnóstico, que tendo por base o pensamento crítico e o raciocínio clínico, define diagnósticos de enfermagem (DE) que atendam as reais necessidades de cada indivíduo. O DE é um julgamento clínico das reações dos indivíduos, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais/processos de vida (North American Nursing Diagnosis Association, 2005). Os DE possibilitam a implementação de intervenções, que são estratégias específicas decididas pelo enfermeiro na busca de resolutividade aos problemas de saúde do paciente. Neste sentido, acredita-se que a utilização das classificações dos DE, tendo como base teórica as Necessidades Humanas Básicas é essencial à prática

profissional do enfermeiro, além de dar subsídios para um cuidado individualizado e amplo ao paciente, família e comunidade, caracterizando um cuidado humanizado. Diante do exposto, da busca de resolutividade dos problemas de saúde do idoso e da necessidade de implantação de modelos de atenção a esta população, torna-se imperativo fazer um estudo que permita conhecer o modo de ser e estar do paciente idoso, caracterizando os problemas de saúde desta população, identificando os diagnósticos de enfermagem prevalentes nestes pacientes e as necessidades humanas básicas relacionadas a estes diagnósticos, subsidiando posteriores estudos de validação e o aperfeiçoamento das intervenções empregadas.

OBJETIVOS: Objetivou-se com esse estudo identificar os diagnósticos de enfermagem e respectivas necessidades humanas prevalentes no idoso internado em unidades de clínica médica e verificar a associação entre as variáveis demográficas e as variáveis diagnósticos de enfermagem e necessidades humanas desses pacientes.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo transversal retrospectivo, que teve como campo de estudo as unidades de Internação de Clínica Médica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Constituiu a população e amostra do estudo os prontuários de pacientes idosos, com idade igual ou superior a 60 anos, internados nas unidades campo de estudo, no período de junho a dezembro de 2006. As unidades de análise foram as listas emitidas pelo Sistema Informatizado de Prescrição de Enfermagem do HCPA. Para processamento dos dados foi utilizado o programa estatístico SPSS. A análise foi feita a partir de estatística descritiva e do teste de significância de X^2 (qui-quadrado) para se verificar a associação entre as variáveis do estudo, seguida de discussão dos resultados, com base no referencial teórico próprio do tema. Projeto foi aprovado pelo comitê de ética da instituição campo de estudo - Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA (GPPG/HCPA) e assinado pelo pesquisador o termo de responsabilidade para manuseio prontuário.

RESULTADOS: Os dez diagnósticos prevalentes do estudo foram: risco de infecção com 13,3% (3615), padrão respiratório ineficaz com 11,8% (3214), síndrome do déficit do auto-cuidado com 11% (2995), déficit no auto cuidado: banho e ou higiene com 8,5% (2313), nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais com 6,2% (1703), risco para trauma com 4,5% (1236), integridade tissular prejudicada com 4,4% (1206), conforto alterado com 4,4% (1189), mobilidade física prejudicada com 4,1% (1112) e dor aguda com 3,2% (873). As dez necessidades humanas básicas prevalentes no estudo foram: cuidado corporal com 20% (5464), segurança física com 19% (5170), oxigenação com 17,2% (4679), integridade física com 7,8% (2121), alimentação com 7,5% (2051), atividade física com 6,0% (1631), sono e repouso com 4,7% (1270), hidratação com 4,4% (1199), eliminação com 3,7% (1000) e percepção, dos órgãos dos sentidos com 3,7% (1014). O resultado do teste do Qui-quadrado foi significativo para verificar a associações entre as variáveis do estudo, demonstrando que há associação entre as variáveis: Diagnóstico de Enfermagem X Idade, Diagnósticos de enfermagem X Sexo, Necessidades Humanas X Idade, Necessidades X Sexo e Necessidades Humanas X Diagnósticos de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES: Neste contexto, acredita-se que com a identificação dos diagnósticos de enfermagem prevalentes nos pacientes idosos e as necessidades humanas básicas relacionadas a estes diagnósticos, pode-se direcionar a assistência de enfermagem aos reais problemas de saúde desta população, subsidiando o

aperfeiçoamento das intervenções empregadas no idoso e posteriores estudos de validação dos diagnósticos de enfermagem identificados.

Descritores: Idoso, Diagnóstico de Enfermagem, Necessidades Humanas

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE UM PACIENTE COM DOENÇA RENAL CRÔNICA: UM ESTUDO CASO

Adriana Tessari
Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso
Maria Conceição da Costa Proença
Miriam de Abreu Almeida.

Maria Pedroso [malupedroso@gmail.com]

INTRODUÇÃO: O conceito de diagnóstico de enfermagem; é o julgamento clínico das respostas do indivíduo, família, ou comunidade aos problemas de saúde/processos vitais ou potenciais. Proporciona a base para seleção das intervenções de enfermagem para atingir os resultados pelos quais a enfermeira é responsável (NANDA 2004).

OBJETIVO: Levantar Diagnósticos de Enfermagem de um paciente com doença renal crônica.

MATERIAIS E MÉTODOS: Este estudo foi elaborado baseado na análise da anamnese, exame físico, evolução de enfermagem e exames laboratoriais, contidos no prontuário do paciente. Paciente, 54 anos, afro-descendente, católico, casado. Depende financeiramente da família. Nega tabagismo, etilismo e drogadição. Relata dores no corpo, cefaléias, dor abdominal, dormência em mãos e pés e ortopnéia. Fraqueza aos mínimos esforços, verbaliza disfunção sexual, BEG, LOC, mucosas hipocoradas, diminuição da acuidade visual, edema de face. Turgência jugular e ausculta pulmonar com estertores em base. Sinais Vitais: Ta:160/90 mmHg; Fc :88bpm; Tax: 36°C; Fr:20 mpm. (Peso ideal=85 Kg, Peso atual= 91,5 Kg). Tosse improdutiva. Fistula Artério-Venosa (FAV) em membro superior esquerdo, com presença de frêmito e pulso. Pele ressequida, descamativa e com manchas hipocrômicas. Prurido corporal. Não realiza restrição hídrica e dieta recomendada. Exames laboratoriais alterados. Não aderente ao tratamento. .Membros Inferiores: discreto edema; Pés apresentando calosidade, sujidade e fungos nos interdígitos. Anurico e eliminações intestinais normais.

RESULTADOS: Os diagnósticos de enfermagem levantados considerando as características definidoras e fatores relacionados foram; Integridade da Pele Prejudicada, Controle Ineficaz do Regime Terapêutico, Volume de Líquidos excessivo, Dor crônica, Disfunção Sexual, Interação Social prejudicada, Desesperança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Proporcionou nivelar o conhecimento e integrar os enfermeiros, conhecer melhor o paciente, e intervir com base em conhecimento científico melhorando a qualidade da assistência a nossos pacientes.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CUIDADOS RELACIONADOS AO PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO DE HEMICOLECTOMIA DIREITA

Andria Machado da Silva²
Franciele Dal Forno Kinalski¹
Marina Nardino Luque¹

¹Acadêmicas do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cursando o 6º semestre.

²Relator (a) / andria_2@hotmail.com Telefone para contato: (51) 92028001.

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, o câncer de cólon representa um sério problema de saúde pública, sendo o quinto tumor maligno mais freqüente em homens (INCA, 2006). Apresentamos neste trabalho o estudo de caso realizado com um paciente que foi submetido a hemicolectomia direita, o acompanhamos durante o pós-operatório imediato, buscando aprofundar o conhecimento sobre a fisiopatologia do câncer de cólon, o tratamento, com enfoque aos diagnósticos e intervenções de enfermagem pertinentes ao caso. O estudo foi realizado durante o estágio curricular da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, na Sala de Recuperação Pós-Anestésica (SRPA) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A metodologia utilizada foi a observação do paciente, consulta ao prontuário e pesquisa bibliográfica. Constatamos que o levantamento dos diagnósticos de enfermagem foi de suma importância para a definição dos cuidados de enfermagem apropriados ao paciente, o que contribuiu significativamente para sua melhora clínica. Essa experiência nos propiciou um maior aprofundamento do conhecimento técnico-científico, nos fazendo refletir acerca da complexidade e da importância do cuidado de enfermagem individualizado.

REFERÊNCIA:

- Estimativas 2006: **Incidência de Câncer no Brasil – INCA**. Disponível em: www.inca.gov.br acesso em 30 de setembro de 2007.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS À HIPERTENSÃO PORTAL E VARIZES ESOFÁGICAS SANGRANTES: UM ESTUDO DE CASO

Cássia Eliane da Rosa¹
Elisabeth Gomes da Rocha Thome²
Leone Vargas¹
Vanessa Bonini¹
Viviane Maisa de Ávila Guez¹

¹Alunos do 6º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) Contato: vivimaisa@gmail.com, (51)92124148.

²Professora Mestre da Escola de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Trata-se de um trabalho desenvolvido durante o estágio da Disciplina de Cuidado ao Adulto I do curso de Enfermagem da UFRGS, realizado na Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Um dos objetivos deste estágio é avaliar o paciente que chega à emergência e identificar os diagnósticos de enfermagem relacionados à sua situação no momento. O caso aqui apresentado é de um senhor de 69 anos com diagnóstico de Cirrose e Hepatite C que por descompensação de seu quadro clínico apresentava varizes esofágicas sangrantes e anemia aguda. A situação vivenciada nos levou a aprofundar o conhecimento sobre as patologias apresentadas por este paciente e identificar os cuidados de enfermagem essenciais para manter o equilíbrio do paciente nas situações de emergência. O Diagnóstico de Enfermagem que mais se adequava à situação foi o de “excesso de volume de líquidos relacionados à hipertensão portal evidenciado pelas varizes esofágicas sangrantes”. Ficou claro que é muito difícil fazer prevenção da ocorrência de sangramentos depois do quadro estabelecido, o importante é controlar este sangramento após a ocorrência, pois a taxa de mortalidade pela hemorragia aumenta em cada novo sangramento levando o paciente a um quadro de hipovolemia, anemia, hipóxia e choque. A enfermagem deve priorizar no momento a manutenção da vida do paciente observando e mantendo o tratamento adequado de controle do sangramento. Assim como o conforto deste paciente e orientações necessárias aos seus familiares quanto à evolução do quadro. Segundo a literatura a maneira que se pode diminuir a ocorrência deste quadro é orientando o paciente a controlar e/ou diminuir as causas primárias de cirrose e hepatite C.

DOR NO PÓS-OPERATÓRIO: ALGUMAS POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM¹

Maria da Graça Oliveira Crossetti²
Clarissa de Bona da Silva³
Daniela Pereira Laureano⁴
Fabiana Sakuragi Krueger⁵
Joséli do Nascimento Pinto⁶

¹*Trabalho elaborado como requisito para a obtenção de conceito parcial na disciplina de Pesquisa e Enfermagem I, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)*

²*Enfermeira. Doutora em enfermagem pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina; Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Líder do Núcleo de pesquisa - Núcleo de Estudos do Cuidado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (NECE- EEUFRGS)*

³*Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Participante do NECE-EEUFRGS*

⁴*Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Participante do NECE-EEUFRGS. telefone: 34782961. e-mail: danielalaureano@hotmail.com.*

⁵*Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

⁶*Discente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Participante do NECE-EEUFRGS*

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Este trabalho foi requisito para a obtenção de conceito parcial na disciplina de Pesquisa e Enfermagem I, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A dor é uma desagradável experiência sensorial e emocional resultante de um dano real ou em potencial ao tecido (SMELTZER, 2002). É a razão mais comum para as pessoas procurarem cuidados de saúde. Sendo assim, se o paciente refere dor à equipe de saúde esta deve dar uma especial atenção a ela. Embora a evolução tecnológica e o avanço da ciência tenha feito com que a medicina consiga realizar novas cirurgias para prolongar a expectativa de vida, a dor no pós-operatório persiste. Percebe-se, pois a necessidade de se conhecer estudos desenvolvidos sobre dor em pós-operatório imediato. Visando contribuir com a definição de enfermagem neste fenômeno algico.

OBJETIVO: Compreender através da literatura, os métodos utilizados para aliviar a dor do paciente em pós-operatório imediato.

METODOLOGIA: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Foram selecionados número de artigos publicados em periódicos nos últimos 15 anos em língua portuguesa através das bases de dados: Scielo, Google Acadêmico e Lilacs e que apresentaram os descritores: dor, cuidados de enfermagem e cuidados pós-operatórios.

RESULTADOS: Em seu trabalho a enfermeira deve levar em consideração todos os aspectos físico, psicológicos, fisiológicos e principalmente os culturais do paciente pois eles são de suma importância para que se tenha um tratamento e alívio da dor eficaz. É importante que ela observe com mais atenção o paciente que não verbaliza a dor do que aquele que verbaliza. Em atenção ao objetivo do estudo foram identificados na literatura instrumentos para a avaliação da dor, alternativas farmacológicas e não-farmacológicas para o alívio da mesma. A equipe de enfermagem pode usar instrumentos para avaliar a presença da dor em

pacientes, que devem instrumentos devem ser de fácil compreensão e operacionalização requerendo pouco esforço do paciente, ser facilmente quantificável e ser sensível as pequenas mudanças da intensidade da dor. Entre eles pode-se citar: *descrição verbal da dor*: nesse momento o indivíduo descreve sua dor de acordo com sua intensidade (nenhuma, pouca, moderada, intensa ou muito intensa), característica (como localização e duração), qualidade, fatores que avaliam a dor (como movimento, falta de movimento, esforço, repouso) e os efeitos que a mesma causa na vida diária (como sono, apetite, concentração, interação com outros, atividades de lazer e trabalho). *Escalas Visuais Analógicas (EVA)*: são úteis para avaliar a intensidade da dor. A escala é composta por uma linha horizontal e marcações finais indicando os extremos da dor. A numeração vai de zero a dez sendo no zero a ausência de dor e no dez a pior dor. O paciente é orientado a marcar na linha onde a dor atual está situada. Essa escala é útil para avaliar a dor no momento em que ela foi detectada e após ter sido feito um procedimento para aliviá-la. *Indicadores Fisiológicos da Dor*: mudanças fisiológicas involuntárias como aumento da frequência respiratória, do pulso e a palidez já foram considerados indicadores de dor mais corretos que as informações verbais. *Respostas Comportamentais à dor*: podem incluir declarações verbais, expressões vocais e faciais, movimentos corporais, contatos físicos com outras pessoas, respostas alteradas ao ambiente, choro, gemer, franzir as sobrancelhas, imobilizar parte do corpo e fechar a mão com força. Esses dois últimos indicadores muitas vezes são difíceis de se observar pois podem ser mínimos ou ausentes, mas não significa que o paciente não tenha dor. Os instrumentos são importantes para documentar, por exemplo, a necessidade de intervenção e avaliar a eficácia dos analgésicos percebendo se estes conseguiram eliminar ou minimizar a dor. Os métodos não farmacológicos incluem: *Estimulação elétrica transcutânea (TENS)* parece agir através dos sistemas inibitórios descendentes (Silva, 1997). É um método de estimulação dos nervos periféricos através de eletrodos acoplados à pele com fins terapêuticos. É uma corrente analgésica, ela atua nos sistemas modulares da dor, aumentando sua tolerância à dor causando uma analgesia. (ROSA FILHO, 2003). *Acupuntura*: pode ser utilizada para anestesia em cirurgia produzindo perda sensorial à dor, preservando o tato, pressão, estiramento, vibração e a sensibilidade térmica. A estimulação das fibras finas pode modificar a transferência dolorosa por um mecanismo chamado de hiperestimulação (SILVA; DOBBRO, 1997). *Técnicas de relaxamento*: têm por objetivo liberar as tensões, pois o efeito opositor ao estresse, gerado pela dor, reforça a homeostase, diminui a angústia, produzindo o alívio da dor (SILVA; DOBBRO, 1997). *Música*: também reduz a ansiedade, melhora o sono, diminui a dor e constitui ainda um método de distração (SILVA; DOBBRO, 1997). Alguns estudos indicam que ouvir música afeta a liberação de substâncias químicas cerebrais poderosas que podem regular o humor, reduzir a agressividade e a depressão e melhorar o sono (Fonseca, 2006). A música é capaz de proporcionar ao cliente sensações de conforto, paz, tranquilidade, confiança e a amizade para com os profissionais de saúde e ainda diminuição do nervosismo, devido ao tempo de internação (FONSECA et al., 2006). *Toque Terapêutico (TT)*: baseada na imposição das mãos que são usadas para "dirigir energias humanas para ajudar ou curar alguém que está doente". Segundo Silva e Belasco Júnior (1996), o toque pode contribuir para a redução do medo e da ansiedade do outro, proporcionado bem estar físico e psicológico. Já, os métodos farmacológicos abordam: infusão contínua de hipnoanalgésicos, administração intermitente

peridural ou intratecal de anestésicos locais de longa duração e opiáceos. As drogas mais utilizadas são os analgésicos antiinflamatórios não hormonais (AINH), alguns opióides e, os melhores resultados obtêm-se pela associação de ambos. Há diversas vias para administrar os medicamentos como intramuscular, endovenosa, transdérmica, subcutânea, retal, sublingual, oral, epidural e intratecal. Os AINH têm como ação terapêutica os efeitos antiinflamatórios, analgésico e antipirético. Atuam bloqueando a liberação de substâncias que modificam o limiar de excitabilidade dos nociceptores periféricos (SILVA; DOBBRO, 1997). A morfina é o principal analgésico opióide que atua no sistema nervoso central e é aconselhado para dores de intensidade severa (SILVA; DOBBRO, 1997). De acordo com Pimenta et al. (2001), existe a tecnologia sofisticada, como cateteres peridurais e sistemas para a Analgesia Controlada pelo Paciente (ACP), que podem contribuir no controle da dor no pós-operatório. A analgesia por cateter peridural compreende a infusão de morfínicos no sistema nervoso central. Com pequenas doses de morfínicos, é possível ter uma analgesia adequada e prolongada. Deve-se ficar atento, pois podem ocorrer complicações como infecção, sedação, migração do cateter para o espaço sub-aracnoideo, saída acidental e quebra. Neste método utilizam-se bombas de infusão eletrônica, que possibilitam infusão contínua e, quando há dor intensa, o doente aciona o dispositivo do sistema e, então é liberado dose de analgésico suplementar.

CONCLUSÃO: A dor é um fenômeno fisiológico, sensitivo, afetivo e cultural. No pós-operatório a dor é tradicionalmente esperada e passada de geração a geração. Nesse caso é importante estar atento aos pacientes pois eles podem ou não verbalizar a presença de dor dado as condições de orientação auto e halopsíquica que se apresentam, por efeito da anestesia. Cabe, então, ao enfermeiro avaliar e intervir na dor no pós-operatório. Considerando que esse fenômeno algico tem aspectos multidimensionais que devem ser considerados na assistência de enfermagem. Assim, o profissional da saúde, como provedor do alívio da dor, precisa intervir de várias maneiras utilizando instrumentos, métodos farmacológicos e não farmacológicos para o alívio da dor, e exercitando assim ações individualizadas para o paciente que terá sua singularidade evidenciada no processo de cuidar.

ENFRENTANDO A CIRURGIA: O PAPEL DA ORIENTAÇÃO DA ENFERMEIRA PROJETO DE PESQUISA

Maria Henriqueta Luce Kruse¹
Miriam de Abreu Almeida¹
Kátia Bica Keretzky²
Eveline Rodrigues³
Flávia Pacheco da Silva³
Franciele Silveira Schenini³
Vandréia Machado Garcia³

¹Professoras da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutoradas em Educação.

²Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

³Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Contato: Flavia-pf@hotmail.com ou 9313.6248.

A experiência da cirurgia é causadora de estresse e ansiedade ao paciente e sua família, pelo receio do desconhecido e pelas dúvidas e incertezas quanto ao processo de recuperação. Um aspecto importante para diminuir a insegurança desses pacientes é a orientação pré-operatória realizada pela enfermeira. Objetivamos com este trabalho conhecer a opinião dos pacientes sobre a efetividade das informações prestadas pelas enfermeiras no pré-operatório, em relação ao enfrentamento do período perioperatório. Trata-se de uma pesquisa de avaliação, cujo propósito é estimar o funcionamento de uma prática. Propomos entrevistar de oito a dez pacientes adultos, selecionados intencionalmente, cujo período pós-operatório seja igual ou superior a quatro dias e que tenham sido orientados pela enfermeira no dia que precede a cirurgia. Para determinar o número de pacientes a serem entrevistados utilizaremos o adicionamento progressivo de novos casos até o instante em que se alcança a “saturação teórica”. Os dados serão obtidos através de entrevista semi-estruturada, gravados em aparelho de MP3, com prévia autorização dos pacientes, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas serão realizadas no HCPA, em local que proporcione privacidade aos entrevistados, preservando o sigilo e o anonimato desses. Para conhecer o nível de compreensão das orientações e proporcionar ao paciente evidenciar o que não foi abordado no período pré-operatório, mas que seria relevante, elaboramos as seguintes questões norteadoras: Fale sobre as informações que você recebeu da enfermeira antes da cirurgia. Elas lhe auxiliaram a enfrentar a cirurgia? O que você gostaria de saber sobre a sua cirurgia que não foi abordado? O que poderia mudar nas orientações recebidas?

Palavras-chave: cuidados pré-operatórios, cuidados de enfermagem, enfermagem perioperatória.

ESTUDO CLÍNICO-DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE: PACIENTE COM AVC AGUDO SUBMETIDO À TERAPIA TROMBOLÍTICA

Ana Valéria Furquim Gonçalves¹

Aline Amato Pinto da Silva²

Beatriz Hoppen Mazui³

Nátali Pedroso Rodrigues⁴

Tatiana Araujo⁵

Valmir de Almeida Machado.⁶

¹ Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Enfermeira assistencial do Serviço de Emergência do HCPA.

² Técnica de Enfermagem do Serviço de Emergência do HCPA.

³ Enfermeira assistencial do Serviço de Emergência do HCPA.

⁴ Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁵ Técnica de Enfermagem do Serviço de Emergência do HCPA.

⁶ Mestrando em Educação. Enfermeiro assistencial do Serviço de Emergência do HCPA.

INTRODUÇÃO: Este estudo é resultado de encontros entre enfermeiros e técnicos de enfermagem que apresentaram em 2007 o estudo clínico do diagnóstico de enfermagem do Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), cujo tema abordado foi o paciente com Acidente Vascular Agudo (AVC) com uso de trombolítico. O AVC atualmente é considerado uma emergência, terceira causa de óbito, superado por doenças cardiovasculares e câncer. Em 2005 o SE do HCPA inaugurou a Unidade Vascular para tratamento das doenças vasculares agudas e instituindo o Protocolo de AVC isquêmico com uso de trombólise, no primeiro ano foram incluídos 36 pacientes, o que justifica o estudo desenvolvido.

OBJETIVO: Avaliar e discutir a sistematização do processo de enfermagem em um paciente adulto com diagnóstico de AVC isquêmico submetido à terapia trombolítica.

MÉTODO: Trata-se de um estudo de caso, os dados foram coletados através do prontuário eletrônico do paciente, para análise obtivemos auxílio da literatura.

CONSIDERAÇÕES: Ressaltamos a importância da constante discussão e avaliação por parte da equipe de enfermagem quanto à aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem em nossas práticas diárias, bem como das evoluções, histórico e prescrições de enfermagem. Visto que, o processo de enfermagem constitui uma abordagem deliberada de identificação e resolução de problemas para atender de forma singular as necessidades de cada paciente.

FLICTENAS: DESBRIDAMENTO OU CONSERVAÇÃO?

Fabiane Lima¹
Ana Deise Lucas¹
Carla Regina Silva¹
Amanda Thiesen¹
Cléa Vaz Menezes²

¹Acadêmicos do Curso de Enfermagem / 6º semestre. Universidade Luterana do Brasil - ULBRA

²Docente do Curso de Enfermagem. Universidade Luterana do Brasil - ULBRA
(51) 96182172 e-mail: anita-enf@hotmail.com

INTRODUÇÃO: Queimadura é toda lesão causada por agentes físicos, químicos ou biológicos, resultando em destruição total ou parcial dos tecidos. São classificadas quanto à profundidade, extensão e localização. As flictenas são características das queimaduras de 2º grau.

OBJETIVO: Realizar comparativo entre os métodos de tratamento das flictenas, analisando vantagens e desvantagens destes.

METODOLOGIA: pesquisa bibliográfica realizada em novembro de 2007, a partir da disciplina de Urgências e Emergências em Enfermagem.

DESENVOLVIMENTO: Flictena é um compartimento formado através do descolamento da camada epidérmica da camada derme. Coleta em seu interior líquido intersticial. Dois métodos são considerados no tratamento de queimaduras que apresentem flictenas: o desbridamento ou conservação da vesícula. Conservação: o argumento para não desbridar as flictenas enfatiza que o líquido contido em seu interior é importante para o restabelecimento hídrico do paciente. O desbridamento expõe a área queimada e favorece a contaminação microbacteriana. Desbridamento: defende a idéia de que o acúmulo de líquido intersticial aumenta a área de descolamento, tornando a vesícula mais suscetível ao rompimento espontâneo, favorecendo a proliferação de microorganismos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: é fundamental avaliar as condições gerais do paciente e o tipo de tratamento que este receberá para que se possa optar pelo método mais adequado de cuidado às flictenas, visando a breve reabilitação do paciente.

Palavras-chave: flictena – desbridamento - conservação

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 ALMEIDA, Hilberto C. **Manual de Cirurgia Ambulatorial**. 2. ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2003.
- 2 MENEZES, Eni-Leci Monteiro de. **A enfermagem no tratamento dos queimados**. São Paulo: EPU, 1988.
- 3 SMELTZER, Suzanne. **Brunner e Suddarth Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Volume 2. 10. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2005.

INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM¹

Clarissa Garcia Rodrigues²
Roberta Senger³
Laura de Azevedo Guido⁴
Graciele Fernanda da Costa Linch⁵

¹Pesquisa Bibliográfica.

²Relatora/Autora. Enfermeira residente do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia. E-mail: clarissagarciaRodrigues@gmail.com. Telefone: (55)84151555.

³Autora. Enfermeira Intensivista e Perfusionista. Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: betasng@hotmail.com. Telefone: (55)99354051.

⁴Autora. Enfermeira Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: lguido@terra.com.br. Telefone: (55)99768649.

⁵Autora. Enfermeira Mestranda da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: gracielelinch@gmail.com. Telefone: (55)81181344.

INTRODUÇÃO: Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para auxiliar adequadamente a identificação das demandas de cuidado. Justifica-se assim sua utilização na assistência pós-operatória em cirurgia cardíaca, visto a complexidade do período e as possíveis complicações, como o infarto agudo do miocárdio (IAM) perioperatório. Suspeita-se de IAM naqueles pacientes com comprometimento hemodinâmico importante ou com arritmias de difícil controle, além de alterações eletrocardiográficas e enzimáticas. Pode ter como causa revascularização incompleta do miocárdio, espasmo, embolia ou trombose do leito nativo ou do enxerto e problemas técnicos das anastomoses dos enxertos levando a uma redução abrupta do fluxo sanguíneo e redução de perfusão com isquemia e injúria tecidual.

OBJETIVOS: Descrever os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes que apresentam IAM no pós-operatório de cirurgia cardíaca.

MATERIAL E MÉTODO: Buscaram-se artigos nas bases de dados bibliográficos: SCIELO e MEDLINE. Descritores: diagnósticos de enfermagem, pós-operatório, cirurgia cardíaca e infarto agudo do miocárdio.

RESULTADOS E CONCLUSÕES: Relacionam-se ao IAM os seguintes diagnósticos de enfermagem: mobilidade física prejudicada, risco para Integridade da pele prejudicada, risco para desequilíbrio no volume de líquido, risco para alterações sensoriais de percepção, dor aguda, risco para troca de gases prejudicada, risco para baixo débito cardíaco. Ressalta-se que os diagnósticos de enfermagem identificados se referem à complicação em questão e não ao cenário de pós-operatório. O enfermeiro que conhece as possíveis complicações pós-operatórias de cirurgia cardíaca desenvolve um raciocínio clínico da situação estabelecida, na qual os momentos de emergência são previstos. Dessa forma, existe a possibilidade da realização de um plano de cuidados individuais e implementação de ações que contemplem a assistência ao indivíduo de maneira holística e com qualidade.

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: UMA VISÃO DA ENFERMAGEM

Dayane de Aguiar Cicolella¹
Janaína Chiogna²

¹Enfermeira da ISCMPA de Porto Alegre-RS, pós-graduada em Administração dos serviços de Enfermagem pelo Instituto de Administração Hospitalar e Casas de Saúde e graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, de Porto Alegre-RS.

²Enfermeira da ISCMPA de Porto Alegre-RS, graduada em enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, de Santa Maria- RS. e-mail: janaenfermeira@ibest.com.br. Fone: (55) 9938 5038 (51) 3228 9755

Como já é sabido e de fundamental importância, a equipe de enfermagem especificamente é responsável pela administração de medicamentos, seguindo sempre uma prescrição médica prévia. No entanto, para desempenho de tal função, se fazem necessários processos de aprendizado, pois a indústria farmacêutica se moderniza diariamente, além de total atenção e conhecimentos básicos ao se tratar do desempenho desta função. Frente a este processo, podemos destacar respostas farmacológicas específicas, denominadas interações farmacológicas ou medicamentosas, que se definem quando efeitos de um ou mais fármacos são alterados pela administração simultânea ou anterior de outros. Desta forma, pode manifestar efeitos benéficos, adversos ou ausentes de significado clínico. No entanto, além de conhecer a natureza e ação dos fármacos, fatores intervenientes relacionados aos pacientes devem ser considerados para que a terapêutica medicamentosa possa ser bem sucedida. Entre eles, destacamos a idade, o estado fisiopatológico, o tipo de alimentação, entre outros. Todos estes podem interferir na escolha da terapia medicamentosa que a enfermagem será responsável por administrar. É inquestionável também que seja observada criteriosamente a ordem de administração dos medicamentos prescritos, o que denominamos aprazamento, e que também é de responsabilidade da equipe de enfermagem. Como profissionais enfermeiras atuantes em unidade de internação adulto, conseguimos acompanhar a importância dessa questão no ambiente hospitalar a cerca de cada leito e de cada prescrição clínica, procurando sempre identificar possíveis falhas e aprimorar o conhecimento técnico-científico da equipe de enfermagem atuante no setor. É evidente que a atualização e o desenvolvimento de novas terapêuticas, desta forma, se tornam incessantemente importantes no meio hospitalar, bem como se faz necessário o incentivo à equipe de trabalho, fazendo com que sempre esteja apta a desempenhar sua função usufruindo positivamente das novas tecnologias medicamentosas.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NAS COMPLICAÇÕES DO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CAROTÍDEA: UM ESTUDO BASEADO EM EVIDÊNCIAS

Daniela Dos Santos Marona¹
Débora Vilas Boas Feijó Vieira²
Isis Marques Severo³
Isabel Piazenski⁴

¹*Chefia de enfermagem do CTI / Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva- SETI. Mestranda em Enfermagem / UFRGS. E-mail: dmarona@hcpa.ufrgs.br Tel: (51) 93318773.*

²*Docente da Escola de enfermagem da UFRGS. Chefe do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva/SETI/ HCPA. Mestre em Administração PPGA/UFRGS. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. FAMED/UFRGS.*

³*Enfermeira Assistencial do CTI / SETI. Mestranda em Enfermagem/UFRGS.*

⁴*Enfermeira Assistencial do CTI / SETI. Mestre em Ciências Médicas – Neurologia/UFRGS*

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: As doenças cerebrovasculares representam um dos maiores problemas de saúde no mundo, resultando em alta morbidade/mortalidade e estão associadas a altos índices de incapacidades funcionais (Qureshi, 2004), e também constituem uma das maiores causas de morte no Brasil (50,08%) caracterizando um problema econômico para o sistema de saúde (Piedade et al, 2003; DATASUS, 2004). Nesse contexto, a doença carotídea representa atualmente uma prioridade em saúde pública devido à expressiva prevalência na população adulta, em especial na população idosa, em ambos os sexos (Morelli; Davis, 2007). Entre os fatores de risco para o desenvolvimento da doença carotídea destacam-se a hipertensão, diabetes, uso de contraceptivos orais, tabagismo, sedentarismo, dislipidemia, obesidade, história familiar, uso abusivo de álcool, e terapia antiplaquetária. Uma das metas para a diminuição das isquemias cerebrais causadas pela estenose da carótida se relaciona diretamente com medidas de prevenção e educação dirigida à população de risco (Morelli; Davis, 2007; Biller, 2007). Segundo demonstrado por alguns estudos multicêntricos como o North American Symptomatic Carotid Endarterectomy Trial (NASCET), o European Carotid Surgery Trial (ECST) e o Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study (ACAS) a endarterectomia da carótida apresenta-se como principal método terapêutico no tratamento da estenose de carótida demonstrando a superioridade do tratamento cirúrgico em relação ao clínico e ao endovascular (Nível de Evidência I) (Lepore et al, 2001; Barnett; Meldrum; Eliasziw, 2002). A endarterectomia de carótida pode reduzir taxas futuras de Acidente Vascular Encefálico (AVE) e a taxa de óbito/AVE no perioperatório, menor que 3% (Recomendação A).

OBJETIVO: Atualizar os cuidados de enfermagem prestados no pós-operatório de cirurgia carotídea e oferecer subsídios para a assistência de enfermagem.

METODOLOGIA: Trata-se de uma revisão bibliográfica dos últimos 10 anos, baseada em recomendações atuais e nas melhores evidências fornecidas por estudos clínicos realizados nessa área. A pesquisa foi realizada na base de dados LILACS, MEDLINE e na biblioteca eletrônica SCIELO. Para tanto, foram utilizados os descritores: Endarterectomia das Carótidas, Enfermagem, Cirurgia e Cuidados Pós-Operatórios.

Foram selecionados 28 artigos baseados nas melhores evidências e recomendações para a prática da enfermagem.

RESULTADOS: Uma síntese desses resultados encontra-se a seguir: 1)Hipertensão e hipotensão: É necessário que inicialmente o enfermeiro avalie as pupilas, o sensório e a função motora, buscando algum sinal de alteração. A pressão arterial média (PAM) deve ser mantida em torno de 100mmHg. A pressão sistólica ideal deve oscilar entre 100 a 150mmHg. É fundamental preservar linha arterial para acompanhar os níveis pressóricos em tempo real e para que se possa intervir rapidamente na presença de qualquer alteração. O enfermeiro deve implementar cuidados com drogas vasoativas, se estas se fizerem necessário; 2)Síndrome de hiperperfusão: A síndrome de hiperperfusão cerebral é o resultado do descontrole da autoregulação do fluxo sanguíneo cerebral num hemisfério com hipoperfusão crônica. Nesta síndrome as arteríolas perdem sua capacidade de contração quando a pressão de perfusão cerebral é restaurada.É de fundamental importância controlar rigorosamente a hipertensão. O enfermeiro precisa vigiar a ocorrência de episódios de crise convulsiva, instalar monitorização cardíaca contínua e oximetria de pulso além de avaliar necessidade de oxigenoterapia; 3)Hematoma no sítio cirúrgico e lesão de nervos cranianos: A hemorragia cervical pós-operatória é causada por porejamento generalizado que se intensifica pela heparinização sistêmica ou pelo sangramento no local da arteriotomia, o que pode formar um volumoso hematoma local capaz de comprimir a traquéia e obstruir as vias respiratórias podendo causar danos graves ao paciente como encefalopatia hipoxêmica por hipóxia, déficits neurológicos graves e até mesmo a morte (Pitta; Castro; Burihan, 2004). O papel do enfermeiro nesses casos é medir a circunferência cervical de 1/1h nas primeiras 24h, observar edema e sangramento local, mudança na voz do paciente, alteração no padrão respiratório e depressão do sensório. É fundamental orientar o paciente sobre a reversão espontânea das lesões de nervos cranianos; 4)Reestenose: O paciente deve ser orientado sobre o controle dos níveis de colesterol, antes e após a EC e a angioplastia/procedimento endovascular. Segundo Morelli e Davis (2007) uma baixa taxa de colesterol total pode prevenir a formação de placa aterosclerótica na artéria carótida e a progressão da estenose, sendo que uma alta taxa de colesterol total está associada com o desenvolvimento de isquemia cerebral. O enfermeiro tem papel fundamental na orientação e educação do paciente sobre o controle dos níveis de colesterol, dieta, atividade física e, quando necessário, redução do peso corporal. Nos pacientes diabéticos orientar também o controle glicêmico. 5)Dor no pós-operatório: A dor na ferida operatória (FO) não é muito comum no pós-operatório de EC, no entanto a cefaléia pode ocorrer em 42% dos casos. A causa ainda está indefinida, porém, acredita-se que seja por distensão dos vasos após a desobstrução da carótida (Teixeira, 2003). A enfermagem tem papel específico na identificação destes sintomas e na sua intervenção através da administração de analgésicos anti-inflamatórios não-hormonais em associação com anti-eméticos, do controle de alterações dos sinais vitais e da avaliação da eficácia da analgesia.

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES: A intensidade e velocidade com que estão ocorrendo inúmeras mudanças no cenário de saúde evidenciam a necessidade, cada vez maior, de um suporte terapêutico mais efetivo, com baixos custos e mínima permanência em ambientes hospitalares. A estenose carotídea faz parte das doenças sistêmicas e é marcadora da doença caronariana. Por isso, é fundamental que uma equipe

multiprofissional reúna esforços com vistas a realizar medidas de prevenção dos fatores de risco e conseqüente redução da mortalidade e incapacidade funcional resultante do acidente vascular encefálico. Sabe-se que estudos evidenciaram o impacto da utilização de protocolos de admissão deste tipo de paciente em Centros de Terapia Intensiva (CTIs), unidade de cuidados intermediários ou sala de recuperação. A admissão de pacientes de alto risco em CTI com suporte intensivo adequado tem diminuído o seu tempo de internação, pois promove efetivas intervenções e manejo eficaz de possíveis complicações. O sucesso clínico do paciente está fortemente associado à participação de todas as equipes envolvidas como enfermeiros, médicos e cirurgiões na elaboração e seguimento de protocolos e rotinas de atendimento no pós-operatório. Como desafio futuro para a enfermagem sugere-se abandonar as velhas práticas e investir na criação de protocolos de enfermagem baseados em evidências como ferramenta para uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Endarterectomia das Carótidas, Enfermagem e Cuidados Pós-Operatórios.

MOTIVOS QUE CONTRIBUÍRAM PARA O ABANDONO DO TABAGISMO EM FUNCIONÁRIOS DO HCPA

Isabel C Echer¹
Francine LS Secco²
Vanessa M Mantovani²
Marli M Knorst³

¹Doutora em Clínica Médica pela UFRGS. Professora do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da EE-UFRGS. e-mail Isabel.echer@terra.com.br. Fone: 98056149

²Estudante de graduação em Enfermagem da UFRGS. Bolsista Voluntária de Iniciação Científica/UFRGS.

³Professora Associada do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da UFRGS e do Serviço de Pneumologia do HCPA. Coordenadora da Comissão de Controle do Tabagismo do HCPA.

INTRODUÇÃO: O tabaco é a principal causa evitável de mortes prematuras no mundo, responsável por cerca de 50 doenças, representando um grave problema de saúde pública.

OBJETIVO: Identificar os motivos que contribuíram para o abandono do tabagismo em funcionários de uma instituição de saúde.

MÉTODO: Estudo descritivo, transversal, prospectivo, que consistiu na aplicação de um questionário para funcionários fumantes, fumantes em abstinência e nunca fumantes. O projeto foi aprovado pelo GPPG/HCPA e a coleta de dados realizou-se no Serviço de Medicina Ocupacional. Os dados foram digitados, revisados e codificados em um banco de dados do programa Microsoft Excel®, e a seguir transcritos e analisados no pacote estatístico SPSS.

RESULTADOS: Participaram do estudo 1147 do total de 4100 funcionários (327 homens e 818 mulheres). Destes, 149 eram fumantes (76 em cargos administrativos e 73 da área da saúde), 215 fumantes em abstinência (92 cargos administrativos e 123 área da saúde) e 783 nunca fumantes (310 cargos administrativos e 471 área da saúde). Entre os 205 fumantes em abstinência, 57 (26,51%) referiram mais de um motivo para a cessação do tabagismo. Os motivos referidos foram: preocupações com saúde (14,2%), conhecimento sobre os malefícios (13,8%), influência de pessoas queridas (12,4%), vergonha/frustração de ser fumante (9,9%), desejo de mudança/determinação (8,2%), prejuízos na saúde (8,2%), qualidade de vida (6,4%), gravidez (6%), senso estético e olfativo (6%), servir de modelo/exemplo ou trabalhar em hospital (3,6%), diminuição da força física (2,5%), observar problemas de saúde (1,8%), e outros (7%).

CONCLUSÕES: O conhecimento sobre os motivos que levam as pessoas a abandonar o tabagismo pode auxiliar em programas e políticas e como subsídio aos profissionais que assistem indivíduos tabagistas.

O DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM “FADIGA” RELACIONADO AO PACIENTE ONCOLÓGICO

Juliane Porto Ercole¹
Priscila de Oliveira da Silva²
Maria Isabel Pinto Coelho Gorini³

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. juliane_pe@yahoo.com.br (51) 84069601

²Enfermeira da Unidade de Internação Cirúrgica 7º Sul do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

³Professora Adjunta do Departamento médico-cirúrgico da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O câncer tem alta incidência no Rio Grande do Sul, sendo um problema de saúde pública, além do impacto por sua taxa de mortalidade. O Diagnóstico de Enfermagem (DE) “Fadiga” por vezes não é identificado ou é subnotificado em pacientes oncológicos. Conseqüentemente, as intervenções não são adequadamente empregadas na assistência. A fadiga é uma barreira significativa à recuperação dos pacientes, principalmente sob tratamento quimioterápico. A NANDA (2005) descreve Fadiga como uma sensação opressiva, sustentada por exaustão e capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual. O objetivo foi identificar o DE “Fadiga”, e suas intervenções, nos prontuários de pacientes oncológicos, que internaram no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) em 2006. Esta pesquisa é um estudo transversal retrospectivo, aprovado pela comissão de Pesquisa e Ética do HCPA. A coleta dos dados foi realizada em prontuários. Foram selecionados 107 prontuários, estimando uma prevalência do DE “Fadiga” de 50%, com margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, já acrescidos 20% de perdas e exclusões. Os dados cruzados foram analisados através do teste Qui-quadrado. A média de idade dos pacientes foi de 58,95 anos, e o sexo predominante foi o masculino (68,2 %). O DE “Fadiga” foi encontrado em um prontuário, não constando neste as intervenções. Nas evoluções de enfermagem foram encontrados alguns sinais de fadiga: prostração (3,7%), fraqueza (3,7%), cansaço (2,3%), abatimento (1,9%), astenia (0,5%) e sonolência (0,5%). Pacientes que realizaram quimioterapia apresentaram maior freqüência de sinais de fadiga (50 %). Foi encontrado um prontuário com o DE “Fadiga”, sendo que nas evoluções de enfermagem encontramos 15% dos prontuários com características definidoras. Assim, acreditamos que o DE “Fadiga” está sendo subnotificado e recomendamos que este diagnóstico seja um desafio para novos estudos com a intenção da melhoria do cuidado ao paciente com câncer.

REFERÊNCIAS:

- BONASSA, E.M.A; SANTANA, T.R. **Enfermagem em Terapêutica Oncológica**. 3ªed. São Paulo: Atheneu, 2005.
- MOTA,D.D.C.F; PIMENTA, C.A.M . Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, vol 48, nº4, pág. 577-583, out/nov/dez 2002.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem NANDA: definições e classificações 2005-2006**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PACIENTES NA LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL E O PERFIL DO TESTE TUBERCULÍNICO

Maria Conceição da Costa Proença¹
Débora Hexsel Gonçalves²
Alessandra Rosa Vicari¹

¹Enfermeira Especialista em Nefrologia - Unidade de Hemodiálise HCPA

²Acad. Enfermagem 8º semestre – UFRGS

Contato: mproenca@hcpa.ufrgs.br / 99711462

Pacientes portadores de nefropatias graves e transplantados fazem parte do grupo de risco para a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, por tais condições apresentarem algum nível de imunossupressão ou necessitarem do uso de corticóides como parte do tratamento. As recomendações preventivas estão embasadas na sensibilidade e especificidade do teste tuberculínico e na prevalência da tuberculose nos diferentes grupos de risco. O presente trabalho teve como objetivo identificar o perfil do teste tuberculínico dos pacientes em lista de espera para transplante renal. Trata-se de um estudo de prevalência do teste tuberculínico de 159 pacientes em lista de espera para transplante renal. Foram analisados: idade, raça, tempo de diálise, hepatopatias, doença básica, descrição de tuberculose prévia e reação de Mantoux. Seguindo as Diretrizes do II Consenso Brasileiro de Tuberculose, consideramos forte reator >10 mm; reator fraco de 5 a 9 mm e não reator < 4 mm. A análise dos dados foi feita através de estatística descritiva e medidas de tendência central. A doença básica mais freqüente foi a Hipertensão Arterial Crônica, com 37 pacientes, e Diabete Melito, com 22 pessoas. Ao total, 25 pacientes eram da raça negra, 9 mulatos e 125 da raça branca. Em 35 pacientes, o resultado do teste de Mantoux foi reator forte; em 22 pacientes o resultado foi reator fraco e em 102 pacientes o resultado foi não reator. Não houve correlação entre as variáveis pesquisadas e o teste tuberculínico. O estudo possibilitou estabelecer um protocolo de profilaxia para os pacientes com mantoux forte reator com o objetivo de reduzir o número de tuberculose pós-transplante. Devem ser avaliadas as questões epidemiológicas e sociais dos pacientes para estabelecermos correlação com o resultado do teste e propor medidas educacionais.

PRESENÇA DE EVENTOS ADVERSOS COMO INDICAR DE QUALIDADE ASSISTENCIAL NA HEMODINÂMICA.

Simone S Fantin¹
Aline P Brietzke³
Erica RM Duarte²
Lenira L Anselmo¹
Marcia F Casco¹
Rose C Lagemann¹
Marta GO Goes¹

¹Enfermeiras da Unidade de Hemodinâmica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA).

²Enfermeira Chefe do Serviço de Enfermagem em Centro Cirúrgico do HCPA.

³Enfermeira Graduada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: aline_brietzke@yahoo.com.br Telefone: (51) 96097850

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Entende-se como evento adverso (EA) a complicação indesejada decorrente da assistência prestada aos pacientes, não atribuível à evolução natural da doença de base. A qualidade da assistência à saúde pode ser mensurada por indicadores e entre eles os eventos adversos. Poucos estudos falam sobre ocorrência de EA na hemodinâmica, e os que têm são focados em causas específicas, como as complicações vasculares. A notificação dos EA é mínima, assim representando pequena parte da realidade.

OBJETIVO: Este estudo teve como propósito identificar a ocorrência de EA na hemodinâmica, bem como sua notificação como elemento para redução de ocorrência e exposição de riscos aos usuários.

METODOLOGIA: Estudo observacional retrospectivo, realizado em um serviço de hemodinâmica de um hospital universitário. A amostra foi constituída pelos 228 pacientes que apresentaram EA, notificado pela equipe de enfermagem no prontuário do paciente, durante o período setembro de 2007 a março de 2008.

RESULTADOS: No período foram assistidos 1873 pacientes, sendo 72,5% homens. Foi registrada a ocorrência de 269 EA em 12,2% dos indivíduos, com idade média de $61,6 \pm 11,7$ anos. Houve maior incidência nos submetidos a procedimentos diagnósticos (56,1%) e intervenção coronariana (25,4%). Dentre os EA observados a maior incidência foram as complicações vasculares (38,7%) no local da punção (hematoma >5 cm, sangramento, oclusão arterial aguda) seguida por 19,3% de reações de sensibilidade (prurido, pápulas, tosse, hiperemia facial). Outros eventos registrados com menor frequência foram: tremores, náuseas, reações vagais, precordialgia, hipertermia, congestão pulmonar e hipertensão.

CONCLUSÃO: A notificação de EA permite a redução de falhas ou condições inseguras na prestação do cuidado, e contribui para a construção de indicadores assistenciais para qualidade do cuidado de enfermagem.

Palavras chave: Eventos Adversos, Enfermagem, Hemodinâmica.

PREVALÊNCIA DE DIABETES MELITTUS EM PACIENTES SUBMETIDOS À INTERVENÇÃO CORONARIANA PERCUTÂNEA.

Priscila Ledur
Tatiane Marça
Simone S Fantin
Beatriz D'Agord Schaan

*Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências Cardiovasculares, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Cardiologia - Fundação Universitária de Cardiologia do RS. *e-mail para contato: pri_ledur@hotmail.com e sfantin@hcpa.ufrgs.br*

INTRODUÇÃO: Diabetes Mellitus (DM) é um importante fator de risco para a doença arterial coronariana (DAC). Pacientes com DM têm DAC difusa acometendo maior número de vasos, e seus desfechos após procedimentos de revascularização são piores do que os não diabéticos (NDM).

OBJETIVOS: Identificar a prevalência de DM nos pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea (ICP), caracterizando-os quanto ao seu tratamento antidiabético e controle glicêmico. **METODOLOGIA:** Estudo transversal. Foram avaliados prospectivamente 458 pacientes que realizaram ICP no período de janeiro a novembro de 2007 no serviço de hemodinâmica de um hospital universitário, os quais foram classificados em NDM e DM de acordo com glicemia capilar avaliada em jejum. Foram considerados DM aqueles com história prévia de DM ou uso de drogas anti-diabéticas ou glicemia ≥ 125 mg/dl. Para a obtenção destas informações, fizemos uso de um formulário construído para tal, no qual conforme as informações iam sendo geradas, alimentavam um banco de dados computadorizado.

RESULTADOS: Os pacientes tinham $62,9 \pm 10,8$ anos, 312(68,1%) eram homens e 137(29,9%) tinham DM. A idade média dos pacientes com DM era maior do que a dos NDM ($62,1 \pm 11,1$ vs $64,2 \pm 10,1$). Dentre os pacientes com DM, 66,4% eram homens, enquanto que este percentual era 71,2% entre os NDM. Dentre os pacientes com DM, 34,1% apresentavam bom controle glicêmico (glicemia até 110 mg/dl), 43,9% controle glicêmico razoável (111 a 160mg/dl) e 22% mau controle glicêmico (>160 mg/dl). Em relação ao tratamento utilizado 37,1% dos diabéticos não fazem nenhum tipo de tratamento farmacológico, 44% fazem uso de antiglicemiante oral 12,3% utilizam somente insulina e 6,6% associaram insulina ao antiglicemiante oral.

CONCLUSÕES: A prevalência de DM em pacientes submetidos a ICP em nossa instituição foi semelhante à observada em outros estudos, demonstrando o quanto a DM é um fator fundamental não só para o surgimento, mas também para o percurso e desfecho da DAC, o que demonstra a importância da orientação e cuidado com os pacientes portadores desta doença, submetidos à intervenção percutânea.

PREVENÇÃO E MONITORIZAÇÃO DE VASOESPASMO EM PACIENTE COM HEMORRAGIA SUBARACNÓIDEA

Fabiana Zerbieri Martins¹
Gabriela Leite Kochenborger²
Tatiane Gomes de Araújo³
Clarissa Kümme Duarte⁴
Sofia Louise Santin Barilli⁵

¹Enfermeira Residente da UTI Central do Hospital Cristo Redentor/RIS-GHC.. Email:fabzm@yahoo.com.br.Tel:51-92625659.

²Enfermeira Residente da UTI Central do Hospital Cristo Redentor/RIS-GHC.

³Fisioterapeuta Residente da UTI Central e UI do Hospital Cristo Redentor/RIS-GHC.

⁴Enfermeira Residente da RIS-GHC.

⁵Enfermeira Residente da RIS-GHC.

A Hemorragia Subaracnóide é um sangramento abaixo da camada aracnóide da superfície cerebral e dentro das cisternas adjacentes. É um evento clínico geralmente catastrófico que se caracteriza por ruptura e sangramento de um aneurisma cerebral, de início abrupto, freqüentemente sem nenhum aviso prévio, cuja mortalidade em geral é de 25%. Este estudo objetivou identificar as principais ações da equipe multiprofissional na assistência ao paciente vítima de hemorragia subaracnóide sendo realizado a partir de uma revisão bibliográfica. A ruptura do aneurisma cerebral associa-se a inúmeras complicações que necessitam de acompanhamento terapêutico específicos para prevenir agravos como novos sangramentos, aumento da pressão intracraniana, hidrocefalia, vasoespasmos e outras seqüelas clínicas. Quando o aneurisma é identificado antes da ruptura, o tratamento pode ser curativo, impedindo os agravos. No pós-operatório de clampeamento de aneurisma cerebral podem ocorrer muitas complicações, como o vasoespasmos. Esta complicação costuma ocorrer em cerca de 30 a 50 % dos pacientes no período pré-operatório e 65% no pós-operatório. Geralmente acontece entre 3 a 12 dias após a HSA, principalmente entre o 4º e o 8º dia. Ocorre devido à diminuição do fluxo sanguíneo e da oxigenação cerebral promovendo o acúmulo de secreções metabólicas. O tratamento inclui: promoção da hipervolemia para aumentar a pressão capilar; medidas de hemodiluição para diminuir a viscosidade sanguínea; aumento do fluxo sanguíneo e da oxigenação cerebral; promoção da hipertensão. A monitorização do vasoespasmos é feita pelo Doppler Intracraniano, método capaz de detectar o vasoespasmos antes dos sinais clínicos de isquemia e/ou aparecimento de imagem tomográfica, monitorização contínua da pressão intracraniana e do fluxo sanguíneo cerebral. Portanto, um atendimento preventivo e efetivo, assim como, atender as necessidades biopsicossociais dos pacientes no planejamento da assistência são estratégias que auxiliam na efetividade do tratamento.

RELATO DE CASO: PACIENTE ONCOLÓGICA FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS (FPT) INTERNADA EM NÚCLEO DE CUIDADOS PALIATIVOS

Maria Henriqueta Kruse¹
Francine Melo da Costa²
Natália Peixoto dos Santos³
Cristiane Kolbe⁴
Rita de Cássia Henz⁵

¹Professora associada da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Educação. Chefe do Serviço de Enfermagem Médico-Cirúrgica do HCPA.

²Acadêmica de enfermagem da UFRGS, bolsista BIC/Voluntária. Membro do Núcleo de Estudos em Educação, Saúde, Família e Comunidade (NEESFAC).

³Acadêmica de enfermagem da UFRGS, bolsista SESP. Endereço de e-mail: natipeixotoss@hotmail.com Telefone: 5198752635

⁴Acadêmica de enfermagem da UFRGS, bolsista do Serviço de Enfermagem Médica do HCPA.

⁵Acadêmica de enfermagem da UFRGS.

Apresentaremos o estudo de caso da paciente ISP que acompanhamos durante o estágio da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, do 5º semestre, da Escola de Enfermagem da UFRGS. Paciente feminina, 53 anos, branca, procedente de Porto Alegre. A família procurou o HCPA, pois a paciente apresentava falta de ar e edema de extremidades. Seu diagnóstico médico é Esclerose Múltipla (doença desmielinizante progressiva imunomediada do SNC que resulta em comprometimento da transmissão do impulso nervoso) e Adenocarcinoma sem sítio primário (neoplasia maligna que se origina em células epiteliais do tecido glandular. Paciente foi incluída no Programa de Cuidados Paliativos do HCPA sendo internada no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) já que se enquadrava nos requisitos do protocolo para admissão nessa unidade: Paciente oncológica adulta, com acompanhamento familiar permanente e fora de possibilidades terapêuticas, pois há impossibilidade de realizar quimioterapia devido à co-morbidade (esclerose múltipla). Foram identificados os seguintes sinais e sintomas na anamnese e exame físico: afásica, disfagia, espástica, sudorética, constipação, lesão ulcerada na mama esquerda, úlcera de pressão (UP) sacra grau II, UP trocantérica em membro inferior esquerdo em processo de cicatrização e edema de extremidades. Baseando-se nesses dados foram definidos os seguintes diagnósticos de enfermagem: Comunicação Prejudicada, Déficit no auto-cuidado, Integridade Tissular Prejudicada. As principais intervenções de enfermagem para esta paciente foram: alternar decúbitos, proteger as proeminências ósseas; realizar banho de leito; manter períneo limpo e seco; realizar higiene oral; manter a simplicidade da comunicação utilizando informações visuais, auditivas e cinestésicas; certificar que o paciente/família compreendem as orientações; A paciente teve melhora significativa das UP e na espasticidade dos MsIs e diminuição de edema de extremidades. Durante a internação a cuidadora da paciente foi orientada sobre os cuidados necessários após a alta hospitalar.

Descritores: Cuidados Paliativos; Esclerose Múltipla, Cuidados Básicos de Enfermagem

RELATO DE CASO: UMA ALTERNATIVA PARA IDENTIFICAÇÃO DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

Maria Conceição da Costa Proença¹
Célia Mariana Barbosa de Souza¹
Débora Hexsel Gonçalves²
Adriana Tessari¹
Alessandra Rosa Vicari¹
Cinthia Dalasta Caetano Fujji¹
Karen Patrícia Macedo Fengler¹

¹ *Enfermeira Especialista em Nefrologia - Unidade de Hemodiálise HCPA*

² *Acad. Enfermagem 8º semestre – UFRGS*

Contato: mproenca@hcpa.ufrgs.br / 99711462

A doença renal crônica é multicausal, progressiva e com elevada morbidade e letalidade, controlável, porém incurável. Todavia, pode ser tratável de várias maneiras, como: tratamento conservador, diálise e transplante renal, que é o tratamento mais efetivo. A sistematização da assistência de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre segue o referencial das Necessidades Humanas Básicas e consiste nas etapas: coleta de dados (anamnese e exame físico), diagnóstico de enfermagem, prescrição e evolução de enfermagem. Diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico das respostas do indivíduo aos processos vitais ou aos problemas de saúde atuais ou potenciais, que fornece a base para a seleção das intervenções de enfermagem. O presente relato de caso busca relatar as etapas da sistematização da assistência de enfermagem com ênfase nos diagnósticos de enfermagem obtidos nas fases pré e pós-operatória da cirurgia de transplante renal. Trata-se de um relato de caso sobre um paciente com doença renal crônica submetido a transplante renal com doador vivo. Os dados foram coletados a partir da anamnese, exame físico, evolução de enfermagem, exames laboratoriais. Foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem, segundo a metodologia da NANDA: Risco para Controle Ineficaz do Regime Terapêutico, Risco para Infecção, Integridade Tissular Prejudicada, Volume de Líquidos Excessivo, Proteção Ineficaz e Dor Aguda; e cuidados de enfermagem. A elaboração deste estudo possibilitou-nos exercitar o pensamento crítico, analisar e discutir as impressões diagnósticas com a equipe de enfermeiras (os), aprofundando o conhecimento sobre a temática.

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES EM UNIDADE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Luciana Bjorklund de Lima¹
Tatiane Costa de Melo²
Deyse Borges³
Samara Greice Röpke Faria da Costa³

¹Enfermeira da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Licenciada em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. e-mail: lubjork@gmail.com. lblima@hcpa.ufrgs.br.

²Chefia de Enfermagem da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Gerenciamento de Serviços de Enfermagem pelo Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde (IAHCS).

³Acadêmicas de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

O avanço da tecnologia na área da saúde oportunizou o desenvolvimento de procedimentos clínico-cirúrgicos e diagnósticos de alta complexidade, colocando os pacientes sob uma nova necessidade de cuidados de enfermagem⁽¹⁾. A partir desta realidade desenvolveram-se estudos para avaliar as reais necessidades de cuidados de enfermagem dos pacientes através de sistemas de classificação de pacientes^(2, 3). Em busca destas informações, Perroca desenvolveu um sistema de classificação de pacientes baseado no grau de dependência dos cuidados em relação à equipe de enfermagem, classificando-os conforme a intensidade crescente da complexidade assistencial, apresentando evidências de confiabilidade e validade para a aplicação na prática gerencial do enfermeiro⁽⁴⁾. Em Unidade de Recuperação Pós-Anestésica (URPA) observa-se uma modificação no perfil do paciente bem como das necessidades de cuidados pós-operatórios, pois sabe-se pela experiência prática que muitos pacientes admitidos em URPA apresentam um elevado grau de disfunção de doenças que associado à complexidade anestésico-cirúrgica requerem uma alta demanda de cuidados de enfermagem. O enfermeiro muitas vezes necessita tomar decisões rápidas e ter habilidade técnica e científica para o manejo do paciente instável que emerge da anestesia, e em algumas situações o paciente evolui para um grau de instabilidade passando a necessitar de suporte ventilatório e hemodinâmico com o uso de ventilação mecânica e administração de drogas vasoativas. Tais condições tornam o paciente totalmente vulnerável e dependente da equipe de enfermagem, exigindo controles e cuidados intensivos. Além das atividades relacionadas ao cuidado direto dos pacientes, tarefas adicionais requerem tempo expressivo do enfermeiro, destacando-se a necessidade de oferecer suporte emocional aos familiares e ao próprio paciente, tarefas administrativas e gerenciais, dentre elas o planejamento da assistência e a coordenação dos cuidados, atividades privativas do enfermeiro que não podem ser delegadas a outro profissional. O objetivo deste trabalho foi aplicar um sistema de classificação de pacientes em uma URPA de um hospital universitário da cidade de Porto Alegre para conhecer as reais necessidades de cuidados dos pacientes em período pós-operatório imediato. Foi um estudo de coorte contemporâneo realizado na URPA através da coleta de dados dos registros de enfermagem gerados do pós-operatório imediato, totalizando uma amostra de 408 registros.

O sistema de classificação de pacientes utilizado foi o proposto por Perroca⁽⁴⁾. Além da aplicação do Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca também foram coletados dados referentes à idade, sexo, data e horário de admissão e alta da unidade, procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA), caracterização da Classificação ASA, tempo de permanência e prescrição de pernoite. Os aspectos éticos foram avaliados e aprovados pelo comitê de ética em pesquisa da instituição onde o estudo foi realizado. Os resultados encontrados apontam que os pacientes estão classificados em cuidados mínimos 1% (05), cuidados intermediários 54% (220), cuidados semi-intensivos 42% (171) e cuidados intensivos 3% (12). Quanto a Classificação ASA encontramos pacientes com classificações ASA I 17% (70), ASA II 57% (232), ASA III 24% (98) e ASA IV 2% (08), sendo que não houve pacientes com classificação ASA V e VI. Encontram-se pacientes com tempo de permanência em recuperação pós-anestésica até 4 horas 32% (131), até 8 horas 42% (171), até 12 horas 6% (24) e mais que 12 horas 20% (82). Com relação ao sexo, 54% (220) da amostra são do sexo masculino e 46% (188) do sexo feminino. Quanto ao destino, 2% (08) dos pacientes foram encaminhados ao Centro de Terapia Intensiva (CTI), 80% (326) para as unidades de internação e 18% (74) para o domicílio. Ao realizar apenas a análise dos pacientes que permaneceram mais que 12 horas em recuperação pós-anestésica (20%, 82 pacientes) encontramos dados que sugerem uma maior necessidade de cuidados de enfermagem, sendo estes pacientes classificados em cuidados intermediários 19% (15), cuidados semi-intensivos 72% (60) e cuidados intensivos 9% (07). Não houve pacientes com a classificação de cuidados mínimos. Para a Classificação ASA encontramos pacientes classificados como ASA I 10% (08), ASA II 35% (29), ASA III 52% (43) e ASA IV 3% (02), sendo que não houve pacientes com classificação ASA V E VI. Destes pacientes com tempo de permanência maior que 12 horas, 14% (12) permaneceram até 18 horas, 23% (19) até 20 horas, 37% (30) até 24 horas e 26% (21) mais que 24 horas. Encontrou-se um percentual de 57% (47) do sexo masculino e 43% (35) do sexo feminino. Quanto ao destino destes pacientes, 10% (08) foram encaminhados a CTI e 90% (74) foram encaminhados para as unidades de internação. Os dados referem que um número significativo de pacientes são classificados como ASA II e ASA III (57% - 232 pacientes e 24% - 98 pacientes, respectivamente), inferindo que estes pacientes possuem de moderado a alto risco anestésico com relação ao estado físico, subsidiando o planejamento dos cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato. Quanto às reais necessidades de cuidados de enfermagem observa-se uma classificação predominante entre cuidados semi-intensivos e intensivos, o que demanda da equipe de enfermagem uma maior carga de trabalho e capacitação para o atendimento de alta complexidade. Ao analisar separadamente os dados referentes aos pacientes com tempo de permanência maior que 12 horas encontramos dados que refletem a complexidade assistencial, classificados em cuidados semi-intensivos (72%, 60 pacientes) como uma maior Classificação ASA (ASA III, 52%, 43 pacientes) e maior necessidade de tempo de permanência (63%, 51 pacientes entre 24 horas ou mais). Estes dados podem ser relacionados quanto à indicação de permanência em unidade de recuperação pós-anestésica devido à necessidade de cuidados que não são comportados para as unidades de internação, porém não indicativos de cuidados intensivos em centro de terapia intensiva. Esta análise reflete a necessidade da existência de unidades de cuidados semi-intensivos e uma maior disponibilidade de leitos

em CTI. A unidade de recuperação pós-anestésica perde suas características passando a ser uma alternativa para o tratamento intensivo de curto prazo para pacientes em estado crítico, e conseqüentemente aumentando a carga de trabalho de enfermagem devido à necessidade de cuidados especializados⁽⁵⁻⁷⁾. Deste modo, é de grande relevância que os enfermeiros tenham este conhecimento, tendo a habilidade para planejar e dimensionar os cuidados, pessoal de enfermagem e recursos materiais. Também é importante ressaltar a necessidade de qualificação da equipe através das necessidades evidenciadas no cuidado de enfermagem ao paciente, buscando desenvolver uma assistência de enfermagem pós-operatória segura, autônoma e pró-ativa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Bello CN. Recuperação pós-anestésica – escalas de avaliação, princípios gerais. Centro de estudos de Anestesiologia e Reanimação 2000; Ano IV Jan-Mar.
2. Tranquilli AM, Padilha KG. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em unidades de terapia intensiva. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2007; 41(1):141-6.
3. Fugulin FMT, Gaidzinski RR, Kurcgant P. Sistema de classificação de pacientes: identificação do perfil assistencial dos pacientes das unidades de internação do HU-USP. Rev Lat Am Enf, 2005; 13(1):72-8.
4. Perroca MG. Sistema de Classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 1996.
5. Lindsay M. Is the postanesthesia care unit becoming an intensive care unit? J Perianesth Nurs 1999; 14(2):73-7.
6. Alkobi M, Markovits R, Rozenberg B et al. The postanesthesia care unit as a temporary admission location due to intensive care and ward overflow. Br J Anaesth 2002; 88(4):577-9.
7. Saastamoinen P, Marleena P, Niskanen MM. Use of Postanesthesia Care Unit for purposes other than postanesthesia observation. J Perianesth Nurs 2007; 22(2):102-7.

VISITA PRÉ-OPERATÓRIA: UM INSTRUMENTO PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM¹

Fabiana Zerbieri Martins²
Charline Szareski³

¹ Revisão bibliográfica.

² Enfermeira. Residente em Terapia Intensiva do Grupo Hospitalar Conceição-RIS/GHC, Porto Alegre-RS. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde - GEPES/UFSM. Email:fabzm@yahoo.com.br.Tel:51-92625659.

³Enfermeira, Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem.

INTRODUÇÃO: Ao prestar cuidados a pacientes cirúrgicos, os enfermeiros encontram-se, constantemente, diante de problemas peculiares a cada paciente. Este processo se desenvolve em diferentes cenários como a unidade de internação cirúrgica, o centro cirúrgico e a sala de recuperação anestésica, onde o cuidado perpassa desde a admissão do paciente estendendo-se até sua alta hospitalar. Para que possa ocorrer uma assistência integral e individualizada ao paciente cirúrgico, é imprescindível a elaboração e execução de um plano de cuidados que contemple as necessidades biopsicossociais do paciente. Desse modo, a visita pré-operatória constitui-se em um recurso essencial ao enfermeiro, pois possibilita a avaliação adequada do paciente e contribui para a diminuição da ansiedade presente no período que antecede a cirurgia. O procedimento cirúrgico é compreendido de três fases, a pré-operatória, a transoperatória e a pós-operatória. A primeira fase tem início quando o paciente recebe a indicação da cirurgia até o momento de sua entrada no centro cirúrgico. Esse período costuma ser caracterizado por um momento difícil para o paciente que se encontra hospitalizado, rodeado de pessoas estranhas, submetendo-se a procedimentos invasivos e tendo que se defrontar com o desconhecido, o que pode influenciar direta ou indiretamente nos seus hábitos de vida do dia-a-dia. Desse modo, acredita-se que durante o período pré-operatório, o enfermeiro deve atuar no intuito de proporcionar ao paciente o melhor estado de enfrentamento possível para a vivência da cirurgia, atentando-se na identificação de sinais de preocupação e ansiedade, procurando formas para minimizá-los. (Santos, Piccoli, Carvalho, 2007). Para atender às necessidades do paciente cirúrgico é imprescindível observar a maneira como ele é recebido, assistido, acolhido e como se estabelece a relação com a equipe de enfermagem, pois são fatores que influenciam significativamente no desenvolvimento do procedimento anestésico-cirúrgico e na sua recuperação (Chistóforo, Zagonel e Carvalho, 2006). A visita pré-operatória de enfermagem torna-se um procedimento indispensável, visto que possibilita ao profissional enfermeiro a identificação, resolução e encaminhamento dos problemas enfrentados pelo paciente, além de outras vantagens, como o vínculo que se estabelece com este.

OBJETIVO: Trata-se de um estudo descritivo de natureza bibliográfica, cujo objetivo foi realizar uma reflexão crítica sobre a execução da visita pré-operatória pelos enfermeiros de centro cirúrgico e de unidade de internação cirúrgica.

METODOLOGIA: Para isso foram selecionados artigos em periódicos de enfermagem disponíveis em meio impresso e online na internet relacionados à temática.

RESULTADOS: A realização da visita pré-operatória, tanto pelo enfermeiro do centro cirúrgico, quanto pelo enfermeiro da unidade de internação, é fundamental para o preparo do paciente e contribui para torná-lo menos temeroso devido a redução de dúvidas que a visita busca proporcionar. Santos e Caberlon (1981), conceituam a visita pré-operatória como um procedimento técnico-científico planejado pelo enfermeiro, com a finalidade de prestar um cuidado de enfermagem adequado ao paciente que se submeterá ao procedimento anestésico-cirúrgico hospitalar ou ambulatorial. Os autores ainda destacam as finalidades da visita pré-operatória, que seriam: propiciar uma assistência individualizada ao paciente; fornecer elementos para a elaboração de um plano assistencial; minimizar o nível de ansiedade do paciente e colaborar na recuperação da saúde, prestando informações referentes aos cuidados no período pós-operatório. A visita de enfermagem pré-operatória representa um importante instrumento para a humanização da assistência de enfermagem perioperatória, na qual o enfermeiro atua de maneira expressiva, a fim de proporcionar ao paciente cirúrgico apoio emocional, atenção e orientações neste momento em que experimentará os mais diversos sentimentos. A assistência de enfermagem ao paciente no período perioperatório é relativa ao desenvolvimento de ações de enfermagem planejadas e implementadas desde a recepção do paciente na unidade de internação cirúrgica até sua alta hospitalar. Para proporcionar uma assistência integral e individualizada ao paciente cirúrgico durante o período perioperatório, a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória (SAEP) se faz presente, a qual possibilita a identificação de diagnósticos e a realização de um plano de cuidados que visam promover, manter e recuperar a saúde do paciente e de sua família (Grittem, Méier, Gaievicz, 2006). Para que a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória possa ser realizada, ela deve ser precedida da visita pré-operatória, em que o enfermeiro coleta dados por meio da visita ao paciente, consulta no prontuário e também pela busca de informações com outros profissionais da equipe de saúde, ou seja, realiza a avaliação pré-operatória, identificando os problemas ou diagnósticos de enfermagem e elabora um plano de cuidados específico à aquele paciente (Piccoli e Galvão, 2005). No entanto, apesar da importância da realização da visita pré-operatória e do cuidado diferencial que o paciente cirúrgico recebe, muitas enfermeiras que atuam em centro cirúrgico ou unidade de internação apresentam resistência para sua efetivação, como alguns estudos têm demonstrado. As principais dificuldades mencionadas por enfermeiros que atuam em centro cirúrgico e/ou unidade de internação cirúrgica, para a efetivação da visita pré-operatória, de acordo com estudos, são: funções administrativa e assistencial concomitantes, falta de tempo, escassez de recursos humanos, ausência de uma ficha modelo para a visita, excesso de rotinas nas unidades, falta de planejamento, falta de um protocolo na instituição para realização da visita, rotina de serviço que impede a saída da unidade, mapa cirúrgico não confiável, falta de prioridade à visita e a escassez de conhecimento teórico-prático do profissional enfermeiro, Castellanos e Bianchi (1984); Silva (1987); Araújo e Noronha (1998); Grittem, Méier, Gaievicz, (2006).

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES: Esta situação reflete a desvalorização pelos enfermeiros de atividades intelectuais e científicas, visto que a visita pré-operatória é considerada uma atividade exclusiva do enfermeiro, que deve ser considerada prioritária para que o profissional possa conhecer melhor o paciente. Desta forma, consideramos que a visita pré-operatória de enfermagem é um procedimento ou instrumento de

que o enfermeiro do centro cirúrgico e/ou unidade de internação dispõem para coletar dados acerca do paciente que irá se submeter à cirurgia. Por intermédio destes dados, detecta problemas ou alterações relacionadas aos aspectos bio-psico-sócio-espirituais do paciente e planeja os cuidados de enfermagem a serem prestada no período.

Palavras-chave: Visita pré-operatória; Enfermagem perioperatória; Cuidados pré-operatórios.

REFERÊNCIAS:

- ARAÚJO IEM, NORONHA R. Comunicação em enfermagem: visita pré-operatória. Acta Paul Enf. 1998, 11(8): 35-46.
- CASTELLANOS BEP, BIANCHI ERF. Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação de enfermagem. Rev Paul Enf. São Paulo, 1984, 4(1): 10-4.
- CHISTÓFORO BEB, ZAGONEL IPS, CARVALHO DS. Relacionamento enfermeiro-paciente no pré-operatório: uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. Cogitare Enferm 2006, 11(1): 55-60.
- GRITTEM L, MÉIER MJ, GAIEVICZ AP. Visita pré-operatória de enfermagem: percepções dos enfermeiros de um hospital de ensino. Cogitare Enferm 2006, 11(3): 245-51.
- PICCOLI M, GALVÃO CM. Visita pré-operatória de enfermagem: proposta metodológica fundamentada no modelo conceitual de Levine. Rev Eletrônica Enf. 2005, 7(3): 366-72.
- SANTOS RR, PICCOLI M, CARVALHO ARS. Diagnósticos de enfermagem emocionais identificados na visita pré-operatória em pacientes de cirurgia oncológica. Cogitare Enferm 2007, 12(1): 52-61.
- SANTOS E, CABERLON IC. Visita pré e pós-operatória aos pacientes. Enfoque. São Paulo, 1981, 9(6): 41-5.
- SILVA A. A visita pré-operatória de enfermagem pela enfermeira do centro cirúrgico. Rev Esc Enf USP. São Paulo, 1987, 21(2): 145-60.

AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM SOBRE TÉCNICA INALATÓRIA

Paola Panazzolo Maciel¹, Maria Angélica Pires Ferreira², Leila Beltrami Moreira³,
Sérgio Saldanha Menna Barreto⁴, Simone Dalla Pozza Mahmud⁵,
Mayde Seadi Torriane⁶, Jacqueline kohut Martinbianco⁷,
Luciana Dos Santos⁸ Paulo Correa da Silva Neto⁹,
Bianca Michel Splinder⁹, Carolina Baltazar Day¹,
Raquel Guerra da Silva¹⁰, Fernanda Scapin¹⁰

**Trabalho realizado pela Comissão de Medicamentos junto com o Serviço de Farmácia do HCPA.*

¹ Acadêmica de Enfermagem – UFRGS

² Médica contratada da Comissão de Medicamentos - HCPA

³ Professora FAMED/ UFRGS- coordenadora da Comissão de Medicamentos

⁴ Professor FAMED/UFRGS – Chefe do Serviço de Pneumologia)

⁵ Farmacêutica – Chefe do Serviço de Farmácia; membro da COMEDI -HCPA

⁶ Farmacêutica – Chefe da Farmácia de Dispensação - HCPA

⁷ Farmacêutica da Unidade Assistência Farmacêutica - HCPA

⁸ Farmacêutica do Centro de Informações sobre Medicamentos - UNAF/ HCPA

⁹ Acadêmico de Farmácia – UFRGS

¹⁰ Acadêmico de Medicina FAMED- UFRGS

E-mail para contato: paolinham@gmail.com

INTRODUÇÃO: Asma e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica são um grave problema de saúde pública no Brasil. O controle dos sintomas e a prevenção de exacerbações baseiam-se no uso de broncodilatadores e corticoesteróides inalatórios, administrados por diferentes dispositivos: nebulímetros (ou Sprays), inaladores de pó seco e nebulizadores. Estes métodos são igualmente eficazes, entretanto, os sprays são mais custo-efetivos, contanto que a técnica de inalação utilizada esteja correta. A utilização de forma incorreta destes dispositivos é freqüente na instituição, conforme recente estudo conduzido pela COMEDI e Serviço de Farmácia, no qual foi mostrado que os itens avaliados estavam incorretos na maioria das vezes.

OBJETIVO: Avaliar o conhecimento sobre a técnica inalatória entre profissionais da Enfermagem do HCPA.

MÉTODO: Foi realizado um estudo transversal, no qual foi aplicado aos funcionários da enfermagem questionário padronizado, de caráter anônimo, com questões referentes à formação profissional, acadêmica, à atuação no HCPA, à freqüência de administração de medicamentos inalatórios, conhecimentos e dúvidas sobre a terapêutica inalatória. As questões, em sua maioria, eram objetivas e as referentes ao conhecimento da técnica de uso de diferentes dispositivos inalatórios foram respondidas de acordo com uma escala de zero a cinco, onde zero referia-se a desconhecimento e cinco referia-se a conhecimento. Foram avaliados funcionários das unidades clínicas adulto e pediátrico.

RESULTADOS: Foram avaliados 111 indivíduos, sendo que 55,8% eram auxiliares de enfermagem, 21,6% eram enfermeiros e 21,6% técnicos de enfermagem. Daqueles que trabalhavam em unidades pediátricas e clínicas que afirmaram terem administrado sprays são, respectivamente, 71,79% e 35,71%. Entre os que receberam orientação e treinamento da técnica inalatória (n=65) foram encontradas dúvidas em 24,62% dos

casos. Naqueles sem orientação (n=45) houve uma maior presença de dúvidas com relação ao uso, 73,33% (n=33).

CONCLUSÃO: Os profissionais de enfermagem têm conhecimento de que sua técnica sobre dispositivos inalatórios pode não estar adequada.

CARACTERIZAÇÃO DAS ÚLCERAS VENOSAS DOS PACIENTES ATENDIDOS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Raquel Yurika Tanaka¹
Rossana Bercini²
Heloisa Helena Karnas Hoefel³

¹Enfermeira, ex bolsista do Serviço de Enfermagem Saúde Pública do HCPA

²Enfermeira do Serviço de Enfermagem Saúde Pública do HCPA

³Professora da EEUFRGS, Assessora do Serviço de Enfermagem Saúde Pública do HCPA, doutoranda da EEUFRGS

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: As úlceras venosas de membros inferiores são lesões de curso crônico que configuram 70% do total de todas as úlceras de perna. Essas lesões dos membros inferiores representam o estágio mais grave da Insuficiência Venosa Crônica, podendo acometer indivíduos em idade produtiva.

OBJETIVOS: Caracterizar as úlceras venosas dos pacientes atendidos em consulta de enfermagem de um hospital escola. a) Avaliar a evolução das dimensões da ferida, conforme o tipo de cuidado; b) Identificar a proporção de recidivas; c) Identificar a eficácia dos tipos de cuidados.

METODOLOGIA: Estudo exploratório descritivo de indivíduos portadores de úlcera ativa de etiologia venosa com no mínimo um mês de acompanhamento na agenda da enfermagem de um hospital universitário, no período de março de 2006 a setembro de 2007. Foram registrados em formulários específicos as características da área da ferida, aparência do leito da lesão, tipo de bordos, de pele perilesional, e dimensões da lesão. O estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pela Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do Hospital de Clínicas de Porto Alegre registrado com o número 07-323.

RESULTADOS: foram incluídos 38 pacientes (52,6% homens) com 78 úlceras. A idade média foi de $58 \pm$ (DP 13) anos. A média de úlceras por paciente foi de $2 \pm$ (DP 1). A mediana dos dias de acompanhamento foi de 8 (3-14) meses. Das lesões estudadas, 42 fecharam ou cicatrizaram, sendo que dessas 12 (29%) sofreram recidiva durante o período de acompanhamento. A recorrência das úlceras ocorreu em 7 pessoas sendo que dessas, 5 eram homens e 2 eram mulheres. Em relação à localização, verificou-se o predomínio da lesão na face interna da perna com 21 (26%), seguido por 16 (20%) na face externa da perna e 13 (17%) no dorso do pé. Na região do maleolar, correspondente às regiões maleolares externa, interna e medial, foram 25 úlceras no total, correspondendo 33%. A média da dimensão das úlceras foi de 30 cm^2 e a mediana $7 \pm(1-27)$ sendo que as medidas variaram de 0.15 cm^2 até 392 cm^2 . A média de redução das úlceras, independente do tamanho, nas 4 semanas de tratamento, foi de 49,44%. As úlceras de tamanho P tiveram um percentual de redução média de 68%, as de tamanho M tiveram 32% e as G tiveram 27%. As G, demoram significativamente mais a responder ao tratamento (Qui $2=1,3$; gl= 2, $p=0,0005$). Em relação aos tipos de cuidado, através da aplicação do teste qui-quadrado, constatou-se que a diferença foi estatisticamente significativa entre a melhora com a bota de Unna em relação aos outros tratamentos (Qui $6,79$; $=1,3$; gl= 1;

p=0,009). Nas avaliações consideradas predominaram, em algum momento, no leito da ferida, o esfacelo em 48%, seguido por tecido de granulação 41%, tecido de epitelização 14%, tecido necrótico 6% e presença de crostas 2%. Considerando o bordo ou epitélio, constatou-se que 79% eram do tipo delimitado, 15% enrolado e 5% não delimitado. Foi possível verificar que em 47% das avaliações, a pele perilesional foi avaliada como eritematosa. Em 22% como íntegra, 16% como macerada, 13% como ressecada e 2% com presença de crostas. A presença de infecção ocorreu em 2 casos. Nos cuidados realizados, em relação ao tratamento tópico, foram utilizados vários produtos padronizados no HC como o creme de papaína 8 % e uréia 10%, o hidrogel, o óxido de zinco, os triglicérides de Cadeia Média (TCM), o creme lanette, o filme transparente, o hidrocolóide e a cobertura estéril não-aderente impregnada com petrolato. Os produtos utilizados que precisam de compra especial foram o alginato de cálcio e os Ácidos Graxos Essenciais (AGE) derivados do ácido linoléico. O creme de papaína 8% e uréia 10% foi o mais utilizado em 89 (31%) ocasiões, seguido pelo uso do hidrogel em 60 (21%) curativos. Em relação ao tratamento compressivo, a bota de Unna foi a mais utilizada em 144 (77%) ocasiões, seguida pela contenção elástica em 37 (22%) e 5 (3%) o sistema de multicamadas. A bota de Unna é manipulada no hospital com baixo custo. Ela não foi utilizada em 10 pacientes, pois eles eram alérgicos ao curativo e não toleraram o uso. Das 78 úlceras estudadas, 42 feridas fecharam ou cicatrizaram, pois se apresentavam recoberta por epitélio. Dessas 42, 12 (29%) sofreram recidiva durante o período de acompanhamento. A recorrência das úlceras ocorreu em 7 pessoas sendo que dessas, 5 eram homens e 2 eram mulheres. Em 5 sujeitos ocorreram duas recidivas numa mesma ferida. Apenas 2 desses pacientes faziam uso de contenção elástica (atadura ou meia elástica), enquanto 5 faziam uso da bota de Unna. Foi considerada como melhora, toda a ferida que tinha sua área total reduzida em relação ao período anterior avaliado.

CONCLUSÕES: A assistência de enfermagem na abordagem ao paciente portador de úlcera venosa na consulta de enfermagem tem se mostrado eficaz conforme os resultados obtidos na pesquisa. As úlceras P e M evoluíram mais rapidamente do que as G, que provavelmente devido ao seu tamanho, demoram mais a responder ao tratamento. O tratamento tópico mais utilizado foi o creme de papaína seguido pelo hidrogel. Já no tratamento compressivo a mais usada foi a bota de Unna, seguida pela a atadura e meia-elástica e pelo sistema de compressão multicamadas. Concluiu-se que quem faz uso da bota de Unna, possui um fator de proteção 50% em relação àqueles que não fizeram. Verificou-se que quem fez uso da bota de Unna, possui um fator de proteção 50% em relação àqueles que não fizeram.

RECOMENDAÇÕES: É importante que o indivíduo seja orientado quanto à doença para que ocorra a adesão ao tratamento proposto, pois mesmo após a cicatrização da ferida existem grandes riscos de ocorrer à reincidência na falta de cuidados do paciente. Sugere-se a ampliação do estudo, quando houver um número significativo de outros produtos para que se possa estabelecer uma comparação em relação à bota de unna no que diz respeito à efetividade. A UVC é considerada um problema para a saúde pública e verifica-se a necessidade de implementação de políticas de saúde pública visando à prevenção de doença de base que podem ocasionar a IVC. O tratamento de feridas é um processo dinâmico que exige do profissional: avaliações sistematizadas, orientações com relação à freqüência de trocas e a escolha adequada do curativo

conforme a fase do processo de cicatrização da lesão. Por essa razão, o tratamento deve ser realizado por profissionais capacitados e atualizados, que possuam habilidade e competências para prestar os cuidados e que tenham conhecimento a cerca da patologia, da cicatrização e dos fatores que interferem no processo.

Descritores: Ulcera venosa, Consulta de enfermagem, Cicatrização.

DIÁLISE PERITONEAL: ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA CAPACITAÇÃO DE PACIENTES E SEUS CUIDADORES

Maria Conceição da Costa Proença¹
Adriana Tessari¹
Débora Hexsel Gonçalves²
Alessandra Rosa Vicari¹
Célia Mariana Barbosa de Souza¹
Cinthia Dalasta Caetano Fujii¹
Karen Patrícia Macedo Fengler¹

¹ Enfermeira Especialista em Nefrologia - Unidade de Hemodiálise HCPA

² Acad. Enfermagem 8º semestre – UFRGS

Contato: mproenca@hcpa.ufrgs.br / 99711462

A diálise peritoneal é um dos tratamentos possíveis para a Insuficiência Renal Crônica, consistindo em um processo de filtração do sangue para retirada do excesso de água e substância não aproveitadas, aproveitando a membrana peritoneal. A diálise peritoneal requer o envolvimento do paciente e da família, com o intuito destes assumirem a terapia com segurança e qualidade. Para tanto é fundamental que estes indivíduos sejam capacitados para realização do tratamento em seus domicílios. Este trabalho visa descrever a experiência de enfermeiras de um hospital universitário de Porto Alegre na capacitação do paciente com Doença Renal Crônica Terminal (DRCT) e seu cuidador para a realização da diálise peritoneal em seu domicílio. Trata-se de um relato de experiência sobre os assuntos abordados na capacitação do paciente com DRCT que deseja realizar diálise peritoneal como Tratamento Renal Substitutivo. Para a capacitação do paciente que se submeterá ao tratamento de Diálise Peritoneal, é necessário inicialmente realizar a avaliação das condições e motivação do paciente para o tratamento. Os assuntos contemplados nesta capacitação são de ordem teórica e prática, definidos em um plano de treinamento individualizado. Este plano é adaptado ao ritmo de aprendizado de cada paciente. Descrição do plano teórico-prático: fisiopatologia renal e do peritônio; osmose e difusão; balanço hidroeletrólítico; acesso para diálise peritoneal; local e aspectos relacionados ao implante; cuidados com local de óstio; técnica e esquema de troca de bolsas; condições domiciliares e de higiene; técnica de lavagem de mãos; armazenamento dos materiais; complicações; aspectos nutricionais; administração de medicamentos e acompanhamento prático dos ensinamentos teóricos. A busca por estratégias educativas a fim de tornar compreensíveis os conhecimentos técnico-científicos durante o processo de aprendizagem das pessoas envolvidas é fundamental. Nesta etapa, os conhecimentos e particularidades de cada indivíduo, o apoio familiar e a motivação são elementos fundamentais que levarão ao sucesso desta terapia.

ESCALA DE ALDRETE-KROULIK: ÍNDICE DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA

Catiane Vidor Lemos¹
Fernanda Baldassari¹
Jenifer Nascimento da Silva¹
Juliana Roth¹
Rosana Zeferino¹
Solange Guimarães²

¹Acadêmicas do 5º semestre do curso de Enfermagem Universidade Luterana do Brasil/Canoas, RS – 2007/1

²Professora da graduação em Enfermagem Universidade Luterana do Brasil /Canoas, RS.

Contato Relator: jenny.ns86@gmail.com – (51) 8431 1809 e 3447 0745

O espaço designado à sala de recuperação anestésica, é relativamente novo, se comparado ao tempo de existência dos procedimentos cirúrgicos que ultrapassam mil anos, e da anestesia geral que está disponível há aproximadamente 160 anos. A fase de cuidados pós-operatórios começa tão logo o procedimento cirúrgico seja concluído e o paciente transferido para a sala de recuperação pós-anestésica (SRPA). Esse período é considerado crítico, pois os pacientes encontram-se muitas vezes inconscientes, entorpecidos e com diminuição dos reflexos protetores. O índice Aldrete-Kroulik pontua de zero a dois alguns parâmetros rotineiramente observados, e ao final de cada avaliação, é efetuada a soma desses escores. Um total de oito a dez pontos, geralmente, indicam condições de alta ao paciente da SRPA. Essa somatória é atingida pela maioria dos pacientes após 2h de permanência nesta sala. Assim, na escala original, são pontuadas a atividade muscular, respiração, circulação, consciência e coloração. Além dos itens avaliados na escala original, outros itens contribuem para uma avaliação mais detalhada, como saturação de oxigênio, frequência cardíaca, temperatura, dor, comportamento, presença de náuseas e vômitos, aspecto da incisão cirúrgica e presença de diurese. Por tanto, a utilização desse índice possibilita a tomada de decisão do enfermeiro na assistência ao paciente no pós-anestésico, promovendo a segurança e a manutenção da integridade física através dos padrões para a recuperação do procedimento cirúrgico-anestésico.

ESTUDO DE CASO: A HIPERTENSÃO COMO PRECURSORA DA INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA

Maria Luiza Machado Ludwig¹
Michele Santos Malta²
Fabiano Santos de Oliveira²

¹Mestre, professora da Escola de Enfermagem da UFRGS

²alunos da graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS

Michele Santos Malta (Fone: 32735622 ou 96788647. e-mail: mimalta_enf@yahoo.com.br)

INTRODUÇÃO: As Doenças Crônicas não-transmissíveis, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), foram responsáveis em 2001 por 325.769 internações hospitalares e 26.651 óbitos no Brasil. Muitas vezes estão relacionadas aos hábitos de vida da população. Dentre essas patologias está a hipertensão arterial que é a elevação da pressão arterial acima de 140/90 mmHg, e, segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2006), é fator de risco para muitas complicações, tal como a Insuficiência Renal Crônica. No Rio Grande do Sul, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), 35% da população acima de 40 anos é hipertensa. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser ocasionada por uma série de fatores associados, compreendendo a idade avançada, a obesidade, o sexo, a etnia, o sedentarismo entre outros. Segundo Guyton e Hall (1996), a pressão sanguínea elevada aumenta o volume de excreção urinária de sódio. Em longo prazo, a hipertensão pode exacerbar a lesão aos glomérulos e aos vasos sanguíneos dos rins. Além disso, pacientes negros e mulatos apresentam um risco maior de lesão renal devido à hipertensão (NOBLAT; LOPES, 2004). Além da hipertensão, outros fatores crônicos são de suma importância para o aparecimento de complicações no estado de saúde da população, dentre elas estão as Dislipidemias, que são a alteração nos níveis de lipídeos do sangue e a Obesidade, que é uma doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, decorrente de múltiplas causa, muitas vezes decorrentes do sedentarismo e dos maus hábitos alimentares. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), três em casa dez adultos não fazem exercícios físicos e quatro tem excesso de peso. O presente trabalho baseia-se em paciente com HAS que evoluiu para insuficiência Renal Crônica. Além deste fator preponderante, o mesmo apresenta dislipidemia e excesso de peso. Por conseguinte, é de suma importância que se identifiquem quais os sinais e sintomas que levaram o paciente a evoluir de pressão arterial elevada para Insuficiência Renal Crônica, além das causas da dislipidemia e obesidade no intuito de se traçar um plano de enfermagem preventivo e educacional. Também é importante, independente do diagnóstico de Insuficiência Renal Crônica, que o paciente minimize as complicações decorrentes da doença, já que Cotran, Kumar e Collins (2000), afirmam que a Insuficiência Renal Crônica é a principal causa de morte por doença renal.

OBJETIVO: Apresentar o caso de um paciente atendido no ambulatório de enfermagem clínica, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, demonstrando a importância da educação em saúde aos pacientes hipertensos, no intuito de evitar complicações, em especial a Insuficiência Renal Crônica.

METODOLOGIA: A coleta de dados, para o estudo de caso, foi por meio de consulta ao prontuário do paciente e nas consultas de enfermagem realizadas por ele, no período de julho de 1996 a março de 2007. Além disso, utilizou-se para análise, revisão bibliográfica da literatura de enfermagem e biomédica do período de 1994 a 2007.

RESULTADOS: O Ingresso do paciente ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre ocorreu para realização de um procedimento ortopédico. A partir de então ele passou a consultar com a enfermagem do trabalho e verificaram-se além dos problemas articulares, algumas doenças crônicas. As patologias apresentadas ao primeiro diagnóstico foram: HAS, Obesidade e Dislipidemia. Portanto, podemos inferir que este paciente precisava de um acompanhamento para restabelecimento de sua saúde. Então, através de exames bioquímicos, solicitados pela enfermagem clínica e pela Medicina Interna, ele passou a acompanhar as suas patologias. A evolução do paciente mostra que houve alguns fatores relevantes que influenciaram diretamente na sua saúde. Desde o princípio o paciente não conseguia aderir ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Em consequência da sua falta de adesão ao tratamento, em 2001 foi necessário incluir outros medicamentos para controle da HAS. Durante uso destes medicamentos, o paciente alterou por conta própria a dose diária, no entanto desta vez ele alterou o uso do diurético, utilizado para situações de hipertensão associada à insuficiência renal. Portanto, quando o paciente diminuiu a dose estava ocasionando complicações futuras. Além disso, a falta de adesão ao tratamento não-farmacológico, tais como manutenção do sedentarismo, ingestão excessiva de sal e açúcar contribuiram para manutenção da pressão arterial elevada e para a manutenção da obesidade. Observa-se na história do paciente alterações no perfil lipídico, com manutenção de níveis elevados de colesterol total e triglicérides, bem como HDL-colesterol com níveis abaixo do ideal. Desta forma, a partir dos sintomas apresentados pelo paciente iniciou-se a avaliação da função renal, a qual mostrou um aumento progressivo nos níveis de potássio sérico sendo um indicativo de insuficiência renal. Além deste, os níveis de creatinina ideais para homens é de 0,6 a 1,3mg/dl e os valores elevados é indicativa de perda da função renal, embora a avaliação da taxa de filtração gomerular através dos níveis de creatinina sejam mais fidedignos para estabelecimento de diagnóstico. Observa-se que o paciente sempre apresentou níveis elevados de creatinina e que em 2006 esses níveis estavam extremamente elevados chegando a 6,9mg/dl, bem como os de uréia que variaram de 97mg/dl a 145mg/dl, sendo um grande indicativo de insuficiência renal crônica. (SOARES et al, 2002).

CONCLUSÃO: A Insuficiência Renal Crônica, decorrente de HAS pode ser evitada através da identificação precoce dos sinais e sintomas, através dos exames laboratoriais, da anamnese e do conhecimento da patologia e suas complicações pelo profissional e paciente. Além do aspecto biomédico é importante ressaltar a educação em saúde para minimizar e evitar futuras complicações da doença. Ou até em situações nas quais não exista a patologia, evitá-la antes de seu aparecimento. Por conseguinte pode-se dar mais atenção aos métodos não farmacológicos de tratamento, que são importantes na recuperação da saúde física, mental e emocional. O enfermeiro por meio de sua formação, como cuidador, não só deve, mas também pode ser um dos principais responsáveis pela recuperação dos pacientes a ele destinados. Contudo é importante que haja uma equipe multiprofissional atuando nesta recuperação, já que o processo saúde-doença é formado

por uma rede de significados e que exige conhecimentos aquém dos estabelecidos nas academias. A união da prática profissional pode proporcionar um retorno mais efetivo aos pacientes. Agregam-se a essas idéias que a equipe trabalhe objetivando a recuperação do paciente e não com enfoque na doença. Vários fatores podem estar envolvidos na falta de adesão ao tratamento farmacológico, sendo muitas vezes relacionada ao desconhecimento sobre as complicações que as doenças podem causar e aos efeitos benéficos dos medicamentos, e também a fatores como custo do medicamento e fracionamento diário (CANDEIAS, 1997). Portanto, o caráter educacional, empático, holístico e humanizado deve estar presente durante toda a atuação do enfermeiro ao paciente crônico, porque através de um tratamento eficiente podem-se evitar o aumento da morbidade e mortalidade contribuindo assim para a longevidade com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL, Indicadores e dados básicos, Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2006/matriz.htm>. Acesso em: 23 maio 2007.
- CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro v.31, n.2, p. 209-213, abr 1997.
- COTRAN, R. S; KUMAR, V. S. **Patologia estrutural e funcional**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2000.
- GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996.
- NOBLAT, A. C. B.; LOPES. M. B.; LOPES. A.A. Raça e lesão de órgãos alvo da hipertensão arterial em pacientes atendidos em um ambulatório universitário de referência na Cidade de Salvador. **Arq. Bras. Cardiol**, São Paulo, v. 82, n 2, p. 111-115, 2004.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **V Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial**. São Paulo, 2006. Disponível em <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/>. Acesso em: 30 abr. 2007.
- SOARES, J.L.M. F, et al. **Métodos diagnósticos**. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **Insuficiência renal crônica**, São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.sbn.org.br>. Acesso em: 24 maio 2007.

ESTUDO DE CASO: CUIDADOS PALIATIVOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS SUPERIORES POR CÂNCER EPIDERMÓIDE DE ESÔFAGO

Aldo Beck Júnior¹
Samir Khal de Souza²
Denis Iaros Silva da Silva³

¹ Acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

² Acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

³ Acadêmico de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contato: denis.iaros@yahoo.com.br – (51) 9323 8436

Este estudo de caso enfoca os possíveis cuidados paliativos de enfermagem em paciente Fora de Possibilidades Terapêuticas (FPT) com dor crônica e obstrução de vias aéreas superiores causadas pelo crescimento tumoral, com diagnóstico médico de câncer epidermóide de esôfago, fazendo este a utilização de traqueostomia. O mesmo foi realizado baseado em experiência de estágio acadêmico efetuado no Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Segundo o Ministério da Saúde (2001), “Cuidados paliativos são cuidados totais prestados a pacientes e às suas famílias quando se estabelece que o doente já não se beneficiará de tratamento anti tumoral. Neste momento, o enfoque terapêutico é voltado para a qualidade de vida, o controle dos sintomas do doente e o alívio do sofrimento humano integrado pelo caráter trans, multi e interdisciplinar dos cuidados paliativos.”. O objetivo é mostrar a importância desta modalidade de cuidado que não visa acelerar a morte e nem prolongar a vida, mas sim procurar proporcionar um certo conforto, tanto para o doente quanto para sua família. Foi possível verificar a importância do cuidado paliativo e seus benefícios durante o acompanhamento do paciente estudado, o qual internara no hospital com anormalidades da respiração, com aumento de secreções pulmonares e episódios de febrícula e febre e passou a fazer tratamento para traqueobronquite no NCP. No decorrer do tratamento, verificou-se um aumento da qualidade de vida do paciente, sendo que, inclusive, o mesmo retornara para casa após a colocação de uma cânula especial de traqueostomia, mais alongada, que serviria, segundo a equipe médica, de barreira mecânica em relação ao câncer, para manter as vias aéreas superiores desobstruídas. Como metodologia usou-se como base o acompanhamento do paciente e de seus familiares, assim como a observação e coletas de informações, durante os momentos de estágio no NCP do HCPA, onde o doente encontrava-se internado. Quando tivemos o primeiro contato com o mesmo, este se encontrava em mal estado geral, desanimado, necessitando, inclusive, de tratamento de oxigenioterapia. No Histórico de Enfermagem realizado, usando-se um questionário direcionado fornecido pelo próprio hospital, foi identificado como D.A.S., 67 anos, nascido em 12/03/1941, masculino, casado, católico, procedente de Ibiraiaras (RS), proveniente da emergência. Sua História Atual tem como Diagnóstico Médico: Câncer epidermóide de esôfago. Motivo da Internação/Consulta, Conhecimento em relação à doença: Paciente com Câncer epidermóide de esôfago e lesão na hipofaringe, febre e secreção em vias aéreas superiores. Já na História Passada: Prostatectomia, úlcera gástrica + duodenal, traqueostomia, câncer epidermóide de esôfago e lesão na hipofaringe (fez quimioterapia e radioterapia sem realizar cirurgia). Medicamentos que faz uso:

Sem condições de informar. Regulação neurológica: Subjetivo: Nível de consciência: Nega alterações; Orientação: Nega alterações; Comportamento: Sem alterações. Objetivo: Nível de consciência: Sem alteração; Comportamento: Tranquilo; Comunicação: Inadequada (somente por gestos ou por escrita, por estar traqueostomizado). Percepção dos Órgãos dos Sentidos: Subjetivo: Visão: Alterada (uso de lentes corretoras); Audição: Sem alterações; Olfato: Sem alterações; Tato: Sem alterações; Dor: No local da traqueostomia. Objetivo: Olhos/ Pupilas: Fotorreagentes; Ouvidos: Sem alteração; Fácies: Atípica; Pescoço: Com alteração (traqueostomia). Em relação à Oxigenação, Subjetivo: Com alteração (secreção em vias aéreas superiores, purulenta e fétida). Objetivo: Expansão torácica: Simétrica; Condições respiratórias: Eupnéico (com uso de O₂ pela traqueostomia). Exame físico do tórax: Sem alterações anatômicas. Quanto à Regulação Térmica e Vascular, Subjetivo: Apirético; Objetivos: Pulsos: Cheios; Enchimento capilar: Rápido; Extremidades: Sem alteração; acianóticas. Na Alimentação: Subjetivo: Aceitação: Sem alteração (não apresenta náuseas nem vômitos). Objetivo: Alimentação: por sonda nasoesférica. Exame da arcada dentária: ausência de alguns dentes naturais. Uso de prótese dentária: não. Eliminações: Subjetivo: Urinária: Sem alterações; Intestinal: Com alterações (constipação). Frequência habitual: Às vezes fica até cinco dias sem evacuar. Objetivo: Exame físico do abdômen: Abdômen normotenso. Drenagens: não. Em relação à Integridade Cutâneo-Mucosa, Subjetivo: Pele: Sem alterações; Mucosas: Sem alterações; Cuidado corporal: Subjetivo: Hábitos de higiene: Diário. Objetivo: Locomoção: Deambula com auxílio; Mobilização: Sem déficit motor; Exame físico dos membros: Aquecidos. Já o Sono e Repouso: Subjetivo: Sem alteração. Quanto à Reprodução e Sexualidade, Subjetivo: Uso de preservativos: não; Exames preventivos: próstata. Nas Necessidades Psicossociais, Aceitação, Auto-estima, Imagem, Enfrentamento: Subjetivo: Alteração do estilo de vida e trabalho: aposentado; Com quem mora? Pessoa que o cuida?: Esposa e filhos. Objetivo: Estado emocional tranquilo. Em Educação para a saúde, Subjetivo: Etilismo e tabagismo (parou de beber e fumar há três anos, fumava de vinte a trinta cigarros por dia). Objetivo: Capacidade de apreensão das orientações: boa; Adesão das orientações: boa. Além do questionário de anamnese e exame físico, a partir do que foi visto, se fez diagnósticos de enfermagem: Comunicação Verbal Prejudicada relacionada a fatores mecânicos, Constipação relacionada a fatores farmacológicos; Déficit no auto cuidado: banho e/ou higiene relacionada à evolução da doença, Deglutição prejudicada relacionada a fatores mecânicos, Dor crônica relacionada a trauma tissular, Padrão Respiratório Ineficaz relacionado a processo infeccioso de Vias Aéreas, Risco Para Prejuízo Da Integridade da Pele relacionado a fatores mecânicos. Assim como suas respectivas prescrições de enfermagem: Cuidados: Auxiliar no banho de chuveiro – Conforme condições do paciente, 1x ao dia; Estimular o auto cuidado, tarde, noite, manhã; Implementar cuidados de Tricotomia Facial – Conforme rotina do paciente, quando necessário; Realizar higiene oral, tarde, noite, manhã; Auxiliar a ir ao banheiro - ou oferecer papagaio quando necessário; Aspirar secreções – traqueostomia – 6x ao dia e, quando necessário; Implementar cuidados com aspiração – traqueostomia – higiene em cânula interna, colocando em uma cuba com H₂O₂, lavando com soro fisiológico e recolocando-a após aspiração da cânula externa, 1x ao dia; Comunicar aspecto e quantidade da secreção brônquica tarde, noite,manhã; Registrar aspecto do escarro tarde, noite, manhã; Vigiar padrão respiratório tarde, noite, manhã; Implementar cuidados com sonda

nasoentérica, tarde, noite, manhã; Verificar sinais vitais – incluir saturação de oxigênio, 2x ao dia; Manter cabeceira elevada – sempre que for administrado dieta por SNE, manter; Avaliar a possibilidade de o paciente escrever o conteúdo a ser comunicado, quando necessário; Certificar que o paciente/família compreendeu as orientações, atenção; Demonstrar entendimento perante a situação vivida pelo paciente/família, contínuo; Explicar previamente os procedimentos, quando necessário. Entre outras medicações de sua prescrição médica, estavam presentes Cloridrato de Cefepima (infecção) e de Morfina Solução oral (dor crônica). Os resultados de sua internação no NCP foram surpreendentes. Com o controle da infecção, aos poucos o paciente pôde ir abandonando a oxigenioterapia, como preparação para sua alta, procedimento este que foi bem aceito pelo mesmo. Voltou a ter ânimo pela vida, a realizar atividades de lazer, as quais, segundo familiares, o mesmo não realizava há muitos meses em função da evolução da doença e do desânimo causado pela mesma. Tanto o paciente quanto seus familiares passaram a demonstrar mais alegria pelos sintomas da doença estarem sendo aliviados e eles poderem ter, apesar do prognóstico ser de FPT, uma notável melhora na qualidade de vida do doente. Deseja-se que este estudo de caso possa servir como estímulo para que as instituições e equipes de saúde, especialmente as equipes de enfermagem, invistam e se aperfeiçoem para a prestação desse serviço tão importante que é o de cuidados paliativos, pois assim como cada ser humano é digno de bem nascer, também deve poder ser digno de bem morrer, não acelerando sua morte ou prolongando seu sofrimento, mas sim com o conforto de ter vivido dignamente e com o máximo de qualidade de vida até o último instante. Também esperamos que nossa experiência sirva como exemplo para posteriores trabalhos, nossos e de outros, que poderão e deverão ser realizados a respeito desta relevante área de atuação da enfermagem.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Câncer de Esôfago; Traqueostomia

REFERÊNCIAS:

- Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008/North American Nursing Diagnosis Association; tradução Regina Machado Garcez – Porto Alegre: Artmed, 2008 396p.;20cm
- Smeltzer, Suzane C. Brunner & Suddarth, tratado de enfermagem médico-cirúrgica /Suzanne C. Smeltzer, Brenda G. Bare, e mais 50 colaboradores; [revisão técnica Isabel Cristina Fonseca da Cruz, Ivone Evangelista Cabral, Marcia Tereza Luz Lisboa; tradução José Eduardo Ferreira de Figueiredo]. 10ª ed., vol. 1 – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle de sintomas. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/manual-cuidados.pdf>>. Acesso em: 20 abril 2008.

PACIENTE TRANSPLANTADO RENAL HÁ 05 ANOS COM DIAGNÓSTICO RECENTE DE TUBERCULOSE ÓSSEA E COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS.

Caroline M. Pias¹
Gisele Pereira de Carvalho²
Laureci V. Comunello³

¹Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre da Universidade Luterana do Brasil ULBRA-GRAVATAÍ. Aristides Brito, nº 141 CEP; 95500000. caroline.pias@hotmail.com

² Gisele Pereira de Carvalho. Enfermeira, Mestre em Pediatria – Faculdade de Medicina da UFRGS e Professora Adjunta da Escola de Enfermagem ULBRA-Gravataí.

³Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre da Universidade Luterana do Brasil ULBRA-GRAVATAÍ. Amélia Teles, nº 367, ap 501, CEP: 90460070. laurecivaz@hotmail.com

Este estudo foi desenvolvido a partir da vivência em campo de estágio em Unidade do Programa de Saúde da Família, Gravataí-RS, onde desenvolvemos o processo de enfermagem, que segundo Horta (1979) compreende: histórico, diagnóstico de enfermagem, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico de enfermagem. Esta pesquisa é um estudo de caso, descritivo, desenvolvido no período de março a abril de 2008. Os dados foram coletados através da revisão de prontuário e baseado no relato do paciente. Objetivos: identificar os diagnósticos de enfermagem; aplicar o processo de enfermagem e aprofundar os conhecimentos teóricos da disciplina Saúde do Adulto e Idoso. Coleta dos dados: L.C.J. B, 39 anos, sexo masculino, 1º grau incompleto, desempregado. Em 1997 evidenciou-se Síndrome de Mallory Weiss e Insuficiência Renal Crônica idiopática e desde então realizou sessões semanais de hemodiálise durante 5 anos. Em 2002 recebeu rim de doador cadáver. Em 2008, recebeu diagnóstico de neoplasia epidermóide, Meningite por TB Óssea que originou um AVC culminando em complicações neurológicas como hemiparesia direita e hidrocefalia. Diagnóstico de Enfermagem segundo NANDA: Risco de aspiração relacionada a complicações neurológicas; Comunicação prejudicada relacionada à paresia direita; Déficit no auto-cuidado relacionado a prejuízo neuromuscular; Risco de sentimento de impotência relacionado a estilo de vida dependente; Risco de quedas relacionada à paresia direita e diminuição de forças em MsIs. Plano de Cuidados: Orientar família sobre alimentação mais líquida e pastosa; Estimular a fala; Recomendar acompanhante em tempo integral; Oportunizar apoio psicológico para diminuir o sentimento de impotência; Estimular deambulação com auxílio e Proporcionar atividades de lazer. Contudo, concluímos que a partir do entendimento do processo de enfermagem embasado na revisão da literatura é factível estabelecer um plano de cuidados e executá-los de modo que possamos traçar um paralelo entre a teoria e a prática de enfermagem objetivando satisfazer as necessidades do nosso cliente .

REFERÊNCIAS:

- HORTA, W. DA. Processo de enfermagem. São Paulo: EPU/EDUSP, 1979.
- NANDA, Diagnóstico de Enfermagem, Definições e Classificações, 2005-2006, ed. Artmed.
- www.inca.gov.br (Instituto Nacional de Câncer)

REFLEXÕES ACERCA DO CUIDADO AO PACIENTE COM DOR: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NESSE PROCESSO¹

Sabrina Guterres da Silva²
Lucilene Gama Paes³
Fernanda Carlise Mattioni³
Margrid Beuter⁴

¹Reflexão Teórico-filosófica.

²Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. E-mail: sabrinaguterres@yahoo.com.br

³Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

⁴Doutora em Enfermagem. Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

De acordo com a Associação Internacional para Estudo da Dor, dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual. Por ser subjetiva, não existe uma maneira precisa de mensurá-la. Deve-se efetuar a colheita da história da doença e do quadro algico. A atenção deve estar voltada para fatores psicológicos e sociais que podem confundir a queixa. Neste contexto percebemos a íntima ligação de dor no que diz respeito a questões orgânicas, assim como psicológicas, ou seja, a dor não é uma manifestação puramente fisiológica, ela se revela também nos episódios de tristeza e sofrimento. Essa íntima relação entre dor e sofrimento é uma das grandes dificuldades no tratamento de pacientes, pois tradicionalmente, os profissionais compreendem o processo de adoecer dentro do paradigma biomédico, no qual cada doença se caracteriza por uma lesão anatomoclínica que a especifica. Dor, no entanto, é um fenômeno que, embora remetido à lesão que o inicia, não é determinado diretamente por esta, mediado que é por inúmeros fatores psíquicos e culturais (FORTES 2006). Do ponto de vista conceitual, sofrimento e dor não se confundem, mas também não se distinguem com facilidade, da mesma forma que não se pode separar a frente e o verso de uma folha de papel. O que não nos autoriza afirmar a existência de uma relação de complementaridade entre eles (BRANT e GOMEZ, 2004). O processo de hospitalização por natureza costuma gerar dor e sofrimento. Isto porque, exige que o paciente se retire do seu ambiente familiar, e passe a vivenciar novas experiências e sensações, dentro de um espaço estabelecido por normas institucionais, que diferem da sua realidade cotidiana. Exige mudanças nos seus hábitos de vida, bem como o distanciamento de familiares, amigos e objetos pessoais.

Partindo deste pressuposto, o presente trabalho tem como objetivo refletir acerca da ação da Enfermagem diante do paciente com dor. A metodologia constitui-se de uma breve revisão de literatura.

Quando se trata de fatores sensoriais a dor depende da interação entre o sistema nervoso e ambiente. Dentre os mecanismos e estruturas nervosas envolvidos na transmissão das percepções da dor, para e a partir da área do cérebro que interpreta a dor, estão os nociceptores, ou receptores da dor e mediadores químicos (BRUNNER & SUDDARTH, 2005). Existem muitas maneiras de se classificar a dor. Considerando a duração da sua manifestação a Sociedade Brasileira para Estudo da Dor (SBED, 2006), afirma que ela pode ser de três tipos: dor aguda, dor crônica e dor decorrente. A dor aguda é aquela que se manifesta

transitoriamente durante um período relativamente curto, de minutos a algumas semanas, associada a lesões em tecidos ou órgãos, ocasionadas por inflamação, infecção, traumatismo ou outras causas. Normalmente desaparece quando a causa é corretamente diagnosticada e quando o tratamento recomendado é seguido corretamente pelo paciente. A dor constitui-se em importante sintoma que primariamente alerta o indivíduo para a necessidade de assistência. A dor crônica tem duração prolongada, que pode se estender de vários meses a vários anos e que está quase sempre associada a um processo de doença crônica. A dor crônica pode também ser consequência de uma lesão já previamente tratada. A dor recorrente apresenta períodos de curta duração que, no entanto, se repetem com frequência, podendo ocorrer durante toda a vida do indivíduo, mesmo sem estar associada a um processo específico. Um exemplo clássico deste tipo de dor é a enxaqueca. Uma série de fatores são extremamente relevantes no processo diagnóstico da dor, como aspectos físicos, sociais, psicológicos e espirituais. O conhecimento da situação psicossocial do paciente é fundamental para esclarecer os aspectos emocionais envolvidos no processo do adoecer. De acordo com Fortes (2006) a dor será compreendida de forma diferente por cada indivíduo, conforme sua idade e seu sexo, sua maturidade emocional, seu contexto cultural e suas experiências anteriores, incluindo as experiências de sua família e representações da sua cultura. Esse conjunto de fatores influencia diretamente na sensação dolorosa de cada indivíduo. Não há muitas pesquisas que abordem uma relação entre dor e idade, porém, para alguns pesquisadores o envelhecimento é um fator relevante. A avaliação da dor em adultos idosos pode ser difícil por causa das alterações fisiológicas, psicossociais e cognitivas que, com frequência acompanham o envelhecimento (BRUNNER & SUDDARTH, 2005). Essas alterações podem influenciar a maneira como o idoso enfrenta a dor. Sabemos que com o avançar da idade, o metabolismo torna-se mais lento, e há um aumento da proporção de tecido adiposo corporal e massa muscular, isso contribui para que menores doses de anestésicos sejam suficientes para o alívio da dor, o que não ocorre em pessoas com menos idade. Contudo, o julgamento a respeito da dor e adequação do tratamento devem ser fundamentados no relato de dor do paciente e de alívio da dor, e não na idade (BRUNNER & SUDDARTH, 2005). As crenças sobre dor e o modo de responder a ela diferem de uma cultura para outra. Segundo Brunner & Suddarth (2005), as pessoas oriundas de culturas diferentes que experimentaram a mesma intensidade de dor podem não relatá-la ou responder a ela da mesma maneira. Os controles culturais devem ser considerados para o controle efetivo da dor. A maneira como sentimos dor relaciona-se à forma como comunicamos sofrimento. Assim sendo, podemos considerar que o padrão de elaboração e comunicação do sofrimento é construído a partir de influências familiares, dentro de um sistema social e culturalmente determinado. Culturas que não apóiam manifestações psicológicas do sofrimento mental, por exemplo, reforçam a apresentação deste em forma de queixas somáticas, favorecendo as somatizações (FORTES 2006). Miaskowski apud Brunner & Suddarth (2005), coloca que a dor não-aliviada contribui para os problemas da depressão, distúrbios do sono, reabilitação tardia, desnutrição e disfunção cognitiva. Nesse sentido, destacamos a existência de uma inter-relação entre distúrbios emocionais e dor, ou seja, a dor pode gerar depressão e ansiedade, assim como, estas podem gerar dor. Sendo assim, é possível caracterizar a dor através de alguns fatores, como a avaliação da intensidade, etiologia, localização, qualidade e significados pessoais desta. A partir do momento em que a

dor é caracterizada, torna-se possível estabelecer intervenções e prestações de cuidado que possam minimizar a dor e conseqüentemente garantir o bem estar do paciente. A equipe de enfermagem desempenha um importante papel nas intervenções de alívio da dor, pois é ela que permanece mais tempo junto ao paciente tendo a oportunidade de contribuir muito para aumentar seu conforto e aliviar sua dor. Os enfermeiros são os profissionais que mais freqüentemente avaliam a dor, a resposta terapêutica e ocorrência de efeitos colaterais, colaboram na reorganização do esquema analgésico e propõem estratégias não farmacológicas (SGUASSABIA e KALINKE, 2005). Cabe a enfermagem adotar uma visão antropológica holística que valoriza as diversas dimensões do fenômeno dor e sofrimento, e através disso estabelecer um planejamento adequado e resolutivo. Conforme Silva & Zago apud Sguassabia & Kalinke (2005), para um adequado planejamento do tratamento e do cuidado da dor é necessário que o enfermeiro faça a avaliação da dor do paciente. Para que isso ocorra de maneira satisfatória, os profissionais precisam considerar fatores que interagem no processo, lembrando a importância de analisar e compreender a dor como decorrente desses fatores e não isoladamente. O sucesso no tratamento da dor requer uma avaliação cuidadosa de sua natureza, entendimento dos diferentes tipos e padrões de dor e conhecimento do melhor tratamento. Reconhecer os valores de sua própria cultura e aprender como esses valores diferem daqueles de outras culturas ajuda a evitar avaliar o comportamento do paciente com base em suas próprias expectativas e valores culturais. Uma enfermeira que reconhece as diferenças culturais terá maior compreensão da dor do paciente e será mais precisa na sua avaliação e nas respostas comportamentais, bem como, será mais efetiva no seu alívio (BRUNNER & SUDDARTH, 2005). As estratégias de controle da dor incluem condutas farmacológicas e não-farmacológicas. As condutas farmacológicas são realizadas em conjunto com o médico, de acordo com sua prescrição, sendo competência da enfermagem colaborar na avaliação da eficácia dessas. As condutas não-farmacológicas nos permitem maior autonomia, possibilitando diversas formas de intervenção, através de terapias alternativas no controle da dor. O enfermeiro deve desempenhar o papel de agente terapêutico, garantindo que medidas eficazes sejam elaboradas de acordo com realidade e necessidades do paciente.

Palavras-Chave: Cuidados de Enfermagem; Dor; Sofrimento.

REFERÊNCIAS:

- BRANT, L.C; GOMEZ, C.M. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(1):213-223, 2004.
- BRUNNER & SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. RJ: Guanabara Koogan, 2005.
- FORTES, S. O paciente com dor. In: **Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e emergência**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. cap 25, p. 405-416.
- SGUASSABIA, J.C.M; KALINKE, L.P. **Como o profissional de enfermagem entende a dor do seu paciente**. Trabalho apresentado sob a forma de comunicação oral na 17ª Jornada de Enfermagem Oncológica do Hospital do Câncer A.C.Camargo, São Paulo, 05 de novembro de 2005. Disponível em: < www.hcanc.org.br/outrasinfs/agendas/2005/dordoseupaciente.pdf> Acessado em: agosto 2006.
- SOCIEDADE BRASILEIRA PARA ESTUDO DA DOR (SBED). Disponível em : < <http://www.dor.org.br> > acessado em agosto 2006.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTÁGIO EM LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA

Graciele Fernanda da Costa Linch¹

Clarissa Garcia Rodrigue²

Claudiane Bottoli³

Laura de Azevedo Guido⁴

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da UFSM, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas “Stress, coping e burnout” da UFSM. Endereço: Silva Jardim, 1899, Apto 402. Santa Maria-RS, E-mail: gracielelinch@gmail.com.

²Enfermeira, residente do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia.

³Enfermeira; Especialista em Cardiologia; Enfermeira do Laboratório de Hemodinâmica do Hospital Universitário de Santa Maria.

⁴Enfermeira, Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM, pesquisadora, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, coordenadora da linha de pesquisa “Stress, coping e burnout”, coordenadora da disciplina “Adulto em situações críticas de vida”.

INTRODUÇÃO: O Laboratório de Hemodinâmica é um campo de estágio pouco explorado pela enfermagem, área na qual os acadêmicos não têm acesso durante a graduação, talvez por ter atividades específicas e de alta complexidade, e também por vezes desfrutar de uma área física pequena. O interesse pela cardiologia intervencionista aliado ao desenvolvimento do projeto de pesquisa: “Estressores identificados por pacientes submetidos à Revascularização do Miocárdio e Angioplastia Coronária Transluminal Percutânea” culminou na liberação para realização do Estágio Supervisionado II (ESII) no Laboratório de Hemodinâmica. O intuito do ESII é promover a formação acadêmica do aluno, por meio de um período de experiência profissional, vivenciando as diversas atuações da enfermeira. Entende-se que esse estágio compreende uma etapa singular na formação, pois permite conectar a teoria, aprendida durante a graduação, com as diversas situações profissionais além de aperfeiçoar habilidades técnicas e gerenciais do atendimento de enfermagem. Assim, contribuí para a formação profissional do aluno e oportuniza inúmeras vivências como enfermeira.

OBJETIVO: Demonstrar a experiência do ser enfermeira em um Laboratório de Hemodinâmica durante o último semestre da graduação.

METODOLOGIA: Relato de Experiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O ESII em hemodinâmica proporcionou diferentes experiências e oportunidades do aprofundamento de conhecimentos sobre cardiologia intervencionista, assim como o crescimento e amadurecimento profissional já que oportuniza à aluna de graduação assumir as funções da enfermeira o que proporciona maior segurança técnica e administrativa para desempenhar as atividades profissionais no campo de trabalho futuro. Essa experiência possibilita aperfeiçoar as habilidades de resolutividade de problemas, de relacionamento interpessoal bem como de gerenciamento o que colabora para o desenvolvimento do ser enfermeira. Fica a certeza de que a prática assistencial qualificada deve sempre estar aliada a busca contínua por aprendizados e conhecimentos. Desta maneira, ressalta-se a importância da assistência de enfermagem concomitantemente com o desenvolvimento de pesquisas que fundamentem esta prática.

O ENFERMEIRO COMO CUIDADOR E EDUCADOR NO CUIDADO DE PACIENTES ACOMETIDOS POR DOENÇA DE PARKINSON

Débora Hexsel Gonçalves¹

Flávia Pacheco da Silva¹

¹Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS. Contato: Flavia-pf@hotmail.com ou 9313.6248.

O envelhecimento populacional é um dos fenômenos mais notórios dos tempos atuais no mundo todo. Sendo uma patologia que atinge em sua maioria pessoas com mais de 60 anos, a tendência é que com o crescimento da quantidade de idosos, mais casos da Doença de Parkinson venham a ser diagnosticados. Segundo dados da Associação Brasil Parkinson (2007), existem no país cerca de 220 mil pacientes com Parkinson, cerca de 2% dos brasileiros. A doença de Parkinson é uma enfermidade com caráter progressivo e incapacitante, que modifica tanto a vida do indivíduo, quanto de seus familiares. A complexidade dos distúrbios neurológicos pode afetar a função motora e a cognitiva, com perturbações na linguagem, percepção e memória, bem como produzir distúrbios autonômicos. O objetivo deste estudo é estabelecer nexos entre os cuidados de enfermagem a esses pacientes e a promoção de seu bem-estar. A metodologia utilizada foi à revisão de literatura, em artigos, livros e sites de credibilidade. Com este estudo concluímos que a enfermagem desenvolve múltiplos papéis junto ao parkinsoniano, entre esses promover a independência através dos ensinamentos para autocuidado e melhora da auto-estima, preparar o paciente e sua família para conviver com este problema de saúde e na prevenção de possíveis complicações que podem ocorrer frente à suscetibilidade peculiar desses pacientes. O enfermeiro atua também como agente educador, no binômio paciente-família, objetivando que essas pessoas convivam em um ambiente doméstico harmônico e sem riscos. Percebemos que apesar da importância do trabalho prestado pela enfermeira a esses pacientes, poucos foram os avanços em termos de publicação sobre a Doença, sendo importante realizar novas pesquisas sobre o assunto.

Palavras-chave: Doença de Parkinson, cuidados de enfermagem, educação em saúde.

PNEUMOTÓRAX NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA CARDÍACA: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM¹

Clarissa Garcia Rodrigues²
Roberta Senger³
Laura de Azevedo Guido⁴
Graciele Fernanda da Costa Linch⁵

¹Pesquisa Bibliográfica.

²Relatora/Autora. Enfermeira residente do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia. E-mail: clarissagarciaarodrigues@gmail.com. Telefone: (55)84151555.

³Autora. Enfermeira Intensivista e Perfusionista. Hospital Universitário de Santa Maria. E-mail: betasng@hotmail.com. Telefone: (55)99354051.

⁴Autora. Enfermeira Professora Doutora da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: lguido@terra.com.br. Telefone: (55)99768649.

⁵Autora. Enfermeira Mestranda da Universidade Federal de Santa Maria. E-mail: gracielelinch@gmail.com. Telefone: (55)81181344

INTRODUÇÃO: Os diagnósticos de enfermagem são utilizados para auxiliar a identificação das demandas de cuidado. Justifica-se assim sua utilização na assistência pós-operatória em cirurgia cardíaca, visto a complexidade do período e as possíveis complicações, como o Pneumotórax. Aberturas acidentais da pleura ou lesões do parênquima pulmonar podem passar despercebidas durante a cirurgia. Posteriormente, se o tórax não for drenado adequadamente ou os drenos forem clampeados no transporte e instalação do paciente na UTI, o acúmulo de ar na cavidade pleural resultará em pneumotórax. Ainda, o deslocamento acidental dos drenos torácicos, deixando orifícios fora da cavidade pleural, ou a má conexão entre drenos e o sistema de drenagem torácica podem levar a formação de pneumotórax. Características clínicas: dor torácica, tosse, dispnéia, agitação, cianose e taquicardia. **OBJETIVOS:** Descrever os diagnósticos de enfermagem identificados em pacientes que apresentam Pneumotórax no pós-operatório de cirurgia cardíaca. **MATERIAL E MÉTODO:** Buscaram-se artigos nas bases de dados bibliográficos: SCIELO e MEDLINE. Descritores: diagnósticos de enfermagem, pós-operatório, cirurgia cardíaca e pneumotórax. **RESULTADOS E CONCLUSÕES:** Relacionam-se ao pneumotórax, os seguintes diagnósticos de enfermagem: risco para lesão perioperatória de posicionamento, mobilidade física prejudicada, risco para desequilíbrio no volume de líquido, troca de gases prejudicada, dor aguda e ansiedade. Ressalta-se que os diagnósticos de enfermagem identificados se referem à complicação em questão e não ao cenário de pós-operatório do paciente. O enfermeiro que conhece as possíveis complicações pós-operatórias desenvolve um raciocínio clínico da situação estabelecida, na qual os momentos de emergência são previstos. Dessa forma, existe a possibilidade da realização de um plano de cuidados individuais e implementação de ações que contemplem a assistência ao indivíduo de maneira holística e com qualidade.

UTILIZAÇÃO DE PELÍCULA DE BIOCELULOSE BACTERIANA NAS ÚLCERAS VENOSAS

Rossana Rosa Bercini^{1,2,3}
Dóris Baratz Menegon^{1,2,3}
Elenara Franzen^{1,2,4}

¹Enfermeira Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Serviço de Enfermagem em Saúde Pública

²Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas

³Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem no Cuidado ao Paciente Adulto e Idoso ⁴Mestre em Ciências Cardiovasculares: Cardiologia UFRGS

rbercini@hcpa.ufrgs.br 51 21018045 51 91676394

Av. Ramiro Barcelos, 2350 Porto Alegre / RS CEP: 9035903

As úlceras venosas são feridas crônicas de difícil cicatrização e com alta incidência de recidiva. A película de biocelulose (PB) é sintetizada pela bactéria *Acetobacter xylinum*, e tem apresentado potencial como auxiliar na cicatrização das feridas. O objetivo do estudo é observar o desempenho da PB em associação com o tratamento padrão para úlcera venosa. Foram atendidos em consulta de enfermagem no ambulatório de um hospital universitário, no período de abril a junho de 2007, uma série de casos com oito pacientes portadores de úlcera venosa sem evolução positiva em relação á cicatrização com as medidas usuais. O critério de inclusão foi a presença de úlceras rasas ou pouco profundas, com exsudação até grau moderado, sem infecção ou presença de tecido necrótico. Realizou-se aplicação da PB acompanhada de terapia compressiva inelástica - Bota de Unna fria modificada. Nas trocas das botas de Unna, realizadas entre 7 a 14 dias foram observados o aspecto da lesão e do exsudato. Dos 08 pacientes, 5 são mulheres, com idade variando de 62 a 77 anos. O tempo de evolução da úlcera é em média de 20 anos. Co-morbidades: DM2 (1), obesidade (3) artrite (1) e tabagismo (2). Cinco úlceras são rasas, granulando e com pouca exsudação, destas quatro apresentaram necessidade de reposicionamento da película e uma apresentou sangramento, ocasionando a exclusão do estudo. Três úlceras mais profundas com áreas de granulação e de tecido desvitalizado com moderada exsudação, tiveram o uso da PB interrompido por secreção achocolatada, extravasamento e maceração perilesional. Observamos que a PB é de fácil manuseio, bem tolerada e reduz as trocas. Até o momento a película apresenta-se como uma opção para feridas em granulação com pouca exsudação, sendo que para maiores considerações o estudo deverá prosseguir.

Palavras-chave: biocelulose, úlceras venosas, curativo.

Enfermagem na Saúde do Trabalhador

CONTROLE DA EFICIÊNCIA DE EQUIPAMENTOS DESTINADOS À ESTERILIZAÇÃO DE INSTRUMENTAIS DE USO MÉDICO E ODONTOLÓGICO EM PORTO ALEGRE

Dayanna Machado Lemos¹
Andréia Martins Specht²
Sayonara Peixoto Rosa³
Sueli Teresinha Van Der Sand⁴

¹Profª Drª em Microbiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Microbiologia

²Ms. em Microbiologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Microbiologia

³Acadêmica em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Microbiologia. UFRGS

⁴Acadêmica em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Departamento de Microbiologia. UFRGS

Contato: dayanna.lemos@ufrgs.br - Fone: (51) 91534745

A esterilização é um método que promove a completa eliminação dos organismos vivos existentes em local ou material submetido ao processo, prevenindo a disseminação de doenças infecto-contagiosas causadas por vírus, bactérias e fungos. A esterilização pode ser realizada por métodos químicos ou físicos, porém, os mais usados são os físicos, como calor seco (estufa 180°C por 1 hora) ou calor úmido em alta pressão (autoclave 121°C por 15 a 20 minutos). Com o objetivo de verificar a eficiência dos equipamentos usados para esterilização em clínicas e consultórios médico e odontológico, o Ministério da Saúde recomenda a realização de testes utilizando linhagens de microrganismos termo-resistentes e que não sejam patogênicos: *Bacillus subtilis* para estufas e *Geobacillus stearothermophilus* para autoclaves. Para validação da eficiência destes equipamentos o Laboratório de Microbiologia padronizou um teste utilizando indicadores biológicos específicos para cada equipamento. O teste consiste em inserir no interior do aparelho a preparação do material biológico previamente padronizada no laboratório e realizar o ciclo de esterilização. Após, a amostra é recolhida e processada no laboratório, sendo incubada à temperatura de 37°C durante 24 a 48 horas. Se o procedimento de esterilização for eficaz não haverá crescimento microbiano do indicador biológico, caso contrário o processo foi ineficiente. O presente projeto além da prestação de serviço à comunidade propõe-se também a treinar estudantes da área da saúde para atuarem nas técnicas de controle microbiológico de diferentes setores, de acordo com a sua profissão. Durante o ano de 2007 foram analisados 254 equipamentos destes, 211 em consultórios odontológicos, 41 em consultórios médicos e 2 em indústrias farmacêuticas. Os resultados demonstraram que 5,21% dos equipamentos odontológicos e que 4,87% dos equipamentos médicos encontravam-se ineficientes para esterilizar instrumentais.

EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPIs) EM LABORATÓRIO DE HEMODINÂMICA

Graciele Fernanda da Costa Linch¹
Clarissa Garcia Rodrigues²
Laura de Azevedo Guido³

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da UFSM, bolsista CAPES, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas “Stress, coping e burnout” da UFSM. E-mail: gracielelinch@gmail.com

²Enfermeira, residente do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia.

³Enfermeira, Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM, pesquisadora, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, coordenadora da linha de pesquisa “Stress, coping e burnout”, coordenadora da disciplina “Adulto em situações críticas de vida”.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: O Laboratório de Hemodinâmica reúne procedimentos na sua maioria de caráter diagnóstico, e também terapêutico, ambos são de grande importância e amplamente utilizados no contexto da cardiologia atual. A Hemodinâmica caracteriza como um setor de alta complexidade, exigindo dos profissionais, que nele desempenham suas funções, conhecimentos em cardiologia intervencionista e do saber e destreza técnica. Esses conhecimentos devem ser específicos e inerentes aos cateteres, sua utilização, indicação e efeitos durante os exames, com exigências quanto a especificidades técnicas e habilidades, assim como a destreza para as situações de emergências e intercorrências cardíacas próprias de hemodinâmica. Da mesma maneira, o Laboratório de Hemodinâmica configura-se com um ambiente que incorpora novas tecnologias, demandando novos riscos e cargas de trabalho, que requerem treinamentos e novos conhecimentos para um bom desempenho. Devido aos riscos faz se necessário, para a equipe de enfermagem que atua nessa área o uso de Equipamento de Proteção Individual (EPI). Segundo a Norma Regulamentadora (NR-6), são considerados EPIs todos os dispositivos de uso individual destinados a proteger a saúde e a integridade física do trabalhador, incluindo luvas, aventais, protetores oculares, faciais, auriculares, protetores respiratórios e para os membros inferiores. Os EPIs evitam lesões ou minimizam a sua gravidade, em casos de acidentes ou exposição a riscos, também pode proteger contra efeitos de substâncias tóxicas, alérgicas ou agressivas, que podem causar as chamadas doenças ocupacionais. São de responsabilidade do empregador o fornecimento do EPI adequado ao risco, e também a realização de treinamento dos trabalhadores quanto à forma correta de utilização e conservação dos mesmos. O uso de cada um destes depende dos riscos que cada ambiente apresenta, ou ainda, das situações que os profissionais estão expostos e as atividades, as quais os mesmos desenvolvem. Em Laboratórios de Hemodinâmica os profissionais de Enfermagem estão expostos aos riscos postos pelo ambiente hospitalar e ainda à radiação ionizante, pois durante procedimentos como, o cateterismo cardíaco, angioplastia coronária transluminal percutânea e outros, é utilizada a fluoroscopia (imagem em tempo real) para a colocação e localização de cateteres centrais e marcapassos temporários. Nestes procedimentos com finalidade diagnóstica ou terapêutica a fluoroscopia pode ter longa duração, com potencial de alto risco de exposição à radiação ionizante para o trabalhador de enfermagem, estando expostos a dois tipos de radiação:

a espalhada e a radiação de fuga. O efeito negativo da radiação para a saúde do trabalhador depende da dose e do tempo da irradiação.

OBJETIVOS: Buscamos neste trabalho relatar e discutir sobre o uso de Equipamentos de Proteção Individual específicos para os profissionais de enfermagem em Laboratório de Hemodinâmica.

METODOLOGIA: Para isso, pesquisaram-se na literatura a definição de EPI, as normas que regulamentam o seu uso, e os EPIs necessários para os profissionais de enfermagem que atuam em Laboratório de Hemodinâmica.

RESULTADOS: A Portaria que regulamenta o uso é de número 453/98, a qual estabelece os requisitos básicos de proteção radiológica em radiodiagnóstico e dispõe sobre o uso de raio X diagnóstico. Visto que estes profissionais permanecem muito próximos aos pacientes durante os exames, é necessária a utilização dos seguintes equipamentos: aventais de chumbo, óculos plumbíferos, e protetor de tireóide. Os aventais devem ter espessura de no mínimo 0,25 mm de chumbo, de maneira que proteja a parte da frente e das costas do trabalhador, deve ter ajuste apropriado ao corpo do usuário de maneira a minimizar aberturas dos braços, cobrindo o dorso inteiro até abaixo do joelho, os aventais devem ser testados, periodicamente, quanto a sua efetividade, e quando não oferecerem a devida proteção devem ser substituídos. Nesse ambiente, devido a radiação faz-se necessário o uso do dosímetro, que é o elemento através do qual se monitora a radiação e se localizado sob o avental de chumbo, fornecerá a dose mais próxima da dose dos órgãos internos, mas não será fidedigno quanto à dose cabeça e pescoço. Os dosímetros devem ser substituídos mensalmente sendo de uso exclusivo do trabalhador no serviço, com isso o próprio profissional tem o controle da quantidade de radiação que foi exposto durante determinado período, geralmente mensal, caso ultrapasse o limite máximo estabelecido, algumas medidas devem ser tomadas, esse profissional deve manter-se afastado por algum tempo da radiação ionizante (local, sala de realização dos procedimentos) e deve ser encaminhado para a realização de exames para possíveis diagnósticos de alterações sanguíneas. Os óculos de vidro plumbífero com proteção lateral devem ser usados pelos trabalhadores, de maneira que protejam o cristalino dos olhos contra a radiação espalhada. Além dos EPIs para proteção radiológica esses profissionais devem estar atentos e protegidos ao ter contato com materiais contaminados, pois em hemodinâmicas é comum a limpeza prévia de alguns materiais como cateteres, ineflador, manifold e outros, antes do envio para empresas de reprocessamento, sendo necessário o uso de luvas e óculos de proteção. Também faz-se necessário muita atenção no momento do manuseio e desprezo de materiais perfurocortantes. O uso de luvas e máscaras durante o descarte adequado dos resíduos contaminados com sangue ou outros líquidos corporais dos pacientes, também é importante de ser observado a fim de se evitar acidentes e doenças por contaminação com agentes biológicos. Deve-se considerar todos os pacientes possíveis portadores de doenças transmissíveis, portanto, o profissional deve adotar uma postura de precaução para não se infectar, durante a realização de procedimentos como, punção venosa, sondagem vesical e outros. Cabe destacar-se ainda a importância da lavagem correta das mãos no intuito de prevenir e precaver-se da contaminação e transmissão de doenças.

CONCLUSÃO/RECOMENDAÇÕES: Os profissionais de enfermagem, especialmente em Laboratório de Hemodinâmica por ser uma área que exige maiores cuidados, devem ter conhecimentos sobre os EPIs necessários para a execução de seu trabalho, e ter consciência do uso dos mesmos a fim de preservar sua saúde. Deve ser solicitado ao empregador o fornecimento dos EPIs adequados, assim como o treinamento quanto à forma correta de utilização e conservação destes. Deve ter a atenção voltada a proteção radiológica e da mesma maneira a sua monitorização individual. O uso constante de EPIs adequados, e em bom estado, podem prevenir ou atenuar possíveis riscos ocupacionais.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador, Laboratório de Hemodinâmica, Equipamentos de Proteção Individual.

ESTUDO DE CASO: PACIENTE COM SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO ASSOCIADA A EPISÓDIO DEPRESSIVO MODERADO

Ana Carolina Lacerda Scheibler^{1,2}
Joel Kuyava²
Leone Ferreira Pereira²
Luis Joeci Jaques de Macedo Junior²

¹Relatora. E-mail: anascheibler@yahoo.com.br Telefone: 81838294

²Acadêmicos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cursando o 7º semestre.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Este trabalho constitui-se em um Estudo de Caso de um paciente com patologias do Trabalho, no campo da Saúde Ocupacional. As motivações para a realização do estudo foram relacionadas aos diagnósticos apresentados pela paciente, sendo de interesse dos pesquisadores aprofundarem seus conhecimentos sobre os temas.

OBJETIVOS: Os objetivos deste estudo são relacionar o que foi observado no paciente selecionado para o estudo de caso com a literatura, e compreender as patologias e suas repercussões no paciente para propor um plano assistencial.

METODOLOGIA: O presente trabalho constitui-se em um estudo de caso de um paciente com patologias relacionadas ao trabalho, escolhido pelos autores no campo da Saúde Ocupacional. Para o desenvolvimento deste estudo foram coletados dados durante três consultas de Enfermagem, realizadas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Também foram utilizados dados registrados nos prontuários físico e eletrônico do paciente escolhido. Os dados deste estudo foram analisados com base na revisão da literatura nas áreas da Enfermagem e Saúde Ocupacional.

RESULTADOS: A paciente escolhida para o estudo de caso foi E. S. M., 56 anos, feminina, branca, viúva. Ela trabalha como costureira de couro, mas no momento está afastada do trabalho por determinação judicial, aguardando decisão. Está em acompanhamento no ambulatório de doenças ocupacionais do HCPA desde 08/07/2003 até este momento. Os diagnósticos médicos atuais são os mesmos apresentados no início do tratamento: síndrome do túnel do carpo, fibromialgia, hipertensão essencial (primária), diabetes melito não insulino-dependente, obesidade, episódio depressivo moderado. No momento, as medicações em uso são: fluoxetina 20 mg, lítio 300 mg, hidroclorotiazida 12,5 mg, atenolol 50 mg, AAS 100 mg, sinvastatina 20 mg, metformina 850 mg, paracetamol 750 mg. A síndrome do túnel do carpo é causada pela compressão do nervo mediano, que fica localizado no punho. Sua compressão pode ser ocasionada por qualquer proliferação tenossinovial, anormalidade da articulação do punho, tumor ou anomalia muscular. A intensidade dos sintomas observados na síndrome do túnel do carpo pode variar, por isso sua sintomatologia pode ser classificada em três níveis: leve intermitente, persistente e grave (KOUYOUMDJIAN, 1999). A extensão em que as atividades diárias realizadas no trabalho contribuem para o aparecimento e desenvolvimento da síndrome é de grande interesse para prevenção, no entanto, a influência dos fatores de trabalho no

aparecimento da síndrome do túnel do carpo é controversa. Um estudo concluiu que certas atividades podem facilitar o aparecimento de sintomas, mas não seriam causadoras da lesão (OLIVEIRA, 2000). Durante as consultas de enfermagem, foi orientado à paciente a realização de alguns exercícios para o punho a fim de reduzir a dor causada pela síndrome do túnel do carpo: Segurar o polegar da mão direita, puxando-o para fora e para trás até sentir um leve alongamento; abrir bem os dedos das duas mãos e mantê-los assim por cinco a dez minutos; apertar uma pequena bola de borracha com força em uma mão e, em seguida, alongar os dedos; girar os punhos. Durante as consultas a paciente também apresentou sintomas como inutilidade, tristeza, solidão e desvalia, que podem caracterizar um transtorno de humor. Variações de humor são naturais no ser humano e indicam que ele está percebendo o mundo que o rodeia e respondendo aos estímulos. No entanto, quando essas variações são exageradas, pode ser identificado um transtorno de humor, como a depressão. A principal característica deste transtorno é a mudança que ocorre nos padrões e respostas habituais do indivíduo deprimido. O principal comportamento identificado nestes pacientes é o humor deprimido, que geralmente não é descrito pelo doente (STUART; LARAIA, 2001). Inicialmente o profissional pode encontrar dificuldades em prestar cuidados a uma pessoa com episódio depressivo moderado, pois geralmente ela não responde e se isola, no entanto, é de extrema importância que ele acredite no potencial do indivíduo para melhorar. A abordagem do enfermeiro deve ser tranqüila, sem críticas e com muito calor humano, evitando assumir uma posição demasiadamente agressiva ou compassiva com a pessoa deprimida. A própria presença do enfermeiro indica uma crença de que o paciente é uma pessoa com valor (STUART; LARAIA, 2001). No ambulatório de Enfermagem em Saúde Ocupacional o objetivo não é a realização da terapia, no entanto, é de grande importância que seja estabelecido o relacionamento terapêutico enquanto o paciente está no consultório, colocando em prática o que foi dito no parágrafo acima. Durante as consultas de enfermagem a abordagem à paciente foi tranqüila e educativa a fim de ajudar a paciente a compreender melhor as orientações e também para ajudá-la a se organizar. Durante as três consultas de Enfermagem a paciente recebeu orientações, sendo que dentro delas estavam: procurar a Unidade Básica de Saúde da cidade onde mora para iniciar acompanhamento com médico clínico e com nutricionista, realizar caminhadas (com aumento gradual da distância e do tempo), participar das atividades de lazer da sua cidade, realizar exercícios de alongamento para o punho (a fim de aliviar a dor), conforme orientado. A fim de melhorar a qualidade de vida da paciente, realizei reforço positivo quanto ao seu comprometimento com o tratamento e estimulei conversa sobre sentimentos de tristeza. Orientei analgesia conforme orientação médica. Encaminhei para consulta com psiquiatria para avaliação de litemia e medicações.

CONCLUSÃO: Pode-se concluir que o estudo de caso exerceu grande influência na forma como a paciente foi orientada durante as consultas de Enfermagem, devido ao estudo necessário para a realização deste trabalho. Pôde ser estabelecida uma ligação entre a teoria e a prática, ao identificar, na paciente, sintomas e/ou problemas descritos na literatura. Ao fim do estudo, percebeu-se a síndrome do túnel do carpo e o episódio depressivo podem apresentar alguma relação com o trabalho exercido pela paciente. O diagnóstico de depressão provavelmente tem relação com o trabalho da paciente e com o afastamento deste, uma vez que a sua profissão ocasionou a lesão, e que o seu afastamento ocasionou a sua falta de atividades. A paciente

tem sentimentos de inutilidade e desvalia por não poder realizar atividades simples, e isto ocorre por causa da lesão existente, que foi causada pelo seu trabalho. Ela também se sente triste e sozinha por não ter uma ocupação e por ficar sozinha em casa durante o dia, o que é decorrente do seu afastamento do trabalho. A paciente tenta melhorar a sua qualidade de vida quando vem às consultas marcadas no ambulatório, quando realiza caminhadas e quando segue a dieta recomendada. No entanto, a capacidade para melhorar sua própria qualidade de vida está limitada devido ao episódio depressivo, ou seja, quando se trata de realizar atividades de lazer, por exemplo, a paciente não consegue devido a sua tristeza. Portanto, a paciente tenta melhorar a sua qualidade de vida na medida do possível. Acredita-se que as consultas de enfermagem realizadas durante o período de acompanhamento da paciente contribuíram para a melhoria da qualidade de vida de E. S. M., visto que ela foi orientada conforme a revisão de literatura realizada para este estudo de caso.

Palavras-chave: Estudos de casos. Saúde do trabalhador. Educação em Enfermagem. Transtorno depressivo.

REFERÊNCIAS:

- KOUYOUMDJIAN, João Aris. Síndrome do túnel do carpo: aspectos clínico-epidemiológicos em 668 casos. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 57, n. 2A, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X1999000200007&lng=pt&nr-m=iso>. Acesso em: 30 Ago 2007.
- OLIVEIRA, José Teotonio de. Síndrome do túnel do carpo: controvérsias a respeito de diagnóstico clínico e eletrofisiológico e a relação com o trabalho. Arq. Neuro-Psiquiatr., São Paulo, v. 58, n. 4, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2000000600027&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 Ago 2007.
- STUART, Gail W.; LARAIA, Michele, T. Respostas emocionais e Transtornos de Humor. *In:* _____ . **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6 ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 958 p., p. 380-416.

INFECÇÃO HOSPITALAR: LAVAGEM DAS MÃOS COMO PRIMEIRA MEDIDA DE PREVENÇÃO

Rafaella Giacomoni¹
Eveline Franco da Silva¹
Luzia Terezinha Vianna dos Santos²

¹Enfermeira

²Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Rafaella Giacomoni. (51) 8466-7346. rafaellagiacomoni@yahoo.com.br

A infecção hospitalar configura-se como um importante agravo à saúde, a prevenção e controle de sua ocorrência envolvem o estabelecimento de políticas e regulação, a fim de reduzir os riscos, bem como organizar e manter programas de educação contínua. Com este estudo objetiva-se revisar o tema infecção hospitalar, abordando a importância da lavagem das mãos como primeira medida para a prevenção. A metodologia utilizada foi revisão de literatura a partir de artigos científicos, livros técnicos e publicações de organismos nacionais. Conclui-se que o principal veículo de transmissão dos microorganismos de um indivíduo para o outro são as mãos. A higienização das mãos é considerada a ação isolada mais importante no controle de infecções em serviços de saúde. Porém, a falta de adesão dos profissionais de saúde a esta prática é uma realidade que vem sendo constatada ao longo dos anos e tem sido objeto de estudos em diversas partes do mundo.

Palavras-chave: Infecção. Infecção hospitalar. Lavagem das mãos.

QUALIDADE DE VIDA VERSUS TRABALHO

Camila Gosenheimer Righi¹
Eunice Fabiani Hilleshein²

¹Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Aluna de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde pela UFRGS.

²Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Endereço de e-mail: nicefhill@yahoo.com.br – Fone: 92633423

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: A saúde do trabalhador vem sendo alvo de inúmeros estudos em muitos países. Atualmente, muitas pesquisas visam investigar a relação do trabalho em turnos com a qualidade de vida de seus trabalhadores. Baseado nesta temática, Mendes (1995) afirma que a atividade ocupacional em turnos alternados interfere na vida social e familiar do trabalhador, sendo este fato, de extrema relevância já que os relacionamentos sociais e familiares dos indivíduos estão diretamente ligados ao bem-estar e a qualidade de vida.

OBJETIVO: Este estudo tem por objetivo apresentar a relação entre a qualidade de vida e o trabalho em turnos, buscando analisar os efeitos da atividade ocupacional em turnos sobre o bem-estar dos trabalhadores.

METODOLOGIA: Foi realizado uma revisão bibliográfica de natureza qualitativa de caráter analítico e descritivo.

RESULTADOS: Decorrente deste estudo é indiscutível que o trabalho em turnos pode provocar uma modificação na qualidade de vida geral, como, desempenho, alerta, vida social, saúde mental e física.

CONCLUSÃO: Constata-se a partir desta revisão bibliográfica, que há carência de estudos longitudinais que avaliem de forma efetiva o trabalho inserido na perspectiva da qualidade de vida. Estudos mais detalhados poderão orientar as organizações empresariais no que tange proporcionar medidas eficazes e contínuas de melhoria da qualidade de vida em relação ao desempenho ocupacional.

Descritores: Enfermagem. Trabalho. Qualidade de Vida.

QUESTÕES ERGONÔMICAS DO TRABALHO DA ENFERMAGEM NO AMBIENTE HOSPITALAR E REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Liana Lautert¹
Eunice Fabiani Hilleshein²

¹Professora e Doutora da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

²Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Endereço de e-mail: nicehill@yahoo.com.br – Fone: 92633423

É crescente o número de profissionais de enfermagem portadores de Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho – DORT. Este trabalho objetivou compreender a problemática que envolve as questões ergonômicas do trabalho da enfermagem no ambiente hospitalar e suas repercussões na saúde do trabalhador. A partir de uma pesquisa do tipo bibliográfica, por meio de uma revisão sistematizada foram selecionados pesquisas localizadas na base de dados da Literatura Latino Americana e do Caribe em Saúde (LILACS), publicados em 1997 à 2007. Utilizou se os descritores e operadores booleanos: *ergonomia and enfermagem end trabalho*, com texto *on line* completo. Foram obtidos 53 trabalhos, excluídos 32, por não pertencerem ao período compreendido ou assunto de interesse, restando 21 estudos para análise. Assim, foram fichados e analisados 14 artigos e sete dissertações. As questões éticas foram respeitadas, todos autores consultados foram referenciados no estudo. Dos estudos analisados, cerca de 70% foram publicados na Revista Latinoamericana, 81% dos trabalhos foram pesquisas, 14% revisões e 5% reflexão. Quanto às técnicas e métodos de coleta de dados, houve a predominância de estudos que envolveram o método de coleta de dados “levantamento de dados” (*survey*). A maioria dos estudos, 71,4%, evidenciou problemas músculoesqueléticos. Outros 4,8% apresentaram problemas de desgastes diversos, enquanto 23,8% dos estudos analisados não fizeram referência aos problemas de saúde encontrados nos trabalhadores objeto dos estudos. Das publicações pesquisadas, apenas 33% apresentaram referências quanto à postura inadequada e ou forçada apenas 14,3% apresentaram alguma alternativa ergonômica para os profissionais com Problemas Osteomusculares. Esses resultados, demonstram que os estudos que enfocam este tema são incipientes no que tange soluções ergonômicas efetivas para os problemas ergonômicos encontrados nos profissionais de enfermagem.

Descritores: Ergonomia. Enfermagem. Trabalho.

RAIOS-X E SEUS EFEITOS NOCIVOS NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Clarissa Barros¹
Luciane Boza Delgado²
Paula Rocha¹

¹*Acadêmicas de Enfermagem do IPA*

²*Acadêmica de Enfermagem da UFRGS*

Luciane_bosa@yahoo.com.br

Fone: 3779-5747 e 8138-5304

O interesse pelo tema Raios-x, surgiu pela necessidade percebida de cuidar da saúde dos trabalhadores (Técnicos em Radiologia, Técnicos de Enfermagem e Auxiliares de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos). Sabendo que os mesmos trabalham com radiações ionizantes e muitas vezes sem os equipamentos de proteção individual e coletiva adequados, pretendo apresentar a estes profissionais da saúde as devidas medidas de proteção a radiações ionizantes e as normas reguladoras da mesma que são: blindagens-avental, luvas, colar cervical de chumbo, capacitação do pessoal através de treinamentos, controle de exposição entre outros. Sabe-se que hoje ainda muitos profissionais não dispõem de proteção adequada, mas se cada um buscar garantir que as leis de segurança do trabalhador sejam cumpridas e esclarecidas, já estarão fazendo grande parte da prevenção e promoção da sua saúde e dos trabalhadores que estão a sua volta.

REPERCUSSÕES DA FIBROMIALGIA NAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS

Vera Portella¹
Griscelda da Conceição da Silva²
Lauren Vidaletti Ruas³
Ana Cláudia Batista⁴

¹Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Informática na Educação. Professora Assistente no Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

²Enfermeira graduada na Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contato: anaclaudiabatista_86@hotmail.com – (51) 92714235

Este estudo enfoca as repercussões da dor crônica, em especial causadas pela fibromialgia, nas relações interpessoais dos pacientes. Coloca-se ênfase nos conceitos básicos para compreensão da dor crônica, bem como, na patologia denominada Fibromialgia, que pode afetar as relações interpessoais e as possibilidades de cuidado pela enfermagem. A Fibromialgia é uma síndrome crônica caracterizada por queixas dolorosas músculo-esqueléticas difusas e pela presença de pontos dolorosos em regiões anatomicamente bem determinadas. Anteriormente denominada fibrosite, a fibromialgia não era considerada uma entidade clinicamente bem definida até a década de 70. quando foram publicados os primeiros relatos sobre o distúrbio do sono (KNOPLICH, 2001). Em mais de 80% dos pacientes a dor é acompanhada do distúrbio do sono e fadiga importante. Entre 50 e 80% dos pacientes pode ocorrer outros sintomas como; rigidez matinal, sensação subjetivas de inchaço das extremidades, parestesias que não correspondem a nenhuma topografia, olhos e boca seca, fenômeno de Raynaud, tonturas e palpitações. As características da dor do fibromiálgico são à base da incapacitação funcional que acompanha a doença e são consideradas como um dos grandes estressores que afetam o ritmo de vida destes doentes (TEIXEIRA,2001). Um paciente que vive com fibromialgia não só experiencia a sensação de dor, mas também as alterações no estado de humor, os distúrbios do sono, a diminuição de energia e se vê forçado a viver com alterações significativas no seu dia-a-dia. Tais alterações podem levar ao aparecimento de problemas familiares, assim como um crescente isolamento social (SIMONTONS,1987). Em casos extremos, os pacientes podem estar de tal modo absorvidos na procura constante por alívio para suas dores que percorrem variados especialistas e vão a múltiplas consultas de urgência, esperando que com nova avaliação consigam encontrar novas formas de intervenção. A fibromialgia ainda é um desafio para os profissionais de saúde, e em especial para a enfermagem. Por ser uma patologia recentemente diagnosticada, sua etiopatogenia ainda não está completamente elucidada. Sabe-se muito pouco sobre esta síndrome e como os enfermeiros podem contribuir na melhora da qualidade de vida dos pacientes acometidos por ela. (KNOPLICH, 2001). O objetivo foi compreender as repercussões da dor crônica nas relações interpessoais de pacientes portadores de fibromialgia. Foi realizado um estudo exploratório descritivo, com delineamento de pesquisa bibliográfica e, com abordagem qualitativa. Realizado no ambulatório do Serviço de Tratamento da Dor e Cuidado Paliativo, na zona 18 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. A população foi composta de 10 pacientes com

fibromialgia que realizam consultas com a Enfermagem no Serviço. Os dados foram coletados através de entrevista, com questões não estruturadas que, segundo Triviños (1990), oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que enriquece a investigação. Posteriormente as informações foram organizadas, categorizadas e analisadas de acordo com a proposta de Lüdke & André (1986) Após leitura exhaustiva do material coletado para identificar idéias emergentes tomando como base o objetivo do estudo, logo, as idéias semelhantes foram combinadas para formar conceitos mais abrangentes e daí as categorias para a posterior análise. Aos informantes que participaram do estudo foi apresentado e entregue um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em que tomaram conhecimento dos objetivos, da justificativa, da forma de coleta de dados do estudo e o destino dos dados, bem como da garantia que não seriam identificados, em especial que não sofreriam nenhum prejuízo em seu tratamento independente da decisão de participarem ou não do estudo. Considerando os anos de experiência no atendimento de consultas de enfermagem a indivíduos com dor crônica, havia certa expectativa de encontrar nos relatos indícios da interferência da Fibromialgia de modo considerável nas relações interpessoais destes indivíduos, tanto na família, no trabalho como em relações sociais, no entanto, as respostas causaram certa surpresa. Para melhor análise dos dados, o material coletado foi organizado em três categorias: 1- credibilidade na doença, 2- ninguém tem culpa da minha doença. 3- reorganizando a vida. Em relação à primeira categoria foram incluídos relatos que de alguma forma apresentaram situações de credibilidade na doença pelo familiar ou pelo próprio indivíduo. A desacreditação por parte das pessoas que convivem diariamente com pessoas portadoras de fibromialgia e dos próprios portadores que negam a doença, ficou evidente nos discursos da maioria dos entrevistados, pois como o diagnóstico é feito pelo exame clínico, uma vez que não existe nenhum exame de laboratório ou de imagem que possa confirmar o diagnóstico. Para a segunda categoria, os informantes relataram que em situações de crises algica intensa, não deixavam transparecer, nem permitiam que o processo doloroso interferisse nos seus relacionamentos interpessoais, preferindo manter-se afastados das pessoas. Na última categoria relacionamento familiar foi citado como prioridade na fala dos entrevistados. Na tentativa de adaptação à nova situação, a família reorganiza seus papéis e funções para atender as demandas que a partir de então deverão ser redistribuídas no sentido de poupar o familiar acometido da patologia pois deve evitar esforços excessivos para evitar novas crises de dor. Durante o estudo foi possível perceber que a pessoa com fibromialgia se vê anulada, distanciada do convívio social, impedida de atingir a plenificação do seu próprio ser e de realizar seus projetos de vida. Com o passar do tempo, a convivência em família permitiu aos sujeitos assumirem novas funções dentro da dinâmica familiar e a partir dos relatos foi possível desconstruir a idéia de que a fibromialgia interfere de maneira considerável nas relações interpessoais. Ao concluir o estudo pode-se perceber que este trabalho apenas iniciou, pois ao tentar compreender as relações interpessoais dos indivíduos com dor fibromiálgica, descobriu-se um novo leque de questionamentos dando margem para novos estudos que envolvem esta temática. A fibromialgia ainda é um desafio para os profissionais de saúde, e em especial para a Enfermagem. Por ser uma patologia recentemente diagnosticada, sua etiopatogenia ainda não está completamente elucidada. Sabe-se pouco sobre essa síndrome e como os

enfermeiros podem contribuir na melhora da qualidade de vida dos pacientes acometidos por ela. Espera-se que esse estudo possa servir de subsídio para reavaliar a consulta de enfermagem e também de estímulo para que os enfermeiros passem a escrever mais suas experiências relacionadas a esse assunto, pois se percebe a carência de estudos nesta temática. Poderá também, servir como fonte de informação para outros trabalhos e para profissionais e acadêmicos que pretendem atuar no serviço de atendimento a pacientes com dor crônica.

Palavras Chave: Enfermagem; Fibromialgia; Dor.

REFERÊNCIAS:

- KNOPLICH, J. **Fibromialgia:** dor e fadiga. São Paulo: Robe Editorial, 2001. 138p.
- LUDKE, M.; ANDRÉ M. E.D.A.. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo. E.PU, 1986.
- SIMONTON, O. C. – Com a Vida de Novo. São Paulo: Summus, 1987.
- TRIVIÑOS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação: o positivismo, a fenomenologia, o marxismo. São Paulo: Atlas, 1990.
- TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Dor:** epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr, 2001. 406p.

Enfermagem na Saúde Mental

GRUPOS TERAPÊUTICOS: UMA ALTERNATIVA DE TRATAMENTO PARA REABILITAÇÃO DE PACIENTES DEPENDENTES QUÍMICOS

Sabrina Guterres da Silva¹
Lucilene Gama Paes²
Fernanda Carlise Mattioni³
Rosângela Marion da Silva⁴
Carmem Lúcia Colomé Becker⁵

¹Relato de experiência.

²Autora-relatora do trabalho. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. E-mail: sabrinaguterres@yahoo.com.br

³Autora do trabalho. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

⁴Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM

⁵Orientadora do trabalho. Doutora em Enfermagem. Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.

INTRODUÇÃO: As substâncias psicoativas têm sido usadas por pessoas de praticamente, todas as culturas desde os tempos pré-históricos (JEFFERSON, 2001, p.520). Os fatores que levam um indivíduo a fazer uso dessas substâncias são os mais variados. Para Jefferson (2001) esses fatores podem ser biológicos, psicológicos e socioculturais. Em contrapartida Ramos (1997) acredita em possíveis fatores psicodinâmicos na gênese da dependência química. Esse autor destaca a teoria da gratificação narcísica, teoria da oralidade, teoria das relações maníacas e teoria das perversões, sendo todas de origem psicanalítica. Independente da causa, o uso de drogas é algo que já faz parte, direta ou indiretamente, da vida da população. Estima-se que no Brasil 10% da população adulta tem dependência do álcool e mais 2% de outras drogas. Se forem incluídos os tabagistas, então se chegará ao número de, praticamente 1 dependente químico para cada 2 habitantes (BUSNELLO apud RAMOS, 1997). Nesse sentido, Mauro (2003) salienta que a dependência química vem se impondo como um problema de saúde pública e como tal, requer um modelo de atenção incluindo a promoção da saúde, o enfoque na prevenção do uso e abuso, visando produzir as transformações sociais que propiciem uma melhor qualidade de vida da sociedade como um todo. Cientes dessa realidade, os profissionais de saúde buscam alternativas terapêuticas considerando a dependência química como uma doença que precisa de tratamento. Esses profissionais assumem, sobre tudo, um compromisso social, pois, além de prestarem assistência a esses indivíduos, buscam colaborar com o processo de reinserção social e familiar objetivando diminuir a incidência de tragédias sociais advindas do uso de drogas e promover uma melhora na qualidade de vida dos pacientes. Considerando o exposto, será destacado nesse relato, a importância da realização de atividades de grupo como medida terapêutica à pacientes com dependência química.

OBJETIVOS: - desenvolver atividades de grupo como terapia complementar a pacientes com dependência química, internados em uma unidade psiquiátrica; - (re) conhecer a importância dessa atividade no

restabelecimento dos pacientes e sua contribuição na reinserção social dos mesmos; - identificar o papel do enfermeiro neste processo.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência com pacientes internados no Serviço de Recuperação de Dependentes Químicos (SERDEQUIM) de um Hospital Universitário do interior do Rio Grande do Sul. As atividades foram desenvolvidas durante as aulas práticas da disciplina de Enfermagem do Cuidado ao Adulto em Situações Críticas de vida do quinto semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Acompanhamos as atividades de grupo como método terapêutico, realizadas pela equipe, durante quatro dias do mês de dezembro de 2006, tendo posteriormente oportunidade de desenvolver um dos encontros.

CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE: O SERDEQUIM é uma unidade de internação destinada ao acompanhamento e tratamento de pacientes dependentes de álcool e outras drogas, durante o período de desintoxicação. A unidade dispõe de 15 leitos e o período de internação geralmente é de 8 a 10 dias podendo se prolongar caso necessário. Os grupos terapêuticos acontecem de segunda a sexta-feira, nos turnos da manhã e tarde, sendo desenvolvidos o Grupo de Sentimento, Seminários e Autobiografia, com uma duração média de quarenta e cinco minutos cada. Além desses, existe o Grupo de Apoio (GA) e o Grupo de Familiares (GF) que acontecem uma vez por semana. O GA destina-se à pacientes externos que buscam acompanhamento e apoio, e o GF é o espaço de orientação e auxílio aos familiares dos pacientes internados. O SERDEQUIM também disponibiliza um serviço de regime semi-intensivo, onde os pacientes permanecem na unidade durante o dia, acompanhando todas as atividades e no fim da tarde voltam para suas casas. Esse acolhimento denomina-se Paciente SOS. O paciente SOS surgiu após a reorganização do atendimento pela Lei 10.216 de 06 de abril de 2001, que regulamenta a atenção em saúde mental sob uma ótica não centrada no hospital psiquiátrico como principal dispositivo para o tratamento.

CONTEXTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES: Como relatamos anteriormente, são desenvolvidas na unidade semanalmente atividades terapêuticas de grupo. Tivemos a oportunidade de participar de alguns desses encontros e posteriormente organizá-los e desenvolvê-los. Esse contato inicial nos proporcionou evidenciar alguns sentimentos expressados pelos pacientes, como inferioridade e grande sofrimento relacionado à convivência familiar. Isso nos permitiu delinear o tema que viessem ao encontro dessas necessidades. Dessa forma, nossa abordagem delimitou-se ao seguinte tópico: “A dependência química e a família”. A possibilidade de uma desestruturação na relação familiar de pacientes com dependência é um fator que deve ser considerado. As várias recaídas, desvios de condutas morais, atitudes incoerentes e às vezes agressivas, colaboram para um afastamento progressivo dos familiares do dependente químico. Referindo-se as recaídas Malbergier (2005) nos diz que, após o tratamento da dependência, estas são frequentes: 50% nos seis primeiros meses e 90% no primeiro ano. Entretanto, o autor salienta que a dependência é uma doença crônica e que, se avaliada como tal, os resultados da terapia são semelhantes aos de outras enfermidades persistentes, como asma, hipertensão e diabetes. Dessa forma, entendemos que a dependência química não tem cura, pode apenas ser tratada e manter-se estabilizada. Para isso, a adesão ao tratamento é fundamental e requer um grande esforço e determinação do dependente, sendo

muito importante que o mesmo encontre apoio na família. Entretanto, muitas vezes isso não é possível, pois a dependência química afeta todo círculo familiar, uma vez que o comportamento inadequado do dependente gera um desequilíbrio na dinâmica da família e no estado emocional de todos os seus membros. É difícil para o familiar aceitar que a abstinência seja algo complicado para o dependente e, por isso, o culpam por ter essa doença. Da mesma forma o dependente sofre, pois, sente-se abandonado e sem saída. Não vê alternativa e acaba usando a droga com ainda mais intensidade na tentativa de esquecer e fugir da realidade que o assombra. Embora seja difícil um apoio familiar, devido a tantas dificuldades que precisam ser enfrentadas, a família pode oferecer estímulo e coragem para que o dependente encare sua doença e lute pela abstinência. No entanto a família não deve ser responsabilizada pela adesão terapêutica. O Paciente deve ter a consciência que o principal responsável por sua recuperação é ele mesmo, e que se caso não encontrar amparo no contexto familiar, pode buscar ajuda em algo que venha de encontro com suas crenças. Considerando essa realidade elaboramos o encontro. Inicialmente nos apresentamos para ao grupo, explicamos a proposta do encontro e quais motivos nos levaram a optar por esse tema. Procuramos proporcionar um ambiente confortável e descontraído, para isso, oferecemos cadeiras e colchonetes permitindo que cada um optasse pelo lugar que se sentisse mais a vontade. Entregamos a cada paciente uma folha em branco e disponibilizamos lápis de cor e canetinhas. Solicitamos que expressassem através de desenhos quais eram os seus sentimentos, como se enxergavam que posição ocupavam e que papel exerciam no seu contexto familiar. Assim que todos desenharam, estimulamos que os mesmos socializassem suas representações. Nesse momento, os pacientes tiveram espaço para expressar verbalmente sobre o que haviam desenhado, interagiram e debateram sobre os seus desenhos, fazendo considerações e comparações com os dos colegas. Algumas observações puderam ser realizadas como a exclusão e o isolamento da família. Essa realidade se mostrou presente na maioria dos desenhos. Os pacientes geralmente colocaram-se distantes dos demais. Um deles representou o período anterior à dependência, com momentos de felicidade, tranqüilidade e paz, através de paisagens alegres, onde a família encontrava-se reunida, sorridente e próspera. O período da dependência foi representado por nuvens, escuridão, solidão, lágrimas, corações feridos e sangrantes. Os pacientes em sua maioria expressaram sentimentos de culpa, impotência e vergonha por atitudes e situações que se expuseram. Reconheceram que é difícil para seus familiares aceitar sua doença, contudo almejam mais compreensão e apoio por parte destes.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES: A vivência no SERDEQUIM nos possibilitou conhecer o funcionamento e performance da equipe de saúde numa Unidade de Tratamento a Dependentes Químicos. Da mesma forma conseguimos acompanhar a atuação do enfermeiro e suas atribuições nesse serviço. Através da participação e elaboração de atividades terapêuticas de grupos, pudemos reconhecer a importância das mesmas no tratamento à pacientes com dependência química e perceber que essas atividades em grupo possibilitam uma socialização das vivências e sentimentos de seus participantes, proporcionando-lhes o entendimento de sua doença e formas de tratamento. Concordamos com LaSalle e LaSalle (2001) quando estes colocam que os grupos auxiliam na reeducação, sociabilidade e atividade ocupacional e que, uma vez inseridos nestes, os pacientes tornam-se mais acessíveis ao tratamento individual. Um fator que nos chamou atenção diz respeito

à deficiência quanto às publicações que relatam o desenvolvimento de grupos terapêuticos pelo enfermeiro. Sabemos que o enfermeiro tem grande competência e que assume esse papel de coordenador de grupos em muitos serviços, no entanto, escrevem muito pouco sobre esse assunto. Cabe a nós salientar a necessidade de divulgação de trabalhos que retratem a atuação do enfermeiro como coordenador de grupos terapêuticos, para que os demais compreendam como essa prática pode ser implementada e colaborar para o cuidado e restabelecimento de pacientes dependentes químicos.

Palavras-Chave: Enfermagem; Grupos; Dependência.

REFERÊNCIAS:

- BECHELLI, Luiz Paulo de C.; SANTOS, Manoel Antônio dos. The therapist in group psychotherapy. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: Fevereiro 2007.
- BRASIL. **Lei No 10.216**, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Brasília, DF 6 de abril 2001. Disponível: http://www.planalto.gov.br/ccivil/leis/LEIS_2001/L10216.htm Acesso em: fevereiro de 2007.
- JEFFERSON, Linda V. Respostas quimicamente mediadas e transtornos relacionados a substâncias. In: STUART, Gail W; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas**. Trad. Dayse Batista, 6ªd, Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- LASALLE, Paula C; LASALLE, Arthur J. Grupos terapêuticos. In: STUART, Gail W; LARAIA, Michele T. **Enfermagem Psiquiátrica: princípios e práticas**. Trad. Dayse Batista, 6ed, Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
- MALBERGIER, André. Dependência Química. [Neurociências. Lim27](http://www.neurociencias.org.br) v:1.1, 2005. Disponível:<http://www.neurociencias.org.br/Display.php?Area=Textos&Texto=DependenciaQuimica>. Acessado em: fevereiro de 2007.
- MAURO MYC. **El papel de las escuelas de ermería em el área de la reducción de la demanda de drogas en América Latina**. Washington (DC): Florianópolis: UFSC/PEN; 2003.
- RAMOS, Sérgio de Paula. **Da contribuição de fatores psicodinâmicos na gênese da dependência química**. Psychiatry On-line Brazil - Current Issues (2) 08 1997. Disponível: <http://www.priory.com/psych/depend.htm>.

A IMPORTÂNCIA DO ESPAÇO LÚDICO NO CAPSi

Charlise Pasuch de Oliveira
Dolores Fuhr Souza
Nádia Regina Stella
Rosecler Tavani Kich

CAPSi.- Centro de Atenção Psicossocial - UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Acadêmica de enfermagem da UFRGS
Monitora do CAPSi
Enfermeira do CAPSi
Professora de Educação física do CAPSi
charlise.pasuch@gmail.com . Fone: (51)9326-3413

Este trabalho tem como objetivo mostrar a importância do espaço lúdico na construção e reconstrução de conceitos da criança, utilizando a oficina de brinquedos do CAPSi.- Centro de Atenção Psicossocial que atende crianças e adolescentes de 7 a 18 anos com transtornos mentais severos e persistentes o trabalho é realizado por uma equipe multidisciplinar . A intervenção dá-se por oficinas terapêuticas, atendimento em grupos e individuais, consultas psiquiátricas e atendimento pela equipe de enfermagem. O grupo de crianças constitui-se a partir da necessidade de uma intervenção, levando-se em conta as dificuldades e o grau de sofrimento diagnosticados pela equipe. Para realizar o trabalho no CAPSi é necessário haver uma integração entre as áreas do conhecimento. Desta forma, aproveita-se os espaços a fim de intervir junto com o paciente no que se refere ao conhecimento do corpo humano, aspectos de saúde, higiene e prevenção de doenças. No brincar o sujeito reconhece, conhece os outros membros, e circula de forma espontânea, refletindo sobre as possibilidades de agir e reagir mediante as situações do cotidiano. Durante as atividades a criança expressa seus medos, angústias e frustrações, isto é , seu mundo interior. No decorrer do trabalho possibilita-se que o sujeito construa e participe integralmente aprimorando a sua capacidade e possibilidade de criar seu próprio brinquedo, conseguindo desta maneira reconstruir a sua própria história. Constatou-se que ao longo dos encontros sistemáticos as crianças e adolescentes fortaleceram-se enquanto grupo de trabalho e não apenas como um indivíduo sozinho. Desta maneira foram aprendendo a conhecer e respeitar as suas diferenças, ajudando assim aqueles que apresentavam maiores dificuldades.

AVALIAÇÃO DE FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Camila Coelho de Souza¹

Lisane Nery Freitas²

Eliane Lavall³

Agnes Olschowsky⁴

¹Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq- UFRGS.

²Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica Voluntária.

³Enfermeira. Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

Relatora Camila Coelho de Souza – camilacoelho7@yahoo.com.br , tel 93530026

Este trabalho visa relatar a experiência de bolsistas de iniciação científica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) durante coleta de dados do estudo “Avaliação de Família: redes de apoio social na atenção em saúde mental”, subprojeto da pesquisa “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil” (CAPSUL). O local de estudo foi em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), localizado em Porto Alegre, serviço substitutivo ao modelo asilar. Na atualidade a atenção em saúde mental, centraliza o cuidado no território do sujeito e salienta a importância da família na reinserção social do indivíduo em sofrimento psíquico, compartilhando com a equipe a responsabilidade do seu cuidado e recuperação. Nesta avaliação utilizamos o Modelo Calgary de Avaliação de Família (MCAF), o qual possibilitou entender a família como um sistema, identificar seus problemas de saúde, os recursos para enfrentá-los e o apoio disponível na comunidade, permitindo um cuidado integral. A coleta de dados foi realizada através de construção de genograma e ecomapa com a participação da dupla usuário/familiar. Essa oportunidade nos proporcionou conhecer a família nos contextos interno e externo, conhecendo a composição familiar, tarefas desenvolvidas, vida cotidiana, vínculos, relações, dificuldades e fortalezas. A experiência foi enriquecedora, pois podemos perceber a importância da parceria entre família e equipe no cuidado em saúde mental, refletindo e compreendendo a dimensão e a complexidade da vivência do sofrimento psíquico na família.

EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM PARA SAÚDE MENTAL: DESAFIOS ENFRENTADOS POR ENFERMEIRAS EDUCADORAS NA PRÁTICA DE SUPERVISÃO DE ESTÁGIOS.

Dayane de Aguiar Cicolella¹
Janáína Chiogna²

¹*Pós-graduada em Administração dos Serviços de Enfermagem pelo Instituto de Administração Hospitalar e Casas de Saúde – IAHCS e graduada em enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS. Fone: (51)93533811*

²*Graduada em enfermagem pelo Centro Universitário Franciscano – UNIFRA*

O presente estudo trata-se de um relato de experiência de duas enfermeiras educadoras na área de saúde mental e seus principais desafios enfrentados para abordar sentimentos gerados por estudantes do curso técnico em enfermagem em seu primeiro contato com pacientes psiquiátricos. O estágio em psiquiatria faz parte do currículo das escolas para formação de profissionais em enfermagem, porém na maioria das vezes, os alunos ainda não se encontram preparados maduramente para a realidade observada. Diversos são os sentimentos apresentados por estes estudantes diante situações variadas e estes conflitos, devem ser observados imediatamente pelas professoras educadoras com a finalidade de orientação e manejo, para que o estágio em saúde mental não seja considerado uma imposição ou uma situação traumatizante. Um primeiro contato com atitudes bizarras de pacientes, um ambiente hostilizado e a precariedade das condições humanas são muito marcantes para aqueles alunos que estão acostumados com uma realidade diferenciada. Repugno, medo e ansiedade são sentimentos apresentados durante os primeiros dias de contato com pacientes em sofrimento mental e estes, são substituídos posteriormente por carisma, confiança e desejo de auxílio ao próximo em momentos de maior interação. Contudo, as enfermeiras supervisoras em estágio de técnico de enfermagem em saúde mental necessitam prover-se de uma dinâmica que possibilite ao aluno entender e manejar conflitos internos ocasionados por situações até então nunca vivenciadas. É necessário saber abordar, discutir e orientar aos alunos que os sentimentos apresentados são adequados e tratam de um mecanismo de defesa do ser humano para amenizar conflitos internos.

TRANSTORNO DE HUMOR BIPOLAR NA GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO

Luciana Batista dos Santos¹

Elizeth Heldt²

¹Acadêmica do 6º semestre do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.EEUFGRS (luufrgs@gmail.com / 9917-8026)

²Professora Adjunta do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.EEUFGRS, Mestre e Doutora em Psiquiatria.

O manejo terapêutico de episódio depressivo em transtorno de humor bipolar durante a gestação envolve uma tarefa complexa para a equipe de enfermagem. O presente trabalho é um estudo de caso de paciente gestante de 20 semanas, 35 anos, casada, mãe de trigêmeos, com diagnóstico prévio de Transtorno do Humor Bipolar tipo II (THB II) - episódio depressivo, internada em um hospital geral. O objetivo do estudo foi identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) e definir as intervenções durante a internação. A coleta de dados foi realizada através da consulta em prontuário e da prática assistencial à paciente em campo de estágio da disciplina de Saúde Mental II, do curso de Enfermagem da UFRGS. A paciente chegou à internação apresentando sintomas depressivos psicóticos, com alucinações auditivas. Durante a hospitalização, além do episódio depressivo com características melancólicas evidenciado pela verbalização do sentimento de culpa acompanhado de choro e perda de interesse por atividades, foi identificado descontrole de impulso pelo comportamento agressivo com o marido e os filhos. Através do exame do estado mental, identificaram-se sentimentos de ansiedade, labilidade afetiva, humor deprimido, alucinações auditivas e ideação suicida. A partir dos sintomas depressivos e respostas emocionais desadaptadas apresentados pela paciente, estabeleceu-se os seguintes DE: maternidade prejudicada, risco de suicídio, risco para violência e enfrentamento familiar incapacitado. Durante a assistência prestada, procurou-se estimular à paciente a livre expressão de sentimentos, enfatizar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso e as técnicas de enfrentamento para resolver problemas e amenizar sintomas depressivos. Igualmente foi proporcionada medida de segurança a partir dos riscos identificados (suicídio e agressão). Através de uma assistência desenvolvida em equipe interdisciplinar e a implementação dos cuidados de enfermagem, pode-se observar o restabelecimento do equilíbrio mental e a alta hospitalar da paciente em estudo.

Enfermagem e Educação

PROJETO DE EXTENSÃO: ENFERMAGEM PROMOVEDO EDUCAÇÃO

Graciele Fernanda da Costa Linch¹

Clarissa Garcia Rodrigues²

Rafaela Andolhe³

Juliane Umann⁴

Laura de Azevedo Guido⁵

¹Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da UFSM, bolsista CAPES, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas “Stress, coping e burnout” da UFSM. E-mail: gracielelinch@gmail.com

²Enfermeira, residente do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia

³Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela UFSM, Bolsista CAPES, Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas “Stress, coping e burnout” da UFSM.

⁴Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFSM, bolsista PIBIC, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas “Stress, coping e burnout” da UFSM.

⁵Enfermeira, Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM, pesquisadora, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, coordenadora da linha de pesquisa “Stress, coping e burnout”, coordenadora da disciplina “Adulto em situações críticas de vida”.

INTRODUÇÃO: Trata-se de um projeto de extensão intitulado: “Educação em saúde - stress e coping: conceitos e aplicabilidade no trabalho do enfermeiro”, é desenvolvido por acadêmicos de graduação e pós-graduação em enfermagem, enfermeiros, professores e profissionais de áreas a fins. A relevância do projeto reside em permitir que os participantes sejam capazes de discorrer sobre as diferentes concepções de stress, coping nos modelos biológicos, psicossociais e interacionista; identificar manifestações biológicas, mentais, comportamentais e sociais do stress; discutir o uso das diferentes estratégias de coping; analisar a aplicação desses conceitos no cotidiano pessoal, social e profissional.

OBJETIVOS: fortalecer a Linha de pesquisa: “Stress, coping e burnout”; integrar os participantes; intensificar o desenvolvimento de pesquisas nas áreas de stress, coping e burnout, relacionando-os ao trabalho e a assistência de enfermagem.

METODOLOGIA: O projeto de extensão consiste em reuniões semanais, com duração de três horas, as quais seguem um cronograma, para que cada participante tenha a oportunidade de trazer textos de seu interesse para discuti-lo com o grupo, assim desenvolvem-se sessões teóricas com discussões de textos previamente lidos; sessões práticas com discussão de diferentes etapas de pesquisas em andamento; apresentação de filmes ou vídeos que permitam e favoreçam as discussões pautadas no referencial teórico proposto.

RESULTADOS: A leitura e posterior discussão dos textos contribuem de maneira singular para a construção do conhecimento para cada um dos participantes. O grupo também proporciona discussões construtivas a cerca do desenvolvimento de projetos de pesquisas desenvolvidas entre os participantes. Em meio a leituras e discussões trocam-se experiências e vivências, em um ambiente descontraído e agradável. Os resultados apontam uma melhora expressiva no conhecimento e integração geral do grupo, demonstrando que as reuniões/sessões estão contribuindo para a aquisição de conhecimentos sobre os temas propostos, indicando a necessidade de continuidade do projeto.

SEXUALIDADE E INFORMAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Evelize Moraes¹
Elizane Lemos²
Grazieli Santos²
Luciana Galo²
Michelle Andrades²
Vera Esperidião²
Rosana Maffaccioli³

¹Relator, Acadêmica de Enfermagem da Universidade Metodista do Sul IPA, 6º Semestre (evemoraes_3@hotmail.com telefone: 96871982/32411971)

²Acadêmicas (os) de Enfermagem da Universidade Metodista do Sul IPA, 6º Semestre.

³Docente de Enfermagem da Universidade Metodista do Sul IPA Rosana Maffaccioli

O relato que segue é produto da experiência de estágio no campo do Hospital X, do curso de enfermagem da Universidade Metodista do Sul IPA, na disciplina de Saúde Reprodutiva, com a proposta de coordenar uma oficina abordando a sexualidade na adolescência, em dois grupos de ambos os sexos da faixa etária dos 10 aos 17 anos frequentadores da 5ª série da Escola Estadual Y, localizada no bairro Belém Novo em Porto Alegre. O foco do trabalho gira em torno da problemática e discussão sobre a sexualidade na sociedade em geral. A Universidade Metodista do Sul comunicou essa instituição à demanda referente à realização das oficinas sobre sexualidade voltada para a população adolescente, sendo que tais oficinas foram desenvolvidas com o total respaldo teórico da supervisora Rosana. A dinâmica foi planejada tendo em vista a idade e série cursada deste “público alvo”. Com o intuito de realizar um trabalho que não se reduzisse a passar informações sobre a dimensão biológica da sexualidade, mas buscando trabalhá-la enquanto dimensão integradora do ser humano. Tendo como objetivo: - Desenvolver atividades educativas a respeito da sexualidade na adolescência em uma Escola da rede Estadual de ensino. Aproximar o meio acadêmico do curso de enfermagem a realidade vivenciada nas escolas no que se refere à saúde sexual. Descobrir os conceitos que os alunos têm sobre sexualidade. A partir de esses conceitos avaliar e esclarecer as dúvidas. Promover a integração entre alunos de ambos os sexos. Trabalhar questões de gênero e sexualidade. Avaliar a pertinência do trabalho com os alunos e o desempenho dos acadêmicos nas oficinas. Nesse tipo de desenvolvimento devemos ter em mente a não indução de análises ou conclusões, pois não é um método de manipulação, mas constitui-se num método participativo de análise psicossocial, onde os fatores podem ser estimulados, mas jamais induzidos e os resultados advêm do trabalho em grupo enquanto rede de relações. Preconizamos nessa tarefa o uso da comunicação versátil e que colocasse em interação alunos e orientadores. Apesar do fato de não haver um consenso no que diz respeito à definição precisa dos termos puberdade e adolescência pode-se usar de forma sintética cada um desses conceitos, na medida em que os mesmos pautaram o processo de elaboração e realização deste trabalho. Iniciamos trabalho no Hospital X através do convênio da Universidade, por dois dias em análise dos temas a serem propostos, como: DSTs, Anticoncepcionais, Gravidez, Sexualidade, Afetividade, diálogo familiar e estímulo as abordagens. De mão da teoria e material expositivo, resolvemos fazer uma oficina com orientação ilustrada sobre a temática da

sexualidade. Dentre esta perspectiva de interação e inclusão foram selecionadas duas turmas de 5º série com idade média ente 10 a 17 anos, em torno de sessenta alunos de uma Escola Estadual de Porto Alegre, inicialmente a turma foi dividida em dois grupos, sendo que com ambos foi abordado o mesmo tema num tempo respectivo de 100 minutos para cada grupo, no qual o grupo de alunos da Enfermagem do IPA (nº8) foi subdividido, com monitora e professora assim denominado grupo I e II. As oficinas se deram inicialmente com apresentação individual dos acadêmicos e em seguida dos alunos em duplas, no sentido de interação com o grupo. Num segundo momento foi proposto a esses realizar em papel parto posicionado no chão da sala um desenho de um menino e uma menina, como modelo do perfil foi sugerido nomes alheios aos alunos para tais desenhos excluindo fatores de piadas sobre eles próprios, esse segundo momento obteve uma boa adesão por parte de todos. Então posicionada em forma de círculo, turma foi proposta um questionamento da seguinte maneira: Entregamos pedaços em branco de papéis, canetas, para que escrevessem suas dúvidas sobre sexualidade em geral, deixando garantido o anonimato das perguntas, já que essas seriam lidas pelos acadêmicos, após essas perguntas foram recolhidas e colocadas em uma caixinha, realizando-se uma brincadeira semelhante à dança das cadeiras. Acompanhada de música a caixinha circulava entre eles, ao término da música onde ela estivesse o aluno pegaria a pergunta e alcançaria para um dos acadêmicos, se soubesse ou quisesse responderia, por isso ganharia um pirulito, se não os acadêmicos a responderiam. Do inicio a essa etapa durou 90 minutos, ainda para finalizar pedimos para que realizassem algum tipo de registro com desenhos e/ou perguntas sobre o que ali foi trabalhado (tema abordado). Trabalhamos também com os novos recursos que estão sendo utilizados no Hospital X, principalmente a Consulta de Enfermagem para a prevenção de doenças, mesmo sendo um bairro afastado é oferecido um bom atendimento na área da saúde. Entre os assuntos discutidos acreditamos ter esclarecido todas as dúvidas, mesmo surgindo questões que fugiam do tema proposto. Porém houve polêmica na questão homossexualidade, sendo defendida por alguns e criticada por outros. Com essa dinâmica podemos sentir, interesse dos alunos pelo assunto, pois mesmo com os questionamentos realizados solicitaram que retornássemos mais vezes devido ao pouco tempo disponível que tivemos. Esta temática abordada mexeu com nossos sentimentos pelo carinho e respeito que eles transmitiram durante e depois da oficina, não querendo que fossemos embora, deixando-nos a responsabilidade de novos encontros. Foi um trabalho maravilhoso onde superamos nossas expectativas e com certeza deixamos saudades a todos que lá estavam. Sugerimos então aos próximos grupos a capacitação dos educadores e disposição dos mesmos tratando-se sobre sexualidade, mantendo continuidade do trabalho, ou seja, abordando na prática a teoria proposta, oficinas com a demonstração e orientação do uso do preservativo (camisinha). Enfim a adesão do grupo foi satisfatória ao trabalho mesmo levando em consideração a idade variada devido aos alunos repetentes. Era perceptível o conhecimento sobre o assunto sendo que os repetentes eram mais esclarecidos (mais velhos) e outros apresentavam possíveis constrangimentos (mais novos), exceto alguns. Porém abordagem como homossexualidade, a funcionalidade da percepção sexual do corpo humano pode ser mais aprofundada para um melhor esclarecimento e fortalecimento desses valores para a realização de futuros trabalhos. Ao finalizarmos percebemos que ao mesmo tempo em que fizemos também aprendemos desde como criar uma

oficina até concluí-la. Fica aqui o relato de um trabalho precoce, porém com bom embasamento e uma certeza da continuidade desse trabalho, pois irá se obter bons resultados.

REFERÊNCIAS:

- VÁRIOS AUTORES, **Manual de Enfermagem**. Cotia, SP: Editora Vergara Brasil, 2006.
- PEREIRA, Vanda Elisa Martins Costa. **EDUCAÇÃO SEXUAL: EM CASA, NA ESCOLA, NA RUA?**Belo Horizonte: Editora universidade, 2001.
- AFONSO, Lúcia. (org). **Oficinas em dinâmica de grupo: um método de intervenção psicossocial**. BH: Edições do Campo Social, LABGRUPO, 2000.
- STEFANELLI, M. **Comunicação com paciente teoria e ensino**. São Paulo: Ed. Robe, 1993.

TRANSPLANTE RENAL: O MANUAL COMO UM INSTRUMENTO DE REFORÇO ÀS ORIENTAÇÕES

Maria Conceição da Costa Proença¹
Alessandra Rosa Vicari¹
Débora Hexsel Gonçalves²

*Isabel Cristina Echer*³

¹ *Enfermeira Especialista em Nefrologia - Unidade de Hemodiálise HCPA*

² *Acad. Enfermagem 8º semestre - UFRGS*

³ *Enfermeira Mestre - Professora da Escola de Enfermagem*

Contato: mproenca@hcpa.ufrgs.br / 99711462

O transplante renal tem se caracterizado por avanços e modificações significativas nos últimos anos, especialmente em relação aos aspectos imunológicos e imunossupressores. Cabe ressaltar também que o atendimento multidisciplinar e suportes de apoio têm contribuído para o sucesso dos transplantes. O manual de orientações visa reforçar as orientações aos pacientes transplantados renais para o autocuidado; diminuir as complicações relacionadas aos efeitos adversos dos medicamentos imunossupressores; prevenir complicações; aumentar a sobrevida do paciente e do enxerto e proporcionar uma melhor qualidade de vida ao paciente transplantado renal. Este manual foi elaborado a partir de revisão bibliográfica, experiência profissional dos autores, depoimentos de pacientes transplantados renais, familiares e membros da equipe assistencial da unidade de hemodiálise e da equipe clínica transplante renal de um Hospital Universitário. Neste manual são abordados os seguintes assuntos: noções sobre função renal, aspectos acerca do transplante renal (receptores, tipos de doadores), lista de espera para doador falecido, aspectos legais, internação, aspectos cirúrgicos do transplante renal, principais complicações de transplante renal, cuidados gerais a serem seguidos após o transplante, medicação, controle ambulatorial, sinais e sintomas de alerta, fornecimento dos medicamentos imunossupressores e outros. Para a realização do transplante renal, o paciente e seus familiares necessitam estar bem informado para apoiar e ajudar na tomada de decisões, para isso é importante esclarecer todas as dúvidas sobre esse tratamento. O manual com informações sobre o transplante renal por escrito permite aos pacientes e familiares o esclarecimento de suas dúvidas, minimizando as dificuldades e contribuindo para a recuperação do paciente. Também facilita o trabalho da equipe, servindo como subsídio no reforço das orientações contribuindo para maior educação e informações ainda no pré-transplante.

ACÇÕES EDUCATIVAS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - UMA ANÁLISE CRÍTICA DAS EDUCADORAS EM SERVIÇO

Ana Valéria Furquim Gonçalves¹
Elisabeth de Fátima da Silva Lopes²
Nátali Pedroso Rodrigues³
anavall@terra.com.br

¹Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Enfermeira Assistencial do Serviço de Emergência do HCPA

²Mestre em Educação. Pedagoga da ETE do HCPA.

³Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

INTRODUÇÃO: A integralidade e a humanização da atenção à saúde preconizam entre outros propósitos um enfoque mais amplo na formação dos trabalhadores em saúde. Nesta perspectiva de integração e humanização o Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) juntamente com a Escola Técnica de Enfermagem (ETE) e Coordenação de Gestão de Pessoas (CGP) vêm propiciando espaços educativos aos trabalhadores de enfermagem recém-admitidos e aos os que já estão inseridos em suas atividades assistenciais, pautados nos propósitos da Educação Permanente. Sendo esta um conjunto de ações elaboradas, executadas e avaliadas no ambiente real do trabalho, pressupõem uma abordagem problematizadora do cotidiano com vistas a processos de transformação. Desenvolvendo assim, trabalhadores mais críticos, participativos, criativos, comprometidos e capazes de interagir com a realidade, onde o agir e pensar estão diretamente ligados ao aprender e trabalhar. As atividades implicam em analisar os processos de trabalho, bem como instigar a reflexão das práticas atuais, troca de experiência, atualização das questões técnicas enfatizando o cuidado humanizado de forma integral, por meio de um planejamento pedagógico que integre os atores que atuam em educação em serviço desta instituição representados por enfermeiras do SE e demais unidades, enfermeiras professoras da ETE, pedagoga, chefias e supervisoras de enfermagem, usuários, consultoras da CGP e técnicos de enfermagem. O SE do HCPA aberto ao público desde 1976 constituído das seguintes áreas: acolhimento, classificação de risco, sala de procedimentos adulto e pediátrico, unidade vascular e sala de observação adulto e pediátrico. Embora divida em diferentes áreas de cuidado, existe uma relação intrínseca entre os setores para que se torne viável o atendimento aos usuários e entre os profissionais. Com capacidade para acomodar 64 pacientes, oferta atendimento exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS) nas áreas de clínica médica, ginecologia, cirurgia geral e pediatria, referência no estado para atendimento a pacientes de alta complexidade com uma média de atendimento mensal de 6000 pacientes, com uma taxa de ocupação em torno de 300% com superlotação diária contabilizando uma média 100 pacientes devido a grande procura e demanda ao serviço. Mas nossas dificuldades não se resumem apenas em atender de forma digna e humana os usuários, ressaltamos a complexidade das ações que desenvolvemos, o número de profissionais que lá se encontram. Hoje a força de trabalho em enfermagem está representada por 112 trabalhadores distribuídos nos turnos manhã, tarde, noite I, II, III, intermediário

(técnicos de enfermagem e enfermeiros que trabalham das 19 às 1:15 hs) e sexto turno (enfermeiros que trabalham doze horas aos sábados, domingos e feriados) as relações e a própria produção de trabalho, tornado-se um desafio articular ações educativas que possibilitem aos trabalhadores aprimoramento técnico associado à uma reflexão crítica sobre o ato de cuidar.

OBJETIVO: O presente estudo tem o objetivo de demonstrar as ações de educação em serviço que foram realizadas no SE em 2007, bem como uma análise das educadoras sobre estas práticas.

MÉTODO: As atividades são primeiramente discutidas, planejadas e avaliadas de acordo com a necessidade do serviço e elaboradas em conjunto com a ETE e CGP no período de janeiro de cada ano e explícitas em um plano de capacitação. Realizamos uma análise crítica como educadoras em serviço, com auxílio da literatura quanto às práticas realizadas até o momento, contextualizando os conceitos e métodos dos processos de Educação Permanente.

RESULTADOS: Nas ações educativas temos incentivado a participação dos enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos do SE e demais profissionais propiciando troca de saberes e aumentando o aspecto da integralidade. O treinamento Introdutório aos Técnicos de enfermagem recém-admitidos proporciona um acolhimento e acompanhamento sistemático-pedagógico em seu período de experiência, visando integrar o novo funcionário valorizando suas experiências, seus conhecimentos, compartilhando os modos de trabalho com os quais irá se deparar a participação de enfermeiros assistências e técnicos de enfermagem do SE têm desenvolvido parcerias no levantamento de necessidades e acompanhamento destes profissionais. O acolhimento aos residentes e doutorandos está sendo uma forma de aumentar o grau de comunicação com os estudantes de medicina orientando-os sobre as rotinas e metas do SE. Os encontros para discussão dos processos de trabalho que ocorrem quinzenalmente entre enfermeiras e chefias, e mensalmente entre os turnos de trabalho do SE e suas lideranças tem evidenciado reflexão e atitudes com vistas à humanização do cuidado e ao trabalho em equipe. O Grupo de Trabalho em Humanização do SE, formado por diversos profissionais discute, avalia e direciona estratégias na construção de valores que propiciem respeito às pessoas, comprometimento com o trabalho e responsabilidade com a saúde enquanto dever e direito, seguindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PHN). A humanização compreende a troca de saberes (trabalhadores, usuários, familiares) e uma avaliação dos processos de trabalhos atuais destacando os aspectos subjetivos sociais destas práticas. Tendo como princípios à dimensão subjetiva, coletiva e social, fortalecimento do trabalho em equipe instigando a transversalidade e as práticas em grupo, a construção de redes, autonomia e protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade, controle social, a valorização do trabalhador, educação permanente e melhores ambientes de trabalho. As demais ações de educação em serviço vêm aprimorando cada vez mais não só o conhecimento técnico como o cuidado humanizado.

CONSIDERAÇÕES: É importante ressaltar a necessidade da constante discussão sobre o tema Educação Permanente não apenas entre os educadores em serviço, mas também pelos demais membros da equipe e chefias, vislumbrando que todos os esforços realizados tenham o intuito de melhorar a qualidade assistencial e aumentar a satisfação de usuários e trabalhadores. É um trabalho permanente que deve ser construído com caráter participativo e sistematizado por toda equipe. Não pode ser entendido como uma atividade exclusiva

das educadoras em serviço, nem tampouco como um processo coletivo de análise crítica sobre os processos de trabalho apenas da equipe do SE, mas como um processo que se expande para além do próprio serviço.

Palavras chave: serviço de emergência, educação permanente, ações educativas

CONSTRUÇÃO DO CONHECIMENTO: ENFERMAGEM BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Camila Gosenheimer righi¹
Eunice Fabiani hilleshein²

¹Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Aluna de Especialização em Gestão de Serviços de Saúde pela UFRGS.

²Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Endereço de e-mail: nicefhill@yahoo.com.br – Fone: 92633423

INTRODUÇÃO: O presente estudo advém da observação e avaliação da carência e da importância de estudos científicos e ações de Enfermagem Baseado em Evidência Os textos que relatam sobre o surgimento da enfermagem demonstram que já nos primórdios utilizava-se de conhecimentos de estatística. Atualmente, o contexto no qual estão inseridos os autores, ainda é muito usufruído na graduação, utilizando-se pouco o conhecimento científico nas ações efetivas de enfermagem.

OBJETIVOS: Divulgar a importância do ensino de Enfermagem Baseada em Evidências, aliando as pesquisas com as práticas de enfermagem, utilizando os estudos estatísticos para subsidiar e proporcionar maior credibilidade ao trabalho da enfermagem. Desta forma haverá a constante renovação dos saberes da profissão baseados no cotidiano da assistência de enfermagem e, também, do ensino e da pesquisa.

METODOLOGIA: Estudo de revisão bibliográfica de natureza qualitativa do tipo exploratória, analítica e descritiva.

RESULTADOS E CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo indica uma possível reflexão acerca do ensino da enfermagem baseada em evidências, identificando a necessidade de maior exploração científica desta área de conhecimento. Demonstra que a disciplina de estatística é fundamental e inerente ao desenvolvimento da Enfermagem Baseada em Evidências.

Descritores: Enfermagem. Pesquisa. Evidencias.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR: A SEXUALIDADE EM QUESTÃO

Aline Tigre¹
Iuday Gonçalves Motta²
Marta Casagrande Saraiva³

¹Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo-RS. Telefone: 92212313. E-mail: alinetigre@feevale.br

²Acadêmico do curso de Enfermagem do Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo-RS. E-mail: fastfoxy@gmail.com

³Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Professora do Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo-RS. E-mail: martab@feevale.br

A sexualidade, associada aos tabus e mitos que a envolvem, gera dúvidas e ansiedades nos escolares e adolescentes que muitas vezes não contam com espaços para a discussão deste assunto. A falta de informação pode ocasionar atos inconseqüentes que irão repercutir ao longo das etapas de suas vidas. Este estudo tem como objetivo relatar a experiência dos discentes do curso de Enfermagem vinculados ao Projeto de Extensão em Saúde Pública, que promoveram, voluntariamente, atividades de educação em saúde sobre Sexualidade e Reprodução. Também, pretende-se proporcionar condições para a construção do aprendizado acerca deste tema junto aos alunos de quinta e sexta séries, com idades entre 10 e 16 anos, em uma escola pública de ensino fundamental da cidade de Novo Hamburgo-RS. A elaboração deste trabalho partiu da identificação das necessidades do público escolar relacionadas à temática da Sexualidade, realizando-se um levantamento dos assuntos de maior interesse. Emergiram áreas como: Puberdade, Masturbação, Orientação Sexual, Anatomia dos Aparelhos Reprodutores, Métodos Contraceptivos e Doenças Sexualmente Transmissíveis, norteadoras do desenvolvimento das atividades. Identificou-se, inicialmente, que os escolares possuíam informações fragmentadas e distorcidas. No decorrer das atividades, percebeu-se o aumento da participação e do interesse destes alunos em ampliarem seus conhecimentos sobre o tema. Evidenciou-se que este tipo de iniciativa trouxe benefícios para os acadêmicos de enfermagem, pois permitiu a troca de experiências e a aplicação do conhecimento adquirido ao longo da graduação e, para os escolares, que tiveram um espaço de discussão para expressarem-se e esclarecerem suas dúvidas. Dinâmicas como essa contribuem significativamente para a formação do indivíduo e para a prática de hábitos de vida saudáveis.

LAVAGEM DE MÃOS DOS PROFISSIONAIS DE UMA UNIDADE DE HEMODIÁLISE

Débora Hexsel Gonçalves¹
Célia Mariana Barbosa de Souza²
Maria Conceição da Costa Proença²
Adriana Tessari²
Alessandra Rosa Vicari²
Cynthia Dalasta Caetano Fujii²
Karen Patrícia Macedo Fengler²
Thalita Jacob³

¹ Acad. Enfermagem 8º semestre - UFRGS

² Enfermeira Especialista em Nefrologia - Unidade de Hemodiálise HCPA

³ Farmacêutica - Controle de Infecção do HCPA

Contato: debinhahg@yahoo.com.br / 93224380

A higienização das mãos é considerada a ação isolada mais importante no controle de infecções em serviços de saúde. Porém, a falta de adesão dos profissionais de saúde a esta prática é uma realidade que vem sendo constatada ao longo dos anos e tem sido objeto de estudos em diversas partes do mundo. A importância da higienização das mãos na prevenção da transmissão das infecções hospitalares é baseada na sua capacidade de abrigar microrganismos e de transferi-los de uma superfície para outra, por contato direto, pele com pele, ou indireto, através de objetos. O objetivo deste trabalho é relatar o nível de adesão à técnica de higienização de mãos de profissionais da saúde do setor de Hemodiálise. Trata-se de um estudo de caráter quantitativo observacional, realizado em uma unidade de Hemodiálise, nos meses de fevereiro e março de 2007. População alvo: técnicos de enfermagem, enfermeiras e médicos, ao total 23. Para que não houvesse interferência nos resultados, os profissionais não foram comunicados previamente acerca da observação. Foi utilizado um *check-list* para o registro das observações, constando: situação observada, adesão à higienização, meio utilizado para higienização, adequação da técnica e problema da técnica. Ao total, foram 149 observações e, destas, em 85 houve higienização das mãos, sendo que 42 vezes a técnica utilizada não foi a correta. Das observações em que houve higienização, em 65 foi utilizada a lavagem com água e sabão, em 23 a desinfecção com álcool e em 3 ambas as técnicas. Foi observado que, além da pouca frequência de higienização de mãos, muitas vezes, sua técnica utilizada não é a correta. Percebemos como necessários programas educativos para os profissionais da saúde, enfatizando a importância da higienização das mãos na prevenção de infecções, envolvendo a técnica correta, a frequência e as situações em que isto é necessário.

O DESENVOLVIMENTO DE UM SOFTWARE PARA INICIAÇÃO DOS ESTUDOS NA LINHA DE PESQUISA: “STRESS, COPING E BURNOUT”

Graciele Fernanda da Costa Linch¹
Clarissa Garcia Rodrigues²
Laura de Azevedo Guido³

¹*Autora/Relatora: Enfermeira, Mestranda em Enfermagem da UFSM, bolsita CAPES, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas “Stress, coping e burnout” da UFSM. E-mail: gracielelinch@gmail.com.*

²*Autora: Enfermeira, residente do Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul/Fundação Universitária de Cardiologia, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem e da linha de estudos e pesquisas “Stress, coping e burnout” da UFSM.*

³*Autora: Enfermeira, Doutora, Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSM, pesquisadora, membro do Grupo de Pesquisa Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem, coordenadora da linha de pesquisa “Stress, coping e burnout”, coordenadora da disciplina “Adulto em situações críticas de vida”.*

INTRODUÇÃO: As atividades e vivências no grupo de pesquisa: “Trabalho, Saúde, Educação e Enfermagem” e na linha de pesquisa: “Stress, Coping e Burnout”, minhas percepções, e dificuldades enfrentadas tanto na busca pelo tema e na construção/tramitação do projeto de pesquisa desenvolvido nos últimos semestres da graduação, aliadas a um conhecimento técnico sobre informática proporcionaram o desenvolvimento de um CD (software).

OBJETIVO: Descrever o desenvolvimento de um software de aplicação com interface amigável ao utilizador, que possibilite do estudo interativo e de uma busca restrita e rápida. Metodologia: O desenvolvimento do software foi baseado no programa Desing Specialty, inserido neste informações sobre tramite e desenvolvimento de projetos de pesquisa, textos com referenciais sobre os temas: stress, coping e burnout.

RESULTADOS: O software foi intitulado: “Módulo I – Stress, Coping e Burnout: Conceitos Básicos” teve como finalidade o auxílio, com referenciais e sites de buscas, aos participantes da linha de pesquisa, mas principalmente como suporte aos novos integrantes. No aplicativo estão inseridos alguns textos que remetem a conceitos básicos sobre stress, coping e burnout; sites de pesquisas em Enfermagem nacionais e estrangeiros; link com currículos Lattes dos atuais participantes do grupo; e ainda imagens, fontes e brasões da universidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O software está disponível para todos os participantes, representa uma maneira diferente e interativa para o desenvolvimento e aprofundamento dos temas da linha de pesquisa, assim como é um componente facilitador para o desenvolvimento de novas pesquisas

Enfermagem na Saúde Coletiva

ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM ATUANDO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Vandréia Machado Garcia¹
Daiane Bertuzzi²
Eveline Rodrigues³
Eliane Pinheiro de Morais⁴

^{1,2,3} Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

⁴ Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Contato com relator: vandymg@yahoo.com.br ou (51) 32242025 / (51) 93137590

A Saúde Pública é um campo de conhecimento e de prática profissional em que estão articuladas ações interdisciplinares. Assim sendo, torna-se necessário o aluno obter contato e participar de maneira efetiva desta prática. Este trabalho tem o objetivo de relatar experiências vivenciadas por acadêmicas de enfermagem em estágio curricular em uma Unidade de Saúde da Família (USF) situado no bairro Moradas da Hípica, Zona Sul de Porto Alegre. As atividades desenvolvidas em campo de estágio estiveram relacionadas à prevenção, promoção e recuperação da saúde. Estas se constituíram na realização de exame preventivo de câncer de mama e colo de útero, vacinação, consultas dos programas Pré-Nenê e Pré-Natal, visitas domiciliares e grupos de educação em saúde para gestantes e pacientes portadores de Diabetes Mellitus. Além disso, realizou-se uma feira de saúde com ações preventivas diversas, as quais enfocaram desde questões estéticas até aquelas relacionadas à saúde. Foi elaborado também um diagnóstico comunitário, onde foram investigados os principais problemas que aquela população enfrentava no seu cotidiano. Foram apontados como problemas a questão do lixo abandonado em terrenos baldios, zoonoses, falta de policiamento, ausência de sinalização e arborização, além de falta de creches e escolas no bairro. Observou-se também um número elevado de idosos naquela localidade, a qual sempre foi considerada uma população jovem. A fim de obter resultados que pudessem amenizar tais problemas, foi apresentado o diagnóstico para os profissionais da USF para que eles possam atuar articulados com outros setores sociais, buscando soluções alternativas. Portanto, verifica-se a importância da USF estar vinculada à academia para juntos desenvolverem ações de saúde em nível de atenção primária para o indivíduo, a família e a comunidade.

AÇÃO COLETIVA, REDES SOCIAIS, INTERSETORIALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE COMO MELHORIA DA SAÚDE DA POPULAÇÃO

Fernanda Carlise Mattioni¹
Lucilene Gama Paes²
Sabrina Guterres da Silva³
Guiomar Luciana Danieli⁴
Daysi Cristine Mohr Longaray⁵
Maria de Lourdes Denardin Budó⁶

¹*Autora Relatora do Trabalho. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista PIBIC/CNPq 2007-2008. Contato: fcattioni@yahoo.com.br. Telefone: 5581199465*

²*Autora do Trabalho. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM.*

³*Autora do Trabalho. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM.*

⁴*Enfermeira da Unidade de Saúde da Família São José. Especialista em Saúde da Família e Saúde Coletiva. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.*

⁵*Enfermeira da Unidade de Saúde da Família São José. Especialista em Saúde da Família.*

⁶*Orientadora do Trabalho. Profª. Dra. do Departamento de Enfermagem da UFSM. Contato: lourdesd@smail.ufsm.br*

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura acerca ações desenvolvidas coletivamente, que envolvem diferentes atores da sociedade, em diferentes setores, no intuito de formar redes capazes de proporcionar a melhoria das condições de vida de uma população. O objetivo de realizar tal estudo estruturou-se a partir da necessidade de subsidiar a prática assistencial desenvolvida por acadêmica de enfermagem em seu Estágio Supervisionado. Neste propôs-se a realização de ações conjuntamente com a comunidade, serviço de saúde e poder público, capazes de melhorar as condições sanitárias e ambientais da região. Para tanto, a realização desta prática exigia, de maneira imprescindível, o conhecimento do referencial teórico relacionado ao tema como forma de nortear as ações e conferir consistência a estas. Desta maneira realizou-se uma busca de artigos relacionados ao tema na base de dados do sitio da internet *Sielo*, utilizando os descritores: *ação coletiva, redes sociais, intersectorialidade e interdisciplinaridade*. A partir disso procedeu-se a leitura dos estudos encontrados e imediatamente a seleção dos artigos mais relevantes para o trabalho que se pretendia elaborar. Concomitantemente foram utilizados alguns livros que abordam a temática e trazem reflexões que contribuem ao estudo. A partir da literatura encontrada é possível afirmar que ao considerarmos o conceito ampliado de saúde, estamos, obrigatoriamente, atribuindo aos serviços de saúde a competência de preocupar-se com várias áreas de conhecimento. A concepção ampliada de saúde exige dos serviços, das instituições de saúde e dos profissionais a assumirem novas possibilidades e responsabilidades no que diz respeito à produção da saúde, o que faz enfatizar a necessidade de se repensar as políticas públicas a partir do princípio da intersectorialidade (BOURGUIGNON, 2007). Junqueira (1997) afirma que as políticas setoriais, isoladamente, são incapazes de realizar e de considerar o cidadão na sua totalidade e nas suas necessidades individuais e coletivas. Wimmer e Figueiredo (2006) nos dizem que a complexa situação social de exclusão em que vive a maior parte da população brasileira não pode ser resolvida apenas com ações setoriais, mas a partir de micro e macro-estratégias intersectoriais, construídas em articulação por Estado e Sociedade Civil. Durante a 11ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) foi difundida,

entre outras ações, a melhoria das condições de saúde e a efetividade de políticas sociais intersetoriais capazes de reverter os atuais indicadores de saúde, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população (SOUZA; TERRA; ERDMANN, 2005). Deste modo, a intersetorialidade é vista “como uma articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando ao desenvolvimento social” (JUNQUEIRA, 2000). Junqueira *et al* (1997) afirmam que para enfrentar de forma eficiente os problemas de saúde em que vive a população, somente ações coletivas, intersetoriais, interdisciplinares e que proporcionem o desenvolvimento de autonomia nos sujeitos podem apresentar resultados satisfatórios. A intersetorialidade, por sua vez, é uma prática integradora de ações de diferentes setores que se complementam e interagem, para uma abordagem mais complexa dos problemas (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006). Para compor a complexidade das ações coletivas, a interdisciplinaridade aparece como fator chave, pois ela permite uma abordagem mais integral dos problemas, ao passo que proporciona diferentes olhares sobre a realidade estabelecida. Junqueira (2000) fala que a interdisciplinaridade consiste em relações entre diversos saberes orientados para uma prática, para a solução de problemas de saúde, caracterizando-se pela articulação das políticas sociais, integrando saberes e práticas para resolver os problemas de saúde que afetam a população. Nesta lógica cabe ressaltar que é preciso que se respeite a curiosidade e os interesses da população quando se pretende construir ações realmente coletivas (WIMMER e FIGUEIREDO, 2006). Freire (1996) nos diz que para estabelecermos uma comunicação realmente eficaz, que possibilite a apreensão dos anseios da população, é fundamental o desenvolvimento da habilidade de escutar. “Somente quem escuta pacientemente e criticamente o outro, fala *com ele*, mesmo que, em certas condições, precise falar *a ele*.” (FREIRE, 1996, p. 127). Como complemento, Campos (2003) diz que só o reconhecimento, por parte dos profissionais de saúde, de que todo saber estruturado é limitado, já seria um caminho para uma clínica mais contextualizada e expandida. Para tanto, entende-se que toda ação coletiva deve estar pautada na democracia, na participação de todos, no respeito a diversidade e na sistematização das idéias. Logo, cabe lembrar que os indivíduos apenas sentem-se sujeitos de sua história quando participam ativa e conscientemente de todas as etapas a serem desenvolvidas na construção da mudança, especialmente dos momentos de tomada de decisão. Quando isso acontece, ocorre um processo de empoderamento dos sujeitos, que, a partir do convívio e reflexão crítica com os outros, são instrumentalizados a perceber e interferir em sua realidade. Nesse sentido, é imprescindível abordar a temática de redes sociais, pois apenas com a cooperação dos diferentes atores envolvidos em determinada realidade, os processos de mudança poderão ser efetivos. Meirelles e Erdmann (2006) afirmam a necessidade de se estabelecer um diálogo conjunto entre os diferentes segmentos para a responsabilidade coletiva face à crise social, na qual as ações em saúde têm particular relevância na qualidade de vida das pessoas e no desenvolvimento social. Desta forma, Junqueira (2000) afirma que as redes sociais são organizações onde se estabelecem acordos de cooperação e reciprocidade e alianças. Constituem assim, um meio de encontrar saídas para intervir na realidade social complexa. O mesmo autor destaca que essas redes sociais se expressam como “um conjunto de pessoas e organizações que se relacionam para responder demandas e necessidades da população de maneira integrada, mas respeitando o saber e a autonomia de cada membro”

(JUNQUEIRA, 2000, p. 40). Todos os conceitos aqui abordados revelam a complexidade que permeia as ações coletivas em saúde. Torna-se evidente a necessidade de relações dialógicas, horizontais e a habilidade de seus integrantes de mediar conflitos, a fim de canalizar as diferentes idéias para a solução dos problemas de maneira conjunta e democrática. Neste sentido, torna-se um desafio aos serviços de saúde a articulação de ações capazes de congregiar atores com diferentes perspectivas e interesses. Isto implica que sejam preconizados, sempre, os interesses da coletividade, identificados e pactuados conjuntamente a partir do respeito e da compreensão da realidade e dos desejos dos sujeitos que estarão envolvidos e que serão afetados por essas ações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BOURGUIGNON, J.A. **Concepção de rede intersetorial**. Disponível em: www.lupg.br/nupes/intersector.htm. Acessado em: 20 Dez. 2007.
- CAMPOS, G.W.S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- DOMINGUEZ, B.C. Contra as iniquidades, ações intersetoriais. **Rev. Radis Comunicação em Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n. 64, p. 14-15, Dez. 2007.
- FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
- JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 35-45, Nov./Dez. 2000.
- _____. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Rev. Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.6, n.2, p. 31-46, 1997.
- JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA, R.M.; KOMATSU, S. Descentralização e intersetorialidade na gestão pública municipal no Brasil: a experiência de fortaleza. In: **XI Concurso de Ensayos del CLAD "El Tránsito de la Cultura Burocrática al Modelo de la Gerencia Pública: Perspectivas, Posibilidades y Limitaciones"**, 1997. Disponível em: http://unpan1.un.org/in_tradoc/groups/public/documents/clad/unpan003743.pdf. Acessado em: 10 Jan. 2008.
- MEIRELLES, B.H.S.; ERDMANN, A.L. Redes sociais, complexidade, vida e saúde. **Rev. Ciência, cuidado e saúde**, Maringá, v.5, n.1, Jan. 2006.
- SOUZA, F.G.M.; TERRA, M.G.; ERDMANN, A.L. Organização dos serviços de saúde na perspectiva da Intersetorialidade: limites e possibilidades da prática integralizadora. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.4, n.3, 2005. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/44/17>. Acessado em: 10 Jan. 2008.
- WIMMER, G.F.; FIGUEIREDO, G.O. Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, Jan/Mar 2006.

COMUNICAÇÃO: UM REQUISITO PARA CONSTRUÇÃO DA INTERDISCIPLINARIDADE EM EQUIPE DE SAÚDE¹

Sabrina Guterres da Silva²
Fernanda Carlise Mattioni³
Lucilene Gama Paes³
Daisy Cristine Morh Longaray⁴
Guiomar Luciana Danielli⁵
Soeli Teresinha Guerra⁶
José Luis Guedes dos Santos⁷
Adelina Giacomelli Prochnow⁸

¹Reflexão Teórico-Filosófica.

²Autora-relatora do trabalho. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. E-mail: sabrinaguterres@yahoo.com.br

³Autora do trabalho. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFSM.

⁴Enfermeira da Unidade da Saúde da Família São José de Santa Maria-RS. Especialista em Saúde da Família.

⁵Enfermeira da Unidade da Saúde da Família São José de Santa Maria-RS. Especialista em Saúde da Família e Saúde Coletiva. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.

⁶Enfermeira do Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria-HUSM. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSM.

⁷Enfermeiro. Mestrando da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-EEUFRGS.

⁸Orientadora do trabalho. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem da UFSM.

Historicamente o atendimento à saúde da população brasileira se caracterizou por seu caráter curativista, médico-centrado e hospitalocêntrico. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em nosso país, a partir do conceito de saúde como um direito da população e dever do estado, presente na Constituição Federal de 1988 e posteriormente regulamentado através das Leis Federais 8080/90 e 8142/90, trouxe um novo direcionamento para as políticas públicas de saúde, consolidadas através dos princípios doutrinários e organizativos do SUS: universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização administrativa e participação popular (SANTOS; CUTOLO, 2004; PEREIRA et al. 2003). Diante desse novo paradigma, alguns modelos assistenciais foram propostos com uma forte tendência de organizar as práticas de saúde a partir do trabalho interdisciplinar e com o objetivo de atender em quantidade, qualidade e de forma equânime as demandas da população (ARAUJO; ROCHA 2007). Oriundo desses modelos propostos surge em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF) o qual posteriormente, num sucessivo acréscimo de novas proposições e consolidações de práticas inovadoras, passou a ser considerado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde. Essa estratégia tem como elementos centrais o trabalho com adscrição de clientela, o acolhimento como porta de entrada para as Unidades de Saúde da Família, a visita domiciliar, a integralidade das práticas e a equipe multiprofissional (BRASIL, 2001). Da mesma forma, no ano de 2002, foram estabelecidos no âmbito do SUS, o Atendimento e Internação Domiciliar, constituídos por equipes multiprofissionais, que atuam nos níveis da medicina preventiva, terapêutica e reabilitadora (BRASIL 2002). Em 2006 a portaria nº 2.529 reforça a Internação Domiciliar no âmbito do SUS definindo-a como o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa por equipe exclusiva para esse fim (BRASIL, 2006). Diante do exposto, o Programa de

Saúde da Família e o Serviço de Internação Domiciliar são apontados como estratégias para a humanização da atenção, para a diminuição dos custos hospitalares, bem como para ampliar os espaços de atuação dos profissionais de saúde (FREITAS, et al. 2000). Nesse contexto, fica visível que os dois modelos assistenciais acima descritos são “sustentados por uma atuação multiprofissional e iluminados por uma construção interdisciplinar, com responsabilidade integral sobre a população adscrita, sendo esta compreendida como parceria da equipe de saúde” (ALMEIDA; MISHIMA, 2001 p.151). A partir desse entendimento, o presente trabalho tem como objetivo, realizar uma reflexão teórico-filosófica acerca da prática da interdisciplinaridade nas equipes multiprofissionais de saúde e da utilização da comunicação nesse processo. A metodologia consiste em uma revisão bibliográfica sobre assunto em questão. Para fundamentar a proposta deste trabalho, é imprescindível o entendimento sobre o real significado do termo interdisciplinaridade. Para isso, utilizar-se-á uma literatura pertinente a esse assunto. De acordo com Chaves (1998) a interdisciplinaridade é o nível em que a interação entre várias disciplinas ou setores heterogêneos de uma mesma ciência conduz a interações reais, a uma certa reciprocidade no intercâmbio, levando a um enriquecimento mútuo. Saube (2005) acrescenta que interdisciplinaridade é a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas dos usuários e das instituições. Neste sentido, interdisciplinaridade propõe reciprocidade, enriquecimento mútuo onde as relações de poder tendem a se horizontalizar. Diante de um problema comum, uma equipe busca soluções em comum a partir da troca de saber, não como adição ou mistura, mas recombina-os e assim gerando fecunda e mútua aprendizagem (ALMEIDA FILHO; 1997). Corroborando, Gomes (1997) afirma que o saber interdisciplinar propicia, ao profissional de saúde, condições de perceber o homem como um todo, estimulando-o a desenvolver uma visão profissional que transcenda a especificidade do seu saber, no sentido de facilitar a compreensão das implicações sociais, decorrentes de sua prática, para que esta possa se transformar realmente num produto coletivo eficaz. Contudo, o mesmo autor salienta que interdisciplinaridade não deve ser confundida com a estrutura de uma equipe multiprofissional. Ela emerge não da sua composição, mas de sua funcionalidade, que certamente dependerá, da forma como cada profissional percebe e se apropria do seu saber, da sua profissão, das suas funções, dos seus papéis e, também, das expectativas que possa ter em relação ao outro, em relação à sua tarefa, e em relação à sua vida (GOMES; 1997). Portanto, ao falar de trabalho interdisciplinar, estamos nos referindo ao encontro de diferenças, tanto objetivas quanto subjetivas, e é a partir desses encontros que as ações coletivas se desenvolvem (CARDOSO, 2004). Nesse contexto, a comunicação é entendida como um fator importante para o funcionamento da prática interdisciplinar em equipe, pois a mesma pressupõe entendimento, troca de informação e compreensão entre as pessoas, caracterizando-se pela capacidade de dialogar, discutir idéias, transmitir fatos, pensamentos e valores (OLIVEIRA, et al. 2005). Sendo assim, Cardoso (2004) acredita que é a comunicação adequada que faz um aglomerado de profissionais sem vínculo se tornar um grupo de trabalho integrado, com um sistema de parcerias e complementaridade, onde a troca de conhecimentos e experiências possibilitará uma atuação mais rica e pertinente com a complexidade características do ser humano. Araújo e Rocha (2007, p. 459) complementam afirmando que “O trabalho em

equipe constitui uma prática em que a comunicação entre os profissionais deve fazer parte do exercício cotidiano do trabalho, no qual os agentes operam a articulação das intervenções técnicas por meio da linguagem”. Trabalhar em equipe exige, portanto, compartilhamento, escuta ativa, percepção de nuances de comportamentos, empatia, autoconhecimento, aceitação e abertura para conhecer o próximo e deixar-se conhecer, e isso só é possível através da comunicação (JESUS, 2006). A mesma autora ainda afirma, que se a diversidade de conhecimentos entre os membros da equipe, utilizar como instrumento principal de trabalho um processo comunicativo adequado, todo o trabalho será enriquecido e conseguir-se-á alcançar todos os objetivos. Diante do exposto, a comunicação é percebida como um instrumento imprescindível para efetivação do trabalho interdisciplinar em equipe, pois é através do relacionamento com o outro e do exercício diário que se pode chegar a um processo de comunicação efetivo, capaz de proporcionar trocas, interação e aprendizado mútuo entre todos os membros da equipe.

Palavras chave: Comunicação; Trabalho em equipe; interdisciplinaridade.

REFERÊNCIAS:

- ALMEIDA FILHO; N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**. 2 (1-2), p.5-19, 1997.
- ALMEIDA, M.C.P; MISHIMA, S.M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à saúde da família: construindo novas autonomias no trabalho. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v. 5, n.9 p.150-153, 2001.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e saúde coletiva**, v.12, n.2, p.455-463, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. **Lei nº 8.080**, de 20 de setembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, n.182, p. 18055-18059, seção I.
- BRASIL. **Lei nº 8.142**, de 31 de dezembro de 1990. Brasília: Diário Oficial da União, n.182, p.25694, seção I.
- BRASIL. **Lei nº 10.2424**, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília; 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do programa de saúde da família**. Brasília; 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.529** de 19 de outubro de 2006. Institui a internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília, 2006.
- CARDOSO, C.L. Relações interpessoais na equipe do programa da saúde da família. **Revista de Atenção Primária à Saúde**. V. 7 n.1 2004.
- CHAVES, M.M. **Complexidade e Transdisciplinaridade: uma abordagem multidimensional do setor saúde**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1998. Disponível em: <<http://www.ufrj.br/leptrans/3.pdf>> Acesso: 26 de jan. 2008.
- FREITAS; A.V.S; BITTENCOURT, C.M.M; TAVARES, J.L. Atuação da enfermagem no serviço de internação domiciliar: relato de experiência. **Rev. Baiana de Enfermagem**. V. 13, n. 1/2, p. 103-107, 2000.

-
- GOMES; D.C.R.(Org.). **Interdisciplinaridade em Saúde**: um princípio a ser resgatado. Uberlândia: Edufu, 1997.
 - JESUS, D.S.S. **A comunicação no trabalho em equipe**: perspectivas de profissionais inseridos no Programa Saúde da Família. 2006. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem/ UFMG. Belo Horizonte, 2006.
 - OLIVEIRA, P. et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista eletrônica de Enfermagem**, V. 07, n. 01, p.54-63, 2005. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm. Acesso em: 19 de out. 2007.
 - PEREIRA; C. et al. **Odontologia em Saúde Coletiva**. Porto Alegre: Artmed, 2003.
 - SANTOS; M.A.M; CUTOLO; L.R.A. A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa de saúde da Família. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. V.33, n. 3 p. 31-40, 2004.
 - SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.9, n.18, p.521-536, 2005.

CONCEPÇÕES AMPLIADAS DE SAÚDE: O EXEMPLO DO ORÇAMENTO PARTICIPATIVO DE PORTO ALEGRE, RS

Gilda Maria de Carvalho Abib¹
Dora Lucia Leidens Corrêa de Oliveira ²

¹ Bacharel em Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Pesquisadora do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde. Contato: gildaufrgs@yahoo.com.br Telefone: 51-84030892. Endereço: Rua Gen. Lima e Silva nº 591 apto 510, Cidade Baixa. Porto Alegre, RS. Cep 90050101.

² PhD em Educação em Saúde – University of London - Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde.

A participação da comunidade nas decisões relativas à saúde é um dos elementos centrais na proposta da promoção da saúde. Para a promoção da saúde é importante esta participação para a definição de prioridades e necessidades de saúde de indivíduos e grupos. Na cidade de Porto Alegre, uma das formas de realização dessa participação tem acontecido por meio do Orçamento Participativo (OP). O OP é dividido, nesta cidade, em dezessete regiões e seis temáticas. Periodicamente são realizadas reuniões e assembléias onde os membros das temáticas e regiões apresentam as demandas identificadas. A presente pesquisa objetivou identificar as necessidades de saúde da população de POA relatadas nas atas das reuniões da Temática da Saúde e Assistência Social (TSAS) do OP, realizadas no ano de 2006, analisando-as a partir do referencial da promoção da saúde. Trata-se de uma pesquisa documental, com análise qualitativa de dados proposta por Lüdke e André (1986). O estudo permitiu concluir que, para os membros da TSAS, a saúde não está apenas vinculada à ausência de doenças e que as necessidades de saúde precisam ser vistas para além da prevenção de doenças. Foi possível perceber que as necessidades identificadas estavam relacionadas a todo um conjunto de elementos ambientais, sociais e culturais que compõem as experiências de vida das pessoas e que, se estiverem em condições de equilíbrio, podem resultar em qualidade de vida e, conseqüentemente, em saúde.

CONCEPÇÕES DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O ATENDIMENTO AO COMPORTAMENTO SUICIDA.

Kelly Piacheski de Abreu¹
Maria Alice Dias da Silva Lima²
Eglê Kohlrausch³

¹Acadêmica de Enfermagem. Bolsista BIC da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf-UFRGS). E-mail: kelly.piacheski@ufrgs.br Telefone: (51) 92878257

²Doutora em Enfermagem. Professora Associada da EEnf-UFRGS.

³Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente da EEnf-UFRGS.

INTRODUÇÃO: Os dados epidemiológicos sobre o comportamento suicida têm se mostrado ascendentes, representando um complexo problema mundial. As taxas de tentativas de suicídio são, aproximadamente, dez vezes maiores que as taxas de suicídios consumados. Ou seja, uma em dez tentativas de suicídio resulta em morte. No ano de 2000, cerca de um milhão de pessoas suicidaram-se no mundo, índice que aponta para uma taxa de mortalidade de 14,5 em cada 100 mil pessoas. No Brasil a taxa de suicídio é de 4,13/100.000 habitantes. Na região Sul, o índice de suicídio atinge uma taxa de 9/100.000 habitantes. Das vítimas de suicídio, mais de 75% procuraram um serviço de atenção primária à saúde no ano de sua morte, e 45% no mês que cometeram suicídio. Portanto, profissionais da saúde pública desempenham importante papel na detecção precoce de fatores de risco. O comportamento suicida está entre as causas externas mais atendidas nas unidades de atenção primária à saúde. Esta e outras situações de violência são identificadas prioritariamente pelos agentes comunitários de saúde que são trabalhadores que moram na comunidade onde atuam. Eles têm se revelado importantes sujeitos na equipe de saúde, pois estabelecem relações de troca entre os saberes científicos e os saberes populares. Nessa perspectiva, são capazes não somente de identificar o comportamento suicida, mas também de realizar atividades de prevenção do comportamento suicida.

OBJETIVO: Analisar as concepções dos agentes comunitários de saúde sobre o atendimento prestado a usuários com comportamento suicida nas unidades básicas de saúde, destacando as ações desenvolvidas.

METODOLOGIA: O estudo foi desenvolvido seguindo o método qualitativo, com delineamento exploratório-descritivo. O cenário para a realização desta pesquisa foi constituído por unidades de saúde da rede básica do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, pertencentes à gerência distrital Lomba do Pinheiro e Partenon. Os critérios para seleção das unidades incluídas no estudo foram os números de notificações de ocorrências de comportamento suicida de unidades básicas de saúde que trabalham com a Estratégia de Saúde da Família (ESF). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com agentes comunitários de saúde dessas unidades. Foram realizadas 08 entrevistas, as quais foram gravadas e transcritas na íntegra. Para o tratamento dos dados, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo temático. Esse tipo de análise possibilita identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação. As informações coletadas foram classificadas e agregadas, estabelecendo-se seis categorias empíricas: o trabalho da equipe, ações realizadas com usuários com comportamento suicida e familiares, o

conhecimento necessário para realização do trabalho, dificuldades encontradas na realização do trabalho, concepções sobre o atendimento e concepções sobre o comportamento suicida.

RESULTADOS: O comportamento suicida é identificado de várias formas por todos da equipe que trabalham na ESF, mas principalmente pelos agentes comunitários de saúde. Além disso, a situação pode ser reconhecida por vizinhos e familiares. Após a identificação do problema, é feita uma avaliação da melhor forma de prestar atendimento ao usuário com comportamento suicida, seja por meio de encaminhamentos ou por meio do acompanhamento do usuário pelos profissionais que atuam na ESF. O usuário que apresenta comportamento suicida é atendido por toda a equipe, assim sendo, todos profissionais têm o conhecimento dos fatos sucedidos na comunidade. Além disso, esses acontecimentos são analisados em reuniões de equipe onde ocorrem trocas de informações. As ações desempenhadas pelos agentes comunitários de saúde quando realizam atendimento aos usuários com comportamento suicida foram divididas em ações preventivas com usuários e ações com familiares. As ações preventivas realizadas com maior frequência com usuários com comportamento suicida são a informação da equipe sobre o fato sucedido, escuta e acolhimento, monitoramento do uso da medicação, visitas domiciliares com maior periodicidade e supervisão do tratamento. Orientar o usuário com comportamento suicida sobre questões de saúde, educar para a saúde, elevar a auto-estima, realizar busca ativa, registrar a causa externa e questionar sobre a ideia suicida foram as ações relatadas com menor frequência. É importante ressaltar que todos os entrevistados já realizaram atendimento a usuários com comportamento suicida. Além das ações supracitadas, os agentes comunitários de saúde realizam algumas atividades com familiares dos usuários, como visitas domiciliares, planejamento de grupos para familiares de usuários com transtornos mentais e orientação sobre a importância da restrição ao acesso a meios letais. Os entrevistados julgam importante, para a realização de seu trabalho, saber abordar e conversar com o usuário, identificar o problema e o motivo que levou o usuário a desenvolver o comportamento suicida, conhecer a história de vida do usuário e conhecer os transtornos mentais com a finalidade de diferenciar a orientação realizada. Torna-se difícil realizar acompanhamento de familiares de usuários com comportamento suicida, visto que a demanda de trabalho é muito grande. Os familiares não auxiliam no tratamento e apresentam dificuldades em aceitar, quando presente, o transtorno mental. Familiares e usuários tendem a distorcer os fatos, sendo necessário averiguar a realidade. Os entrevistados relataram ter medo e receio para realizar a abordagem com usuários com comportamento suicida, uma vez que não são capacitados para atendimento na área de saúde mental. Os usuários com comportamento suicida apresentam resistência para receber a visita do agente comunitário de saúde, não abrem a porta e fingem que não estão em casa. A estrutura do sistema de saúde para atender desordens mentais é precária, faltam Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), são poucas vagas destinadas a internações psiquiátricas, apesar da demanda em saúde mental ser grande. Os entrevistados têm o entendimento de que uma tentativa de suicídio aponta para a repetição do gesto, sendo imprescindível acompanhar os usuários com comportamento suicida. Evidenciou-se a importância do vínculo e da família para o tratamento destes usuários. Além disso, relataram que o tratamento farmacológico sozinho não é suficiente, também é necessário uma palavra, uma conversa. Os agentes comunitários de saúde acreditam que prevenir tentativas de suicídio é difícil, pois não existem

evidências que garantam a certeza deste ato. É uma conduta inesperada, surpreendente e traumática. Evidenciou-se a necessidade de aprender a lidar com os sentimentos desagradáveis gerados por este comportamento. Ocorreram declarações distintas acerca da atitude de questionar ou não diretamente sobre o comportamento suicida. Os fatores que influenciam o comportamento suicida, na concepção dos ACS são: drogas, álcool, situações mal resolvidas no decorrer da vida, depressão, violência, fome, perda de pessoas queridas, desigualdade, transtornos mentais na família e doenças clínicas. Famílias desestruturadas ocasionam comportamento suicida, e, por conseqüência, o comportamento suicida desestrutura as famílias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir dos dados coletados evidenciou-se que, nas unidades de ESF, os ACS são os trabalhadores que se envolvem com maior freqüência no atendimento ao usuário com comportamento suicida. Todos os entrevistados já realizaram atividades junto a esses usuários. Nota-se que nessas ocasiões valorizam a utilização de recursos relacionais, mesmo com a falta de conhecimento teórico sobre o assunto. Há necessidade de capacitar os ACS para qualificar o atendimento prestado. Os ACS compreendem o significado do comportamento suicida como um pedido de auxílio. Nesse sentido, dedicam a esses usuários maior número de visitas domiciliares e maior tempo de atendimento com vistas à prevenção de suicídio. O sofrimento gerado pelo atendimento a usuários com comportamento suicida poderia ser minimizado se houvessem espaços para discussão dos problemas que os ACS enfrentam subjetivamente e diariamente ao prestar assistência, visto que se envolvem intensamente nos problemas da comunidade, até mesmo porque fazem parte dela. Apesar dos ACS conseguirem identificar e atender aos usuários com comportamento suicida, outras condições são necessárias, como uma melhor articulação entre a atenção primária à saúde e a rede especializada em saúde mental, concretizando, de fato, a noção de rede de atendimento. Também é preciso que sejam utilizados os recursos da comunidade, implementados grupos de saúde mental, criados instrumentos de intervenção fundamentados em tecnologias relacionais, instituição de um projeto terapêutico, busca ativa, acompanhamento e mapeamento epidemiológico dos usuários com comportamento suicida.

Palavras-chave: Suicídio; Programa Saúde da Família; Tentativa de Suicídio, Prevenção.

CONCEPÇÕES DE QUALIDADE EM SAÚDE: VISÃO DE USUÁRIAS DA SAÚDE SUPLEMENTAR¹

Micheli Regina Etges²
Dora Lúcia L. C. de Oliveira³

¹In: Trabalho de Conclusão de Curso intitulado 'Qualidade da atenção pré-natal: percepções das usuárias', apresentado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

²Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail para contato: micheliertes@yahoo.com.br, telefone 51-99632498.

³PhD em Educação em Saúde – University of London. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

INTRODUÇÃO: Tentar definir qualidade em saúde ou qualidade dos serviços de saúde é um grande desafio, já que essa se caracteriza por um conjunto de fatores que derivam de princípios científicos, expectativas individuais e valores sociais inerentes a cada pessoa. Na própria literatura encontram-se diferentes definições de qualidade em saúde, o que evidencia seu caráter pluridimensional. Tal característica poderia ter origem em pelo menos dois pontos: em primeiro lugar envolve vários aspectos e dimensões tanto subjetivos quanto objetivos e, em segundo, varia conforme o grupo ou atores sociais que se relacionam com o serviço em questão (UCHIMURA; BOSI, 2002). No Brasil, segundo Novaes (2000), a avaliação da qualidade em saúde, vem destacando-se no setor público pelo interesse das avaliações de programas e, em menor escala, pelas avaliações de qualidade e tecnologia, enquanto que no setor privado isto vem ocorrendo em função da predominância de interesses nas propostas de gestão e garantia da qualidade. Assim, a análise do entendimento sobre qualidade em saúde, pode servir de subsídio para evidenciar o potencial dos usuários dos serviços para o exercício do controle social e, conseqüentemente, contribuir para a organização e redimensionamento das políticas de saúde no Brasil.

OBJETIVO: Conhecer as concepções de qualidade em saúde, de usuárias da saúde suplementar, evidenciando e explorando os elementos que as constituem.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Os dados foram coletados na UBS HCPA/Santa Cecília, por meio de entrevista semi-estruturada. Participaram da pesquisa dez sujeitos, sendo que todos possuíam planos ou seguros de saúde. As informações por esses prestadas foram analisadas por meio da categorização descritiva proposta por Lüdke e André (1989) e auxílio do software QSR NVIVO 2.0. Atendendo aos aspectos éticos, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA.

RESULTADOS: Na definição do que confere qualidade ao atendimento em um serviço de saúde, um dos elementos que ganhou destaque nos depoimentos foi o nível de acolhimento dos serviços, configurado no sentido de “atenção”. Assim, a atenção, pensada enquanto prática do acolhimento parece consistir, para as usuárias, como uma das premissas básicas para um serviço de qualidade, envolvendo todos os seus atores, desde o contato com a recepção do serviço até o contato com o profissional que realizará o atendimento. A relevância da atitude do indivíduo que atende para com aquele que busca atendimento em saúde de qualidade

e a expressão significativa desta atitude na produção do acolhimento é igualmente destacada na literatura. A resolutividade dos serviços de saúde, como um dos elementos constituintes do acolhimento, também aparece nas entrevistas como atributo da qualidade dos serviços de saúde. A análise dos depoimentos sugere que as entrevistadas entendem resolutividade de forma ampliada, ou seja, para além da simples erradicação dos problemas de saúde que tenham apresentado ou que venham a apresentar no futuro e seus devidos encaminhamentos. Resolutividade, para elas, parece ser compreendida segundo a lógica do acolhimento, a qual preza pela escuta, responsabilização e compromisso dos serviços e dos profissionais com os usuários. Outro elemento constituinte das concepções sobre qualidade é o tempo de espera nos serviços de saúde, tanto para a realização de consultas, quanto para a marcação de algum procedimento. O tempo de espera pelo atendimento aparece nos dos serviços. A idéia é que quanto maior o tempo de espera, menor é a qualidade dos serviços. Esse elemento também é valorizado por usuários dos serviços de saúde em outros contextos. Segundo pesquisa realizada no município de Pelotas, por Kloetzel et al. (1998), uma espera prolongada demais aparece como motivo “número um” de insatisfação dos usuários de serviços de saúde. Outro elemento que surge como critério para existência da qualidade é a facilidade de acesso e a responsabilização por parte dos profissionais. Silva Junior e Mascarenhas (2005, p.248) descrevem a responsabilidade de um profissional da saúde como “responsabilidade pela vida e morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal”. Já Merhy (2006) apresenta argumento semelhante ao afirmar que a responsabilização traz consigo a idéia que o profissional deve assumir a indicação e a garantia dos caminhos a serem percorridos para a resolução dos problemas dos usuários. Dessa forma, a responsabilização dos profissionais parece ser um dos critérios para um serviço de qualidade, ou mesmo um dos meios para se estabelecer o vínculo entre usuário e profissional. A referência à integralidade também surge na caracterização de um serviço de saúde de qualidade, a qual sugere um entendimento de ‘necessidades de saúde’ como um conjunto de demandas que devem ser atendidas na sua totalidade em qualquer serviço de saúde, seja ele público ou privado. Esta idéia de que os serviços de saúde precisam atender as necessidades de saúde dos usuários na sua totalidade também é afirmada na literatura, principalmente nas abordagens que propõem uma definição de integralidade. Para Mattos (2001 apud SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2005), por exemplo, o termo integralidade refere-se às práticas dos profissionais de saúde enquanto práticas integrais. Ainda segundo o autor, a integralidade é desempenhada através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços apresentadas pelos usuários ao procurar o atendimento de um serviço de saúde, bem como de seus profissionais. Na sua abordagem, o autor não faz nenhuma distinção entre os serviços de saúde públicos e privados, dando a entender que a integralidade deve estar presente no atendimento em ambos os contextos. Além da integralidade, aparece nas entrevistas à qualificação dos profissionais da saúde, esta entendida, também, como elemento do cuidado em saúde que pode lhe conferir qualidade. Na abordagem desta questão não foram referidas diferenças entre o subsetor público-estatal e o suplementar. Ser atendido por um profissional qualificado parece ser percebido como característica de serviços de saúde de qualidade, em ambos os contextos. Pode parecer óbvio que uma formação qualificada possibilite a oferta de serviços de saúde também qualificados, conforme as concepções

das entrevistadas. Contudo, não ficou claro que formação e qualificação estão sendo por elas valorizadas. A estrutura e ambiente físico dos serviços também são lembradas pelas entrevistadas como um dos fatores que influenciam na qualidade, porém há de se indagar até que ponto esta estrutura realmente pode qualificar a assistência prestada. Para Malik e Schiesari (1998), é difícil quantificar a influência ou a contribuição deste componente na qualidade final da assistência oferecida, mas pode-se falar em tendências, ou seja, um serviço com estrutura mais adequada aumenta as chances da assistência prestada ser de maior qualidade. Chama a atenção no conteúdo das falas de algumas entrevistadas a afirmativa da não variação dos critérios utilizados para conceituar qualidade nos serviços públicos e nos privados. O entendimento sobre quais critérios definem um serviço de qualidade não se altera por ser este ofertado pelo subsetor público ou pelo subsetor privado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A análise permite concluir que os critérios considerados pelas entrevistadas como caracterizadores de um serviço de saúde de qualidade envolvem os seguintes aspectos: a prática do acolhimento como postura adotada pelos profissionais de saúde, a resolutividade frente às demandas de saúde trazidas pelos usuários, a qualificação profissional, o tempo de espera para realização de uma consulta e/ou procedimento, o acesso aos serviços, a responsabilização dos profissionais pela saúde dos usuários e a realização de um atendimento que dê conta das necessidades dos usuários na sua totalidade. Conhecer as percepções dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde é fundamental, uma vez que é ele o sujeito que recebe cuidados em saúde e que, sendo detentor da informação do como o sistema se porta diante de suas necessidades, pode contribuir para informar sobre quais melhorias são necessárias. Além disso, o conhecimento das percepções das entrevistadas sobre qualidade em saúde, traz a possibilidade de se encontrar, nas expectativas e concepções de qualidade formadas pelas usuárias, um novo meio de se praticar o controle social com o objetivo de reorganizar e redimensionar as atuais práticas de saúde realizadas tanto pelo subsetor público-estatal quanto pelo subsetor privado no país. A importância de se ouvir as demandas da sociedade civil com relação à saúde é que isto pode fornecer subsídios para a redefinição das prioridades das políticas de saúde.

Palavras-chave: Qualidade em saúde; Serviços de saúde; Saúde suplementar

CUIDANDO DE BEBÊS NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA CECÍLIA-HCPA

Margery Bohrer Zanetello¹
Alessandra Vaccari²

¹ *Enfermeira do Serviço de Saúde Pública do HCPA.- UBS Santa Cecília-HCPA
Esp. em Clínica da Perinatalidade. E-mail: margez@bol.com.br. Cel: 81448631*

² *Acadêmica de Enfermagem da UFRGS, 9º semestre. Estagiária Curricular na UBS Santa Cecília/HCPA. ale.va@terra.com.br.
Celular: 98064957.*

A saúde da criança se traduz por um perfeito equilíbrio físico, social e mental, resultando em um adulto saudável, com melhor qualidade de vida. Programas de atendimento pré-natal permitem o acompanhamento da gestação e intervenções necessárias. Cursos e grupos colaboram para o bem-estar dos futuros pais. Na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília-HCPA o atendimento pré-natal inicia com uma consulta de enfermagem, abordando os sentimentos da gestante, dúvidas, queixas, esclarecimentos e solicitação de exames iniciais. É oferecido acompanhamento nutricional e odontológico. No Curso de Preparo para o Parto, além das orientações, faz-se uma visita ao Centro Obstétrico e maternidade do Hospital de Clínicas, referência para a unidade. Após o nascimento, entre 7 a 10 dias após a alta, ocorre a primeira consulta da mãe e do bebê com a enfermeira de Puericultura. Período crítico, onde dúvidas, inseguranças, auxílio à amamentação, estímulo ao vínculo, detecção de situações de vulnerabilidade são avaliados. A criança é inscrita no Programa Pra - Nenê, que desenvolve ações de vigilância em saúde no primeiro ano de vida, faz o teste do pezinho e a BCG. Uma nova consulta, ainda no primeiro mês de vida, assegura o seguimento das orientações e o vínculo com o serviço. A visita domiciliar após o nascimento, oferece apoio à família nesse momento de vulnerabilidade e identifica situações que precisem ser trabalhadas em seu atendimento na unidade, bem como busca faltosos. Todas as crianças acompanhadas devem ser inscritas no Programa de Prevenção de Anemia Ferropriva, onde recebem suplementação de ferro semanalmente do 6º ao 18º mês de vida. A soma das ações do agente de saúde, enfermeiro, médico e demais profissionais de saúde contribui para a excelência do cuidado ao bebê e sua família.

ESTUDO DE CASO: IDOSA SUBMETIDA À AMPUTAÇÃO SOBRE CUIDADOS DOMICILIARES ORIUNDOS DE UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Aline Duarte de Oliveira¹
Maria Cristina Sant'anna da Silva²
Thais Reis de Lima³

¹Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre da ULBRA campus Gravataí RS.

²Mestre Prof. em Enfermagem da ULBRA Gravataí RS

³Acadêmica de Enfermagem do 7º semestre da ULBRA campus Gravataí RS. Tel.: 51-8473.0003 E-mail: th.rlima@terra.com.br

Este estudo de caso desenvolveu-se a partir da vivência em uma Unidade de Saúde da Família, região metropolitana do RS. Baseando-se por entrevista com o paciente, revisão bibliográfica e prontuário. O Ministério da Saúde adquiriu compromissos junto a Estratégia da Saúde da Família (ESF), como o de reconhecer a saúde como direito de cidadania, humanizado, buscando satisfação do usuário pelo estreito relacionamento com os profissionais. Decorrente dos Estágios Curriculares voltados à atenção básica desenvolveu-se atendimentos domiciliares pelos acadêmicos, com cuidados de enfermagem holísticos. Visitas domiciliares (VD): idosa, 71anos, viúva, mora com a filha. Patologias prévias: Diabetes Mellitus, amputação do Membro Inferior Direito há 7meses, decorrente de pé diabético. Primeira VD: Subjetivo: senti-se bem, aceitando a amputação do MID. Faz uso de cadeira de rodas, não usa o andador. Evacuação a cada 4dias, evacuando quando toma chá de sene. Nega vícios. Realiza ginástica 2x ao dia e auxilia em algumas atividades domésticas. A filha administra a medicação para o DM, essa aprenderá crochê para ensinar a mãe. Objetivo: Lúcida, orientada, coerente, mucosas úmidas e coradas, afebril, eupneica, normocardia, normotensa, abdômen indolor a palpação e depressível. Amputação com coto cicatrizado, MIE aquecido. Diagnóstico de enfermagem: Mobilidade física prejudicada, Déficit no autocuidado; Pouca força muscular; Constipação. Conduta: orientado sobre importância do uso do andador, iniciar progressivamente. Ingerir frutas com casca nos lanches. Alimentar-se de 4/4hs, ingestão hídrica em jejum. Orientada a não tomar chá de sene, e possuir horário para esvaziamento intestinal. Segunda VD: Paciente bem-humorada, sem queixas, evacuando de 2/2dias, após seguir as orientações. Ficando no mínimo quatro vezes na semana no andador, além de mostrar desejo por aprender crochê. Este estudo proporcionou a descrição do quão importante é a realização do serviço desempenhado pela unidade de saúde da família ao paciente em seu domicílio. Tendo como maior beneficiário pela ESF, a população.

IMUNIZAÇÕES NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE

Carolina de Souza Frare¹
Daniela Bressan¹
Fátima Rejane A. Florentino³
Francine Dalla Corte¹
Michele Costa¹
Nair Cristina Fortuna Aguilera¹
Patrícia Cristina Cardoso²
Rafael Cassafuz¹
Roberta Marco¹
Vivian Cunha Tanscheit¹

¹Acadêmicos de graduação do curso de Enfermagem da PUCRS.

²acadêmica de graduação do curso de Enfermagem da PUCRS. (e-mail: patricia.cardoso@acad.pucrs.br; telefone: 33252842/97230230)

³Enfermeira Mestre da Faculdade de Enfermagem da PUCRS.

RESUMO: Este trabalho tem por objetivo caracterizar e demonstrar o funcionamento do Programa Nacional de Imunizações na cidade de Porto Alegre, desde seus princípios básicos de acordo com o Ministério da Saúde, até sua execução pelas Unidades Básicas de Saúde e Programa de Saúde da Família, descrevendo todo o processo logístico de distribuição e armazenagem dos imunobiológicos, quais órgãos são responsáveis por estes até chegarem efetivamente à população usuária do Sistema Único de Saúde, ressaltando a importância do conhecimento deste processo aos futuros enfermeiros, a partir de revisão bibliográfica.

INDICADORES DE CONTROLE E PREVENÇÃO DE INFECÇÕES EM UM HOSPITAL DE PORTO ALEGRE

Anelise Keunecke C. Veiga¹
Carla Maria Oppermann²
Viviane Maisa de Ávila Guez³

¹Aluna do 7º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da PUCRS.
Contatos: keunecke1@hotmail.com, (51)9329-6546 e 3233-2274;

²Enfermeira graduada pela UFRGS;

³Aluna do 6º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS.
Instituição: HOSPITAL PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE - HPS

Infecção hospitalar é um processo infeccioso que pode se manifestar durante a internação ou até mesmo após a alta, devido às manifestações de desequilíbrio do ambiente e do paciente, o que mostra sua relação com os processos invasivos. Trata-se de uma avaliação das práticas de controle e prevenção de infecções do trato respiratório, urinário e circulatório em um hospital da cidade de Porto Alegre, no período de outubro de 2007 a fevereiro de 2008. Este trabalho tem por finalidade contribuir para a melhora da qualidade das práticas de controle de infecção através da utilização dos indicadores de manutenção de cateteres vesicais, cateteres centrais e periféricos e prevenção de infecção respiratória, sendo a comissão de controle de infecção hospitalar de suma importância para manter as infecções controladas, já que constituem risco significativo à saúde dos usuários dos hospitais. Evidenciamos que das nove unidades avaliadas, quanto aos cateteres vesicais, os itens de não adequação foram: fixação não adequada de 68,2% e volume urinário não adequado de 10,9%. Quanto aos curativos dos cateteres centrais e periféricos apenas 50,8% estavam com a validade adequada, e 42,7% estavam sem data. Contudo, a avaliação da prevenção de infecção respiratória, a qual foi realizada nas unidades de terapia intensiva, a categoria de evidência quanto à utilização de soluções estéreis foi de 100% de adesão. Decorrente disto a utilização de indicadores favorece a identificação de problemas e oferecem dados que se bem interpretados inserem-se dentro da análise contínua da qualidade dos procedimentos, o que subsidia a instituição adequar-se as rotinas de medidas de precaução e assim contemplando as expectativas de uma prática adequada para controle da infecção hospitalar.

O GEOPROCESSAMENTO LOCAL NA TERRITORIALIZAÇÃO DA MORBIDADE POR CAUSAS EXTERNAS ENTRE JOVENS

Marta Cocco¹
Marcele Peretto²
Marta Julia Marques Lopes³

¹ Marta Cocco – Dda. EENF/UFRGS - martafwcocco@yahoo.com.br – (51)97221862

² Marcelle Peretto – Acad. EENF/UFRGS

³ Marta Julia Marques Lopes – Orientadora – Profa. Dra. EENF/UFRGS

Este estudo objetiva apresentar o georeferenciamento e contextualizar os eventos de morbidade por Causas Externas entre jovens, dos serviços de Atenção Básica de Saúde da região Lomba do Pinheiro/Partenon - Porto Alegre/RS, no período de 2002 a 2005. Trata-se de um estudo quantitativo com desenho descritivo do tipo ecológico, baseado em uma série de casos. Os dados foram coletados do instrumento de registro dos atendimentos que alimenta o banco de dados do Observatório de Causas Externas da região. Para o geoprocessamento da distribuição dos agravos utilizou-se o software *Map-info*. Entre os resultados, encontraram-se 442 jovens vítimas de Causas Externas, sendo 64% do sexo masculino. Os registros dos endereços de residência e ocorrência apresentavam incompletude. Assim, realizou-se busca nas fichas de notificação e diretamente nas Unidades de Saúde da região objetivando alcançar a totalidade dos dados. Salienta-se que, para os endereços de residência, atingiu-se 94% dos registros; e para os endereços da ocorrência, 85%. Isso revela a necessidade de maior sensibilização e preparo dos serviços, reconhecendo a localização como fator necessário e relevante para a visibilização desses eventos. Verificou-se que a maioria dos agravos (45,9%) ocorre em ambiente domiciliar, evidenciado na análise conjunta do local de ocorrência e local de residência. Na espacialização dos agravos estes se concentram próximos e/ou na residência do jovem, e mesmo os agravos ocorridos em via pública, não se distanciam muito do local de residência. Na Lomba do Pinheiro foi possível identificar aglomerados de ocorrências, e no Partenon, evidenciou-se número reduzido de registros; que se apresentaram de forma disseminada no mapa. Observa-se que as regiões pesquisadas, apresentam áreas precárias no que diz respeito às condições socioeconômicas e estruturais. Dessa forma, torna-se necessária essa conjunção de informações que identificam áreas de risco e fornecem subsídios para as intervenções do setor saúde no controle da morbimortalidade por Causas Externas.

O GERENCIAMENTO DO CUIDADO EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Carlise Mattioni¹
Lucilene Gama Paes²
Sabrina Guterres da Silva³
Guiomar Luciana Danieli⁴
Daisy Cristine Mohr Longaray⁵
Maria de Lourdes Denardin Budó⁶

¹Autora Relatora do Trabalho. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista PIBIC/CNPq 2007-2008. Contato: fcMattioni@yahoo.com.br. Telefone: 5581199465

²Autora do Trabalho. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM.

³Autora do Trabalho. Acadêmica do 8º semestre do curso de Enfermagem da UFSM.

⁴Enfermeira da Unidade de Saúde da Família São José. Especialista em Saúde da Família e Saúde Coletiva. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

⁵Enfermeira da Unidade de Saúde da Família São José. Especialista em Saúde da Família.

⁶Orientadora do Trabalho. Profª. Dra. do Departamento de Enfermagem da UFSM. Contato: lourdesd@smail.ufsm.br

Este trabalho é um relato de experiência acerca das atividades desenvolvidas na disciplina “Enfermagem na Administração dos Serviços de Saúde II” do 7º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, desenvolvidas na Unidade de Saúde da Família São José, no período de 24 de setembro a 06 de novembro de 2007. Assim, a atuação nos serviços públicos de saúde, proposta pela disciplina, é uma forma de vivenciarmos situações capazes de contribuir para a construção de competências necessárias ao gerenciamento, imprescindível na prática profissional da enfermagem. A ESF foi implantada na USF São José em maio de 2004. Em função do grande número de pessoas residentes na área de abrangência da Unidade, atualmente funcionam duas equipes de ESF na mesma Unidade. Estas equipes assistem cerca de 2.350 famílias, perfazendo um total de mais de 11 mil pessoas, extrapolando assim o número máximo de quatro mil e quinhentas pessoas por equipe, como é previsto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Quanto às atividades desenvolvidas, podem se destacar: a *capacitação sobre CA de Colo de Útero e Mama*, proposta pela Secretaria Municipal de Saúde, núcleo de atenção à saúde da mulher, foi um momento destinado à educação permanente dos enfermeiros da rede básica de Santa Maria, proporcionando a atualização de conhecimentos dos profissionais da saúde. A *Consulta enfermagem*, contemplada, como atividade privativa do enfermeiro, na lei do exercício profissional n.º 7.498/86, no seu art.11, inciso I, alínea i, e vem sendo efetivada na prática por enfermeiros que nela acreditam. Segundo Maciel e Araújo, 2003, a Consulta de Enfermagem pode ser definida como: atividade diretamente prestada ao paciente, por meio da qual são identificados problemas de saúde-doença, prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do usuário. A realização das Consultas de Enfermagem na Unidade de Saúde da Família contemplou vários aspectos das competências do enfermeiro. Apesar de estar centrada no âmbito assistencial, ela permite a construção de vínculo com o usuário, ao mesmo tempo em que possibilita o conhecimento das necessidades da população atendida. Desta forma, identificam-se as prioridades a serem estabelecidas, o que subsidia a elaboração de um planejamento em saúde, que integra as competências gerenciais do enfermeiro. Realização de reuniões com *Grupos de*

Gestantes, mulheres, hipertensos... como prática de promoção da saúde. *Visitas domiciliares*, como um dos instrumentos mais indicados à prestação de assistência à saúde, do indivíduo, família e comunidade e deve ser realizada mediante processo racional, com objetivos definidos e pautados nos princípios de eficiência. Apesar de antiga, a Visita Domiciliar traz resultados inovadores, uma vez que possibilita conhecer a realidade do cliente e sua família *in loco*, contribuir para a redução de gastos hospitalares, além de fortalecer os vínculos usuário – terapêutica – profissional (SOUZA et al, 2004). *Atividades educativas na escola*, conjuntamente com as Agentes comunitárias de Saúde da USF. Nesse momento abordamos questões sobre prevenção da pediculose, hábitos de higiene e suas implicações na saúde. Como metodologia, realizamos uma dramatização e dinâmicas relacionadas à temática. O público alvo foram crianças e adolescentes da escola citada. *Reuniões com acadêmicos de outros cursos*, que propiciou um importante aprendizado no que se refere ao trabalho multiprofissional. Esta experiência foi um desafio, pois o trabalho em equipe, especialmente quando essa se constitui de diferentes profissionais, exige habilidades e competências para gerenciar as divergências de idéias. No entanto constatamos que estamos aprendendo trabalhar de forma multiprofissional, de maneira que vivenciamos momentos de integração entre os acadêmicos dos cursos envolvidos, em que ações multidisciplinares aconteceram. Nessa perspectiva, Ceccim, 2006, p.259, afirma a necessidade de valorizar-se a multiprofissionalidade para a “composição de uma atenção que se desloque do eixo – recortado e reduzido – corporativo-centrado, para o eixo plural e complexo, usuário-centrado”. Prioriza-se assim uma abordagem integral dos assuntos discutidos, a partir da participação de diversas profissões na organização e execução dos encontros. *Reuniões com a equipe*, momento onde são discutidos assuntos referentes ao processo de trabalho da equipe. Esse espaço acontece uma vez por semana, sendo destinada à quarta feira à tarde para realizá-lo. Percebemos que a reunião de equipe nessa USF, constitui-se em um espaço muito mais de informação, aonde cada profissional socializa suas ações, sendo que a discussão de problemáticas acerca das famílias e suas respectivas micro-áreas bem como conflitos da equipe e situações a serem resolvidas acabam não acontecendo na reunião. Esses diálogos acabam ocorrendo informalmente no dia a dia do serviço de saúde, sendo realizado apenas por alguns profissionais, restringindo a participação de todos. Isso acarreta problemas de comunicação entre a equipe e também um descomprometimento dos profissionais que não participam das decisões. *Reunião inter-equipes*, um momento onde as equipes da rede de atenção básica de Santa Maria discutem assuntos pertinentes aos serviços de saúde. Percebemos que este é um momento de socialização entre as equipes, onde ocorre a exposição de problemas e busca-se sua solução conjuntamente, procurando estabelecer proposições que possam ser apreciadas pelo Conselho Municipal de Saúde. *Fechamento do SIAB*, constitui-se em um momento importante, pois nele são contabilizados os principais indicadores de saúde informados pelas Agentes Comunitárias de Saúde, referentes às suas micro-áreas. A enfermeira por sua vez, contabiliza esses dados, estabelecendo os indicadores de saúde de sua área no determinado mês. Tal atividade é fundamental para a elaboração de estratégias, integrantes do planejamento em saúde. Da mesma forma, a contabilização das ações desenvolvidas, através da produtividade expressa no sistema SAI-SUS, permite a avaliação dos serviços, servindo de base para identificar o que está sendo realizado na USF. Por fim, a participação da

Unidade no *Conselho Municipal de Saúde*, apresentando a composição da ESF, atividades e dificuldades, como forma de socializá-las com a sociedade problematizando-as conjuntamente. Isso proporciona uma aproximação entre usuários e o serviço de saúde, abrindo espaço para possíveis questionamentos e discussões. Ao final desta vivência, podem-se realizar algumas considerações. Observamos que o profissional enfermeiro geralmente atua como gerente/organizador do processo de trabalho de toda equipe. No entanto, percebemos a carência de conhecimento teórico acerca da gestão/gerenciamento, o que compromete a efetividade das ações desenvolvidas. Assim, há dificuldade em gerenciar os conflitos existentes. Normalmente eles acontecem de forma velada e são discutidos apenas no momento em que as situações não podem mais ser sustentadas. Mesmo assim essas discussões não são realizadas de maneira franca a fim de resolver a situação, sendo que os diálogos são permeados muito mais pelos sentimentos pessoais do que por idéias condizentes com a proposta da Estratégia de Saúde da Família. Nesse contexto, as relações de poder influenciam o desfecho dos conflitos, de forma que a resolução dos problemas torna-se mais difícil quando a discussão ocorre a partir da disputa de poder, atrapalhando, ou até mesmo, impossibilitando uma negociação dialógica. O fato de muitos assuntos relevantes não serem discutidos claramente na reunião de equipe faz com que a comunicação entre esta fique comprometida, sendo responsável por muitos dos conflitos que ocorrem. Na mesma linha, pode-se dizer que há uma lacuna muito grande no que se refere a questão do planejamento em saúde. Notamos que não foi desenvolvida nenhuma forma de planejamento das ações no decorrer das aulas práticas. As únicas expressões que se aproximaram de uma forma de planejamento aconteceram de maneira informal, sem objetivos claros e metodologia para realizar as ações e, tampouco, a avaliação de seu impacto. Percebemos que nossa inserção como acadêmicas de enfermagem ocorreu principalmente nas ações ditas assistenciais. Compreendemos que isso ocorre em função de sermos iniciantes na equipe, por isso o espaço para participarmos efetivamente dos processos de tomada de decisão é limitado. No entanto, na realização das atividades assistenciais, conseguimos desenvolver um olhar mais ampliado, identificando ações gerenciais também nesses momentos. A partir disso podemos concluir que não é possível dividir de maneira rígida as ações assistenciais das gerenciais, pois o gerenciamento ocorre para e com o cuidado. O planejamento do processo de trabalho em saúde pode ser realizado apenas se o profissional conhecer a realidade e as necessidades da população que atende e isto somente é possível a partir da aproximação proporcionada pela prática assistencial.

REFERÊNCIAS:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648 de 28 de março de 2006**. Regulamenta as ações de Atenção Básica em Saúde no SUS. Disponível em: www.saude.gov.br/legislacao. Acessado em: 16 Jan. 2008.
- CECCIM, R.B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In.: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006.
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem/RS. **Lei 7498 de 25 de junho de 1986**. Porto Alegre, 2002.
- MACIEL, I.C.F.; ARAUJO, T.L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, 2003.
- SOUZA, C. R.; LOPES, S. C. F.; BARBOSA, M. A. - A contribuição do enfermeiro no contexto de promoção à saúde através da visita domiciliar. **Revista da UFG**, Vol. 6, No. Especial, dez 2004.

PARADIGMAS DA SAÚDE: A EVOLUÇÃO DO CUIDADO E O SURGIMENTO DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Bruna Almeida¹

¹ Bacharelada em Enfermagem pelo Centro Universitário Metodista-IPA
E-mail: bruninha.88@bol.com.br Fone: 55+ 51 33522388; 91249542

Pode-se observar que as mudanças comportamentais de uma sociedade, incluindo seu modo de cuidar, são reflexos dos Paradigmas vigentes. O cuidar contemporâneo está relacionado a um processo de substituição e interface de concepções, entre o Paradigma Mecanicista e o Vitalista.

O Paradigma Mecanicista, construído principalmente por Descartes e Newton, percebe o corpo como um sistema maquinário, dispensando a relevância das questões sociais, emocionais e espirituais sobre o fisiológico. “O método cartesiano dividiu o conhecimento em especialidades para obter maior eficácia. No entanto, essa mentalidade reducionista do universo levou o ser humano a uma visão fragmentada da verdade.” (SILVA *et al*, 2007, p. 614) Já o Paradigma Vitalista, fundamentado nas concepções de pensadores como Albert Einstein, sugere a existência de uma força vital adicional às forças físicas conhecidas, influenciando na interação dos sistemas fisiológicos. Por meio da equação $E = mc^2$ (Energia equivale à massa ao quadrado), Einstein argumenta que tanto a energia como a matéria seriam duas manifestações distintas da mesma substância universal, porém em frequências diferentes. Nesse contexto de mudança de Paradigmas, observa-se o surgimento de novas formas do cuidar que utilizam o Modelo Vitalista. Tais métodos, denominados como Práticas Integrativas e Complementares (PIC) foram formalmente autorizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Portaria Nº. 971(Referente a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares). “Esta Política, de caráter nacional, recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do distrito Federal e dos Municípios, da implantação e implementação das ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares.” (FONTANELLA *et al*, 2007, p. 71) As PIC se caracterizam principalmente por concentrarem suas intervenções no doente, visto como um todo biopsicossocial. Curar, nesse sentido, não significa analgesiar os sintomas, mas sim reequilibrar suas funções vibracionais a fim de promover as funções físicas.

REFERÊNCIAS:

- FONTANELLA, Fabrício et al. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Tubarão, v.36, n.02, p.69-74, 2007. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/> >; Acesso em: 12 mar.2008.
- SILVA, Laura Cristina da et al. Pensamento Complexo: um olhar em busca da solidariedade humana nos sistemas de saúde e educação. **Revista de Enfermagem UCRJ**, Rio de Janeiro, v.14, n. 04, 613-9, 2007. Disponível em: www.portalbvsenf.eerp.usp.br/pdf/reuerj/v14n4/v14n4a19.pdf >; Acesso em: 15 mar.2008.

CONSULTA DE ENFERMAGEM E PESQUISA DE OPINIÃO: UM INDICADOR DE QUALIDADE?

Débora Faturi da Silevira¹
Luís Fernandes Luciano Filho²
Valderlane Bezerra Pontes Netto³
Arlete Spencer Vanzin⁴

¹Acadêmica 8º semestre Escola de Enfermagem UFRGS

²Acadêmico 8º semestre Escola de Enfermagem UFRGS

³Acadêmica Relatora 8º semestre Escola de Enfermagem UFRGS – e-mail: lanebez@hotmail.com

⁴Professora da Disciplina de Enfermagem Comunitária da Escola de Enfermagem UFRGS

O trabalho discute a pesquisa de opinião do público masculino sobre a efetividade, satisfação e o conhecimento das consultas de enfermagem em evento realizado de saúde em uma Instituição Militar. Projeto realizado durante a disciplina de Enfermagem Comunitária, disponibilizada aos alunos da Escola de Enfermagem UFRGS no 7º semestre. Objetivando realizar o levantamento do perfil epidemiológico, cultural e social e demográfico da população militar aliando criatividade, conhecimento científico as consultas de enfermagem. A metodologia utilizada foi realização de um anteprojeto apresentado a Instituição alvo, realização de um evento com duração de um dia; alocação de subsídios materiais fornecidos pela Policlínica Militar de Porto Alegre para elaboração de Folders e Banners educativos; recrutamento de alunos da Escola de Enfermagem UFRGS para realização de consultas de enfermagem usando como instrumento o Histórico de Enfermagem para levantamento de dados objetivos, subjetivos e impressão. Segundo Olímpio (2004), qualidade, humanização, alta produtividade e baixo custo é o que se espera como resultado de programas e serviços em saúde. Quanto à análise da pesquisa de opinião 97% acharam o evento excelente; 90% referiram que o evento foi bom com relação à organização, grande parte dos militares não sabiam que o evento iria acontecer; 74% não conheciam a consulta de enfermagem; 88% ficaram satisfeitos com o atendimento prestado; 12% ficaram insatisfeitos por desconhecer a realização do evento e 100% queria que esta atividade fosse amplamente divulgada e ocorresse novamente. As consultas de enfermagem em diversas áreas, as medidas antropométricas, levantamento de dados objetivos, palestras e vacinação somaram 1.136 ações realizadas em um único dia. Propõe a realização de outros eventos para confrontar os dados. Recomenda a participação do enfermeiro para trabalhar com prevenção, promoção e diminuição dos agravos encontrados. Conclui que a pesquisa de opinião serviu de ferramenta para indicar a satisfação e a qualidade do evento.

Palavras-chave: Consulta de enfermagem. Pesquisa de opinião. Indicador de Qualidade.

PORTADORES DE HIV/AIDS E DISLIPIDEMIA

Sabrina Terezinha de Souza Gilli¹

Daila Alena Raenck da Silva²

Carolina Karnop³

¹Acadêmica do Centro Universitário Unilasalle. binagilli@yahoo.com.br. Celular: 9685-1821.

²Graduada em Bacharelado de Enfermagem pela UFRGS em 2007/2. dailalena@ig.com.br

³Graduada em Bacharelado de Enfermagem pela UFRGS em 2007/2.

A dislipidemia é considerada um dos fatores de risco para doenças cardiovasculares. Frente a isso se percebe que os pacientes HIV/AIDS (Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) estão mais predispostos a desenvolver disfunções cardíacas, devido às alterações metabólicas, provocadas pela própria infecção. Outro fator contribuinte para essa maior exposição é o uso de antiretrovirais que acentuam o desequilíbrio dos lipídios. Com o advento da HAART (Terapêutica Anti-retroviral Altamente Ativa), os portadores de HIV/AIDS passaram a ter uma maior sobrevida, porém passaram a conviver com diversos efeitos colaterais, dentre eles uma maior predisposição a fatores de risco cardiovascular. Nesse grupo deve haver um controle rígido dos níveis de lipídios, para que se possa intervir com o tratamento mais adequado em estágios mais precoces. Pretende-se apresentar a assistência de enfermagem no manejo da dislipidemia, em pacientes portadores de HIV/AIDS que utilizam antiretrovirais. Explanando as abordagens adotadas em um Serviço de Assistência Especializada (SAE) em HIV/AIDS/DST, do Centro de Saúde da Vila dos Comerciários de Porto Alegre. Dadas as características do perfil de risco cardiovascular dessa população, as intervenções não-farmacológicas parecem ter um efeito mais importante no tratamento preventivo das dislipidemias em pacientes infectados pelo HIV. Os pacientes devem ser aconselhados a controlar os fatores de risco, seguindo as orientações de estilo de vida, como parar de fumar, seguir dieta, realizar exercício físico, controlar a hipertensão arterial e a diabetes. Portanto, evidencia-se a grande importância da assistência de enfermagem no ambulatório, identificando e prevenindo possíveis alterações decorrentes do uso de anti-retroviral, em especial a dislipidemia.

CAMINHOS SEGUROS NA ESCOLA VS. PRÁTICAS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

Juliana Maciel Pinto¹
Alessandra Tomazi Franceschi¹
Amanda dos Santos Rovira¹
Marta Júlia Marques Lopes²
Tatiana Engel Gerhardt²

¹Acadêmicas do 8º semestre do curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf/UFRGS).

²Professoras da disciplina de Enfermagem Comunitária, do curso de graduação em Enfermagem na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf/UFRGS).

Contatos do relator: e-mail: ju_pinto1@yahoo.com.br; fones: (51)99343139.

O presente trabalho evidencia a realidade em uma escola municipal de Porto Alegre quanto aos acidentes e violências ocorridos no ambiente escolar, e possíveis estratégias de enfrentamento. Os acidentes e violências acometem o cotidiano escolar, desafiando professores e funcionários da escola, e fazendo com que busquem meios para preveni-los e/ou amenizá-los. As causas externas manifestam-se como injúrias não intencionais (acidentes), quando não há a intenção de causar danos, ou como injúrias intencionais (violências), quando há a intenção de causar danos. No ambiente escolar, quaisquer um dos tipos de injúrias podem ocorrer. Identificou-se, por meio de alunos de uma turma da 4º série do ensino fundamental, injúrias provocadas durante o período escolar e seus possíveis locais de ocorrência, sempre considerando o que os alunos entendem como acidentes e violências. Estabelecida a problemática com os alunos, elaborou-se e realizou-se a oficina de primeiros socorros, que contou com a presença de 42 professores. Tais atividades foram motivadas pela inserção das acadêmicas de enfermagem em campo de estágio de saúde comunitária, onde o contato com a escola como parte da comunidade era um dos pré-requisitos. Os dados analisados provêm das atividades realizadas com as crianças e professores. Observa-se um quadro escolar com dificuldades de manutenção ótima do ambiente escolar, com danos causados no ambiente pelos próprios alunos, resultando em locais de risco. Soma-se a isto, professores com poucas alternativas para evitar os riscos apresentados, limitando-se a cuidados empíricos depois da lesão já estabelecida. Logo, ressalta-se a importância da observação contínua das vivências das crianças e suas opiniões, e também a necessidade de integração entre a unidade de saúde e a escola. O foco de atuação deve ser a de desenvolvimento de uma cultura de práticas saudáveis sobre e com as crianças e professores, responsabilizando-os pelo seu cuidado e pelos cuidados com o ambiente escolar.

PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: O OLHAR DA EQUIPE DE SAÚDE E DO USUÁRIO

Giovana Ely Flores¹
Carlos Henrique Dorfey²

¹Enfermeira Graduada pela Universidade de Passo Fundo (RS). Especialista em Neonatologia e Saúde Coletiva e da Família. Enfermeira da Escola Técnica do HCPA, Professora Substituta do Departamento Materno-Infantil da UFRGS

²Enfermeiro Graduated pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Enfermagem do Trabalho e Saúde Coletiva e da Família. Enfermeiro da Unidade De Radiologia do HCPA

INTRODUÇÃO: Quando pensamos na assistência à saúde, vem-nos de imediato à mente a aplicação de tecnologias para o bem-estar físico e mental das pessoas. Segundo Ayres (2004), em geral a formulação é simples: a ciência produz o conhecimento sobre as doenças, a tecnologia transforma esse conhecimento em saberes e instrumentos para a intervenção, os profissionais de saúde aplicam esses saberes e instrumentos e produz-se a saúde. Entendemos que, como profissionais da saúde, estamos construindo permanentemente mediações, escolhendo dentro de certas possibilidades o que devemos querer, ser e fazer àqueles a quem assistimos - e a nós próprios. Optamos por realizar nosso trabalho de pesquisa e coleta de informações na Unidade Básica de Saúde HCPA/ Santa Cecília, pois esta é vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre, onde desenvolvemos atividades assistenciais e de ensino. Acreditamos que é importante conhecermos a realidade dos usuários que buscam os serviços desta unidade de saúde e entendermos a organização funcional do local, bem como os recursos materiais e pessoais disponíveis, e na ampliação dos nossos conhecimentos sobre a dinâmica de trabalho das equipes de saúde da família.

OBJETIVOS:

- Conhecer o processo de trabalho da equipe de saúde da família em uma unidade básica de saúde, seu contexto social, as relações interpessoais e as transformações decorrentes desta interação;
- Identificar particularidades do contexto nesta unidade de saúde, caracterizando o seu usuário e os trabalhadores da equipe de saúde.

CARACTERIZANDO A UNIDADE: Esta UBS - unidade básica de saúde presta atendimentos desde 2004, foi instituída através de um convênio firmado por um Hospital Universitário e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre (RS). Possui atualmente em torno de 6.490 prontuários de família abertos. Área de abrangência em torno de 45 mil pessoas e atualmente 15 mil usuários cadastrados. Para atender essa demanda, possui três equipes de saúde da família. As equipes são multidisciplinares, contam com enfermeiras, médicos, técnicos de enfermagem, odontóloga e auxiliar de odontologia, auxiliar administrativo e agentes comunitários de saúde. O horário de funcionamento da UBS é das 7 às 18 horas. Todas as consultas devem ser agendadas previamente e pessoalmente, sendo que as consultas de urgência são avaliadas pela equipe do acolhimento. Os profissionais da unidade reúnem-se semanalmente para planejamento, comunicados, discussão de rotinas e estudo de casos. Neste local também funciona o conselho Local de Saúde, com reuniões mensais abertas a todos os interessados.

METODOLOGIA: Este foi um estudo convergente assistencial com pesquisa quali-quantitativa, desenvolvido no período de Dezembro de 2006 à Março de 2007, baseado em Trentini & Paim (1999), que ressaltam que neste tipo de pesquisa o tema deve emergir da prática profissional cotidiana do pesquisador e se propõem a fornecer respostas que podem caracterizar-se como novos conhecimentos, solução de problemas, melhoramentos e mudanças no contexto. Foi desenvolvido em uma unidade básica de saúde com equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), do município de Porto Alegre. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com vinte usuários e vinte e dois trabalhadores da unidade de saúde, tendo como critério de representatividade de cada classe profissional. Através dos resultados obtidos, construiu-se um diagnóstico de saúde do local, e posteriormente houve a elaboração de um planejamento estratégico em cima das necessidades desta unidade de saúde.

Resultados: Fazendo uma análise dos dados obtidos constatamos que a faixa etária da população atendida neste local possui entre 22 a 78 anos, sendo que 70% são mulheres e 30% homens. Em relação à ocupação as atividades predominantes são: serviços de doméstica, aposentados e donas de casa, sendo que a renda familiar mensal fica em torno de um a dois salários mínimos. Para chegar até a unidade de saúde a maioria dos usuários vem a pé, e gasta em torno de trinta minutos no deslocamento. Referem que já são usuários deste local e ressaltam que são bem recebidos pelos funcionários, sendo que aguardam em média uma hora para o atendimento. O principal motivo que leva a população a procurar esta unidade de saúde são as consultas médicas, busca de medicações seguidas pelos procedimentos (vacinas, curativos e verificação de pressão arterial). Com relação a resolutividade dos problemas de saúde, a maioria dos usuários acredita que seus problemas serão resolvidos ou serão encaminhados para especialistas. Concluíram que seus problemas foram resolvidos no momento da consulta e também através dos encaminhamentos ou solicitações de exames. No entendimento dos profissionais da unidade, os motivos que levam a população a procurar o serviço são: a resolutividade, o bom atendimento e as consultas médicas que são oferecidas. No que diz respeito a problemas dos funcionários da unidade, ressaltam que a falta de material, o sistema de informações e a falta de funcionários do administrativo dificultam o atendimento à população. Quando questionados sobre as dificuldades em exercer suas atividades, a grande maioria reforça a questão da falta de medicamentos e sugere melhorias na sistematização e informatização da unidade. Segundo a percepção dos profissionais deste local, os outros serviços de saúde que a população procura são: as emergências dos hospitais, as clínicas de ortopedia e clínicas de vacinas. E os meios que utilizam para resolver seus problemas de saúde são: a automedicação, uso de chás e recorrem à igreja ou centro espírita.

LEVANTAMENTO DE ITENS DE MELHORIAS:

- Falhas na sistematização de comunicações internas;
- Falta de medicamentos disponíveis na unidade de saúde;
- Descontinuidade no fornecimento de medicamentos para a unidade pela Secretaria de Saúde;
- Dificuldade de acesso dos trabalhadores ao sistema informatizado da unidade, pelo número reduzido de terminais de computadores;
- Espaço físico limitado na farmácia, para atendimento ao usuário e acondicionamento de medicamentos;

-
- Demora no encaminhamento dos usuários para médicos especialistas;
 - Sede da unidade básica afastada das áreas de risco, dificultando inclusive as visitas domiciliares e a sistematização das mesmas;
 - Dificuldade de acesso dos agentes comunitários nas residências dos usuários em condomínios da área adstrita; pelo medo e aumento da criminalidade;
 - Descrédito da população em relação aos serviços de saúde oferecidos pelo Sistema Único;
 - Falta de materiais de consumo na unidade, aqueles fornecidos pela Secretaria de Saúde.

CONCLUSÃO: Analisando os dados coletados, constatamos que a UBS e as equipes de saúde que atuam neste local se propõem a atender os princípios de integralidade e acolhimento, além da resolutividade dos problemas da população adstrita. Também entendem que este local constitui-se em espaço educativo e de formação de trabalhadores para o SUS, que é de suma importância a contrapartida do hospital e universidade no processo de disponibilização de profissionais para atender as demandas. Os trabalhadores da unidade reconhecem a necessidade de melhoria nos processos de comunicação e informações internas, tendo como objetivo a promoção da saúde. Os usuários por sua vez, sentem-se gratos pela atenção recebida e valorizados pelo acolhimento que relatam “funcionar muito bem na unidade”. Os problemas apontados pelos usuários como a falta de medicamentos e a demora para conseguir consultas com especialistas, faz parte de um macrocontexto de saúde, que reflete a situação do Brasil como um todo, de descaso na grande maioria das vezes e de descontinuidade dos programas assistenciais. Desta forma entendemos que este trabalho constituiu-se como um instrumento de reflexão sobre as práticas de saúde propostas pelo SUS e desenvolvidas pelas equipes de PSF, sobre o cenário de saúde que temos e o que queremos implementar na assistência primária em saúde, desenvolvendo a escuta do usuário dos serviços e dos trabalhadores em saúde e atendendo os pressupostos de Humanização no cuidado.

REFERÊNCIAS:

- AYRES, J. R. **Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde**. Revista Interface-Comunic, Saúde, Educ., v.8,n. 14, p.73-92, set. 2003-fev. 2004.
- TRENTINI, Mercedes ; PAIM, Lígia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC,1999.

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DA UNIDADE DE SAÚDE PARQUE DOS MAIAS, PORTO ALEGRE/RS

Micheli Regina Etges¹
Raquel Michel da Rosa²

¹Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. Contato: e-mail: michelietges@yahoo.com.br, telefone 51 -99632498

²Enfermeira. Especialista em Enfermagem Obstétrica. Preceptora de campo da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.

O objetivo essencial do trabalho do enfermeiro é o cuidado humano e uma das formas de realizar a prestação do cuidado é implantar o processo de enfermagem, que consiste em seis etapas: histórico, diagnóstico, plano assistencial, prescrição, evolução e prognóstico. É importante ressaltar que todas essas etapas devem se inter-relacionar de forma dinâmica e num *continuum* de raciocínio e avaliação das intervenções. A Resolução do COFEN 272/202 afirma ser função exclusiva do enfermeiro realizar o processo de enfermagem, o qual possui como finalidade identificar o processo saúde-doença e proporcionar intervenções de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades sob seus cuidados. Tais objetivos vão ao encontro das características da atenção primária à saúde. A Unidade de Saúde Parque dos Maias (USPM) é uma das unidades de atenção primária à saúde do Grupo Hospitalar Conceição e também campo de atuação da Residência em Saúde da Família e Comunidade para profissionais enfermeiros. Considerando os objetivos da residência que além da formação em serviço prima pela pesquisa e ensino tal projeto tem como objetivo iniciar a implantação do processo de enfermagem nesta unidade com um projeto piloto dirigido ao grupo de usuários pertencentes ao Programa de Assistência Domiciliar (PAD). O método utilizado como referencial teórico será o modelo conceitual de HORTA, utilizando os Diagnósticos de Enfermagem da Taxonomia II da NANDA, as Intervenções de Enfermagem da NIC e os Resultados de Enfermagem da NOC. Pretende-se com este projeto contribuir para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem, bem estar e aumento da autonomia do usuário e seus familiares, além de fortalecer o cuidado humanizado, o vínculo e a resolutividade, proporcionando maior visibilidade do trabalho das enfermeiras na equipe multiprofissional dessa unidade de atenção primária à de saúde.

Administração em Serviços de Saúde

LISTA DE ESPERA PARA TRANSPLANTE RENAL E PANCREÁTICO: ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELO GERENCIAMENTO

Maria Conceição da Costa Proença¹
Alessandra Rosa Vicari¹
Débora Hexsel Gonçalves²

¹ *Enfermeira Especialista em Nefrologia - Unidade de Hemodiálise HCPA*

² *Acad. Enfermagem 8º semestre – UFRGS*

Contato: mproenca@hcpa.ufrgs.br / 99711462

O enfermeiro vem se destacando na área dos transplantes, dando ênfase à educação para o autocuidado dos pacientes com Insuficiência Renal Crônica e seus familiares. O presente trabalho visa relatar as funções do enfermeiro no gerenciamento da lista de espera de um centro transplantador. Trata-se de um estudo descritivo, de caráter qualitativo, em que foram relatadas as atividades realizadas pelos profissionais da enfermagem na coordenação da lista de espera para transplante de rim e pâncreas. As atividades do enfermeiro no gerenciamento da lista de espera para transplante renal e pancreático podem se divididas em administrativas e assistenciais. Nas atividades administrativas, incluem-se as tarefas de inclusão, ativação e inativação de pacientes em lista; coordenação da renovação da soroteca e painel; controle da coleta de HLA; comunicação com as unidades de diálise; organização de eventos relacionados com o transplante; auditoria mensal da lista de espera junto à Central de Transplantes e ao Serviço de Imunologia; reuniões com a equipe multidisciplinar e comunicação de transplantes realizados, óbitos, desistências e troca de unidade de diálise ou centro transplantador à Central de Transplantes. As atividades assistenciais se referem à assistência de enfermagem prestada aos pacientes com Insuficiência Renal Crônica que estão sendo avaliados para ingresso em lista de espera, através de Consultas de Enfermagem pré-transplante. Tais consultas visam fornecer aos pacientes informações acerca do tratamento transplante, desenvolver habilidades para o autocuidado, esclarecer dúvidas, realizar encaminhamentos (para a assistência social, dentista, ginecologista e outros) e preparo pré-operatório. O enfermeiro possui um papel importante quando assume a responsabilidade de gerenciar uma lista de espera para transplante, visto que se envolve com dados que precisam ser fidedignos para o sucesso do tratamento, viabilizando condições clínicas e logísticas dos pacientes para serem selecionados para a realização do transplante.

SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM - INTERFACE COM A CONSULTORIA JURÍDICA

Diovine Ghignatti da Costa¹
Solange Pilati²
Claudia Beatriz Nery²
Vera Maria Bruxel²
Rosalba Righi²

¹ Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em função de Supervisão do Grupo de Enfermagem. Mestranda do PPG Enfermagem – UFRGS

² Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em função de Supervisão do Grupo de Enfermagem
Contato: dgcosta@hcpa.ufrgs.br Fone: (51) 2101 8337 / (51) 9246 6788

INTRODUÇÃO: A supervisão do grupo de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre existe historicamente há 33 anos, sendo criada em abril de 1975. Inicialmente o grupo de supervisoras foi composto por três enfermeiras para atender as 9 unidades existentes. Com o passar dos anos e a ampliação das áreas do HCPA, em agosto de 1984 o quadro passou para cinco enfermeiras atuando junto às 28 unidades do grupo de enfermagem. A partir de junho de 2001 houve uma reestruturação das atividades administrativas do Hospital, a qual produziu uma mudança no processo de trabalho das supervisoras agregando às suas atividades as pertinentes ao plantão administrativo. Com isso, assumiram, além da representação da Coordenação do Grupo de Enfermagem a representação da Administração Central nos plantões. Atualmente a supervisão é realizada em 33 unidades assistenciais, com profissionais da área médica, de enfermagem e administrativa. Dentre as atividades enquanto plantão administrativo destaca-se neste trabalho os encaminhamentos referentes às demandas jurídicas assistenciais. A busca pelos serviços de saúde através de mandados judiciais tem sido um meio utilizado pela população para acesso a estes serviços. Como esta é uma atividade diferenciada das demais praticadas no âmbito hospitalar, é relevante torná-la visível, considerando mais uma área de atuação com papel fundamental representado pelo profissional enfermeiro.

OBJETIVO: Compartilhar a experiência da supervisão de enfermagem, enquanto plantão administrativo, referente às demandas jurídicas assistenciais.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo, desenvolvido através da análise quantitativa das demandas jurídicas assistenciais ocorridas no ano de 2007 no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os dados foram coletados a partir da busca dos registros de 486 relatórios dos plantões (totalidade) confeccionados e enviados à Administração Central a cada plantão, estes contemplam todas as ações desenvolvidas no turno.

REVISÃO DA LITERATURA: As políticas de saúde estão garantidas na Constituição Federal de 1988, através do Sistema Único de Saúde (SUS), que contempla os princípios da integralidade, universalidade e equidade. A Carta Política em seu artigo 1º garante o direito à vida e que esta seja digna. No Brasil, um dos maiores desafios é manter a coerência entre o que a lei determina e aquilo que é realidade. Garantir o acesso aos serviços de saúde e fazer vigorar os princípios do SUS é algo que às vezes parece ser um tanto utópico. Muitas são as dificuldades de acesso ao SUS, entre elas se encontra: falta de acesso para ingresso no sistema através da primeira consulta, de médico especialista, de infra-estrutura adequada, de acesso aos serviços de

atenção secundária e terciária, as quais caracterizam a fragilidade do sistema. Neste contexto, o usuário com todas suas necessidades não atendidas e sem vislumbrar alternativa busca seus direitos através do Poder Judiciário. No âmbito hospitalar encontra-se a equipe de saúde, que vivencia nas portas de entrada do seu serviço, a chegada destes pacientes com mandado judicial. Os pacientes chegam acompanhados pelo Oficial de Justiça, pela Equipe Assistente e/ou pelo Conselheiro Tutelar, bem como com familiares responsáveis, portando a documentação expedida pelo Juiz. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre quem assume a responsabilidade de encaminhar estas ocorrências é a supervisora de enfermagem enquanto plantão administrativo, juntamente com a consultoria jurídica do Hospital. Isto ocorre durante a semana nos plantões noturnos e nas 24 horas do dia nos finais de semana e feriados. A seguir apresenta-se sumariamente a realidade acerca desta vivência: a supervisora é acionada por contato telefônico para um pré-encaminhamento ou pela equipe assistente na chegada do paciente à emergência. Realiza-se a análise da situação, verificando o tipo de solicitação e/ou determinação (avaliação médica, internação), especialidade médica, procedência. Para pacientes psiquiátricos provenientes do interior do Estado, encaminha-se o pedido ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Para os provenientes de POA e grande POA encaminha-se para o Plantão de Atendimento de Saúde Mental da Vila dos Comerciantes/ PACS, conforme ofício do Corregedor-Geral da Justiça de setembro de 2005. Para as demais especialidades avalia-se cada caso e situação, relacionando ao contexto do Hospital (vagas, especialidade, etc). A consultoria jurídica é acionada pela supervisora, passando as informações, por telefone, referentes ao mandado e os dados quanto à situação do hospital, a fim de se verificar as condições de atendimento da ordem judicial. Também é realizado contato com Central de Leitos do Estado, em busca de alternativas de solução, quando não se dispõe de condições de atendimento. Estas experiências são permeadas por relações um tanto quanto delicadas entre usuário dos serviços de saúde e profissionais de saúde e profissionais da justiça. Por um lado tem-se um paciente com sua família em situação fragilizada, por não ter tido acesso ao atendimento; por outro as instituições de saúde abarcando um contingente de ordens emitidas pelo poder judiciário, que por sua vez é acionado mediante as dificuldades do sistema de saúde em atender as necessidades dos usuários através da aplicação das prerrogativas das políticas de saúde. As questões éticas também perpassam esta problemática, na medida em que os profissionais da instituição hospitalar, referindo-se a nossa experiência, atendem a determinação de uma ordem judicial em detrimento de outro atendimento. Este outro que não buscou o “caminho da lei” passa a aguardar mais um pouco devido aos encaminhamentos do atendimento via judiciária. Frente a isto, ressalta-se o papel do enfermeiro, em função de supervisão, enquanto plantão administrativo, profissional da saúde que tem se destacado em funções de gerência de serviços de saúde, por apresentar habilidades específicas, conhecimento e atitude para encaminhar estas situações de maneira a reduzir ao máximo o conflito latente que naturalmente está implícito, buscando a melhor escolha para a resolução do problema. Estudos referentes à organização tecnológica do trabalho em saúde retratam a ocupação pelo profissional enfermeiro de um espaço vazio, que não foi assumido por nenhum outro profissional de saúde com tanta eficácia. O enfermeiro assumiu além de suas atividades relacionadas ao cuidado, a resolução de problemas do cotidiano, a garantia de infra-estrutura, pois o trabalho da enfermagem se caracteriza por perpassar todos os espaços de atendimento, articulando e

interligando as ações. As atividades da supervisora de enfermagem enquanto plantão administrativo demonstram concretamente o descrito por estes estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: Ocorreram **57** demandas jurídicas assistenciais encaminhadas pelas supervisoras. A procedência dos pacientes está caracterizada na Tabela 1. A maior demanda (47%) é proveniente do interior.

Tabela 1- Procedência do paciente

<i>Procedência</i>	<i>Nº de vezes (%)</i>
Interior do RS	27 (47%)
Porto Alegre	12 (21%)
Grande Porto Alegre	09 (16%)
Não informou	09 (16%)
Total	57 (100%)

A Tabela 2 refere-se à presença do paciente, à documentação e à solicitação de avaliação médica. A presença do paciente durante os procedimentos de cumprimento da ordem judicial denota uma maior agilidade para o desfecho dos casos críticos. A documentação jurídica é analisada; quando não está completa o oficial de justiça ou o responsável é comunicado para que providencie a adequação junto ao Foro Central de Porto Alegre. Porém, em casos do paciente necessitar atendimento urgente, procede-se ao atendimento enquanto se aguarda os trâmites documentais. Trabalha-se conjuntamente com a equipe de saúde da emergência, que identifica a necessidade urgente do atendimento. Em alguns casos o juiz determina que seja realizada uma avaliação médica e, se indicado, se proceda à internação. Solicitações deste tipo determinam a internação pelo poder judiciário sem tirar a autonomia da equipe de saúde quanto à indicação da mesma.

Tabela 2- Presença do paciente, documentação jurídica e solicitação jurídica de avaliação médica

	<i>Sim (%)</i>	<i>Não (%)</i>
Presença do paciente	46 (80%)	11 (20%)
Documentação jurídica completa	39 (76%)	12 (24%)
Solicitação jurídica de avaliação médica	25 (44%)	32 (56%)

As especialidades médicas procuradas para atendimento estão demonstradas na Tabela 3. As necessidades evidentes estão concentradas na psiquiatria, somando 39 % da procura.

Tabela 3- Especialidades Médicas

<i>Especialidade</i>	<i>Nº de vezes (%)</i>
Psiquiatria infantil	14 (25%)
Psiquiatria	08 (14 %)
Ortopedia	07 (12%)
Intensivismo pediátrico	07 (12%)
Intensivismo adulto	05 (9%)
Clínica	04 (7%)
Vascular	03 (5%)
Outras (1 ocorrência cada)	09 (16%)
Total	57 (100%)

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Das **57** demandas jurídicas assistenciais encaminhadas por intermédio das supervisoras, efetivaram-se **29 (51 %)** internações. O Hospital responde justificando o não cumprimento do mandado judicial, através da Consultoria Jurídica. Em **05** dos casos foi evidenciada a presença de evento

adverso, em decorrência de discordância de entendimento pelos representantes da justiça quanto aos encaminhamentos dados pelo Hospital (supervisoras). São eles: postura desrespeitosa do oficial de justiça (4), entre estes 01 com voz de prisão e presença da Brigada Militar (01). A experiência das supervisoras de enfermagem, enquanto plantão administrativo, retratando a interface com as demandas jurídicas assistenciais evidencia mais um campo de atuação do enfermeiro. Já é consagrada a capacidade do profissional enfermeiro em articular os esforços e saberes da equipe de saúde para atender as necessidades dos pacientes. Este relato mostra novas possibilidades de atuação do enfermeiro, na medida em que colabora com os saberes de outras áreas, através da interface com o jurídico. A apresentação deste tema nos remete a necessidade de refletir e discutir acerca das diversas variáveis envolvidas na busca pelo atendimento via judicial, como o acesso aos serviços de saúde, a ética, as determinações jurídicas e autonomia do profissional de saúde. Aponta-se, portanto, alguns temas relacionados para futuros estudos e novas possibilidades de formação do profissional Enfermeiro.

Palavras-chave: Supervisão de enfermagem; Administração Hospitalar; Poder Judiciário

TERRITORIALIZAÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR DOS RESIDENTES (R1) NA UNIDADE PARQUE DOS MAIAS, PORTO ALEGRE/RS

Alexandre Humberto Borowicz¹
Micheli Regina Etges²
Lourenço Brito Felin³
Caroline Hermann Nodori⁴
Viviane Elisabeth de Souza⁵

¹*Odontólogo. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.*

²*Enfermeira. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição. E-mail para contato: micheliertes@yahoo.com.br; telefone 51-99632498*

³*Assistente Social da Unidade de Saúde Parque dos Maias, Serviço Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.*

⁴*Farmacêutica. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Programa de Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição.*

⁵*Médica. Residente em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição.*

As diferentes análises da categoria *território* possibilitam a ampliação de uma visão geofísica do espaço urbano para uma perspectiva compreensiva e relacional, implicando no envolvimento com a dinâmica das relações sociais e de poder, como também, a apropriação subjetiva dos sujeitos sobre um espaço delimitado. A rotina de trabalho das unidades de saúde inclui processos de conhecimento do território e de sua população adstrita. A Residência em Saúde da Família e Comunidade do Grupo Hospitalar Conceição busca promover a reflexão deste conceito na APS, utilizando-se da formação em serviço para instigar a observação crítica sobre a realidade. Tem como objetivo descrever e refletir a vivência de residentes na construção da noção de território e sua relação com o processo de saúde-doença em uma comunidade da zona norte de Porto Alegre. Consiste em um relato de experiência no qual o grupo multiprofissional, composto por enfermeira, farmacêutica, médica, odontólogo e assistente social, desenvolveu uma técnica de territorialização baseada na construção do “mapa vivo” da realidade local adstrita à unidade de saúde pertencente. A aproximação com o conceito de *território* a partir de uma atividade prática vivencial, permitiu a identificação da sua aplicabilidade no campo da saúde coletiva, no que tange à organização e gerenciamento do serviço de saúde. Bem como, à aproximação com o contexto social dos usuários, à tomada de decisões técnicas e políticas quanto à definição da capacidade de atendimento, como também, em relação à identificação de estratégias em saúde numa perspectiva interdisciplinar. A proposta de produção de tecnologia educacional contida nesse trabalho utilizou um processo pedagógico onde o grupo de residentes se tornou o sujeito da elaboração, possibilitando que a sua produção fosse o eixo do processo de ensino-aprendizagem. Desse modo, os residentes além de participarem ativamente da aprendizagem, produziram uma tecnologia educacional com grande potencial de aplicabilidade posterior.

A MOTIVAÇÃO DO TRABALHO DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO DA LITERATURA.

Anelise Steffen¹

¹Enfermeira. Centro Universitário Feevale

Forma de contato: email: anesteffen@terra.com.br; telefone: (51)99676952

A motivação está ligada ao comportamento humano, a um processo interno que ocorre em cada indivíduo para satisfazer as suas necessidades e alcançar determinados objetivos. A enfermagem é uma profissão cuja essência caracteriza-se pelo cuidado ao ser humano prestado na forma de assistência sistematizada, a partir de um conjunto de conhecimentos específicos da área que ajudam na prevenção, promoção e recuperação da saúde e na melhoria da qualidade de vida. (PEREIRA, 2005). As equipes compõem-se de profissionais com capacitação nos níveis médio e superior de ensino, sendo que, qualquer que seja a formação um diferencial que enriquece a qualidade da assistência prestada é a motivação, que envolve e compromete cada funcionário da enfermagem com a missão, as diretrizes e os objetivos institucionais e os da enfermagem. O objetivo deste trabalho é identificar como a motivação do trabalho do enfermeiro está sendo abordado nas publicações científicas. Os dados foram coletados através de um levantamento das produções científicas produzidas entre os anos de 2000 a 2006. As bases utilizadas para a coleta de dados foram os bancos de dados da MEDLINE E LILACS. Para a organização das informações contidas nas publicações científicas encontradas, foi utilizada a leitura flutuante dos resumos dos trabalhos, identificando-se o objeto, os objetivos do estudo e os resultados do mesmo, os dados foram registrados sob a forma de fichas de leitura. Para análise dos dados este estudo utilizou a técnica de Análise de Conteúdo, proposta por Bardin. Com este trabalho podemos concluir que a motivação surge aspecto fundamental na busca de uma melhor eficiência e, conseqüentemente, de maior qualidade de vida na assistência de enfermagem prestada, aliada à satisfação dos trabalhadores da enfermagem. O estudo da motivação, em decorrência da sua complexidade e dificuldade, parece não ser esgotável, necessitando de maior aprofundamento e atenção das organizações e instituições formadoras.

ACÇÕES HUMANIZADORAS DESENVOLVIDAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Ana Valéria Furquim Gonçalves¹
Lani Brito Fagundes²
Márcia Ziebell Ramos³
Mariléia Rodegheri⁴
Regina Helena Alves Salazar Skilero⁵

¹Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Enfermeira assistencial do Serviço de Emergência do HCPA. anavall@terra.com.br Tel 21018431

²Assistente Social do Serviço de Emergência do HCPA.

³Mestre em Psicologia Social e Institucional. Psicóloga do Serviço de Medicina Ocupacional do HCPA.

⁴Enfermeira Assessora da Administração Central e Ouvidora do HCPA.

⁵Mestranda em Educação. Terapeuta Ocupacional do Serviço de Recreação do HCPA.

INTRODUÇÃO: No plano das políticas públicas, o governo vêm se empenhado fortemente na implementação de ações que viabilizem práticas humanizadoras nos serviços de saúde. Entretanto, em 2004 se estabelece a Política Nacional de Humanização (PNH) com intuito de fortalecer ações já existentes, em especial nas instituições hospitalares, devido ao Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) instituído em 2000, bem como melhorar a qualidade dispensada aos usuários, trabalhadores e familiares e resgatar o prestígio do Sistema Único de Saúde (SUS) tendo como desafio desidealizar o homem, pensar o ser humano em um plano comum, a partir de experiências concretas de vida. Benevides (2007). A Humanização tem como princípios a transversalidade através da valorização dos diferentes sujeitos e sua dimensão subjetiva, fomenta a autonomia e o protagonismo destes, bem como o aumento do trabalho em equipe, do grau de co-responsabilidade, o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva nos processos de gestão firmando a inseparabilidade entre a atenção e a gestão. Sendo assim, os serviços devem se dedicar à produção de saúde a partir das necessidades individuais e dos coletivos. Para a viabilização destes princípios a PNH utiliza dispositivos compreendidos como modos de fazer, que são postos a funcionar para que haja produção de saúde, envolvendo coletivos rumo a mudanças nos modelos de atenção e gestão vigentes. Passos(2007) Didaticamente a PNH divide os dispositivos em : 1- Acolhimento com classificação de risco: modo de operar os processos de trabalho orientando para um bom relacionamento entre todos que participam do processo de promoção da saúde. E deve-se fazê-lo através de uma postura ética, compartilhamento de saberes e comunicação adequada entre os atores desse processo. A PNH propõe ferramentas como fluxogramas, protocolos e agendamentos. 2- Equipes de Referência e de Apoio Matricial: arranjo organizacional que busca redesenhar o poder nas instituições quanto à assistência aos usuários, que hoje segue de forma fragmentada, propondo um trabalho interdisciplinar. O apoio matricial é um modo dinâmico e participativo que funciona como retaguarda especializada a equipes e demais trabalhadores. 3- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva: são condutas terapêuticas ofertadas ao usuário não apenas focadas no processo de doença, mas sim compreendendo o universo ao qual este sujeito está inserido, são articuladas ações interdisciplinares, o apoio matricial pode ser acionado quando

necessário. 4- Projetos de Construção Coletiva de Ambiência: refere-se ao espaço físico, social, profissional e inter-relacional. Citando, por exemplo, iluminação, som, cores, privacidade, conforto, formas, espaço, trabalho em equipe, visitas e acompanhantes, informações, sinalização, acesso, respeito à cultura e às diferenças. 5- Colegiados de Gestão: viabiliza a participação dos trabalhadores junto à gestão em relação à tomada de decisões e discussão sobre os processos de trabalho. 6- Programa de Formação em Saúde e Trabalho: propõem atividades pautadas no paradigma da educação permanente 7- Sistemas de Escuta Qualificada: é uma ferramenta gerencial utilizada pelos trabalhadores e usuários onde identifica problemas, aponta críticas e atua como facilitador nas relações. 8-Visita aberta e direito a acompanhante: Os serviços devem dispor de espaços para maior participação e permanência do familiar junto ao usuário.9- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores: a PNH propõe uma nova relação entre os trabalhadores da saúde, havendo encontros e diálogos críticos entre o saber e a prática. Por meio de reuniões de equipe, pesquisa, atividades de análise. 10-Gerência de porta aberta: têm o intuito de aumentar o grau de comunicação entre trabalhadores, gestores e usuários por intermédio de ouvidorias, grupos focais e pesquisa de satisfação. 11- Direito dos usuários. 12-Câmara Técnica em Humanização 13 - Grupo de Trabalho em Humanização: espaço coletivo organizado formado por diversos trabalhadores, com a premissa de implantar, estimular e fortalecer ações humanizadoras em um serviço de saúde. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma empresa pública de direito privado, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação, vinculado academicamente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) tem como missão prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania, tendo como meta em seu processo de gestão a Humanização. Seguindo esta perspectiva O GTH realizou em outubro de 2007 o II Encontro Pró-Humanização do HCPA, onde 669 inscritos provenientes das diversas regiões do estado e Santa Catarina estiverem presentes neste evento. Nos encontros preparatórios para o Encontro à rede de contatos foi chamada a produzir coletivamente uma Mostra de experiências em humanização podendo manifestar seu trabalho livre e simbolicamente, congregando áreas e sujeitos mobilizados e interessados na temática da humanização. Através da rede de contatos o GTH trabalhou para que as ações fossem gestadas no interior de cada equipe com a participação e o comprometimento de todos os envolvidos nos processos de trabalho. Entendendo a rede como um sistema acêntrico, hiperconectivo e amplificador representado pelas redes de trabalhadores, dos serviços e da vida. As diversas ações humanizadoras que estão sendo realizadas no hospital foram representadas em uma Mostra por meio de fotos, pinturas, mensagens, desenhos e maquete expostos em uma rede, simbolizando o trabalho em conexão da nossa instituição. As ações apresentadas retratam o modo como neste momento a temática da humanização está sendo tomada pelos grupos de trabalho no hospital. O GTH desde a sua implantação buscou trabalhar a humanização para além do senso comum, de modo que as ações fossem fruto e refletissem a inseparabilidade entre a atenção e a gestão, presentes em cada ato dirigido aos pacientes e familiares. O presente estudo tem como **OBJETIVO:** Destacar e analisar as ações humanizadoras que estão sendo desenvolvidas no HCPA a partir da mostra de trabalhos do II Encontro Pró-Humanização

estabelecendo uma relação com os dispositivos da PNH. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa, com uma análise do material exposto na Mostra que se encontra sob a forma de registros junto ao GTH. Segundo Mynaio (2007) os estudos de casos são de relevância em investigações de processos em desenvolvimento, além de possibilitar um exame circunstancial dos mesmos possibilitando a compreensão do impacto da aplicação de medidas em um determinado espaço social. **RESULTADOS:** Na mostra foram expostos brinquedos produzidos por e com as crianças internadas, toucas coloridas e personalizadas a serem usadas pelos trabalhadores nas áreas fechadas, garrotes de diferentes cores e adesivos utilizados nas coletas, fotografias que captam imagens e expressões únicas e inusitadas das atividades e entrelaçamentos que se dão entre usuários e trabalhadores. Também foram apresentadas experiências de trabalho voltadas à atenção e valorização da saúde do trabalhador, pensando no funcionário novo, no funcionário doente e na prevenção nos locais de trabalho. As Rodas de Conversa, o Grupo Bee do Serviço de Pediatria, os Boletins Informativos sobre saúde e trabalho, o Projeto Integrar desenvolvido junto aos funcionários recém-admitidos e fotografias que registram as atividades realizadas no dia do Auxiliar de Processamento de Roupas (data escolhida pelo grupo de trabalhadores da lavanderia do hospital que no sentido de valorizar seu trabalho e seu ofício criaram o “Dia do Auxiliar de Processamento de Roupas) foram algumas das experiências escolhidas que apontam o modo de pensar a humanização a partir da singularidade de alguns grupos e equipes, entendendo a humanização como uma ferramenta capaz de acompanhar os fluxos e os acontecimentos, mais como modo de pensar e produzir, do que como uma prática humanitária e caritativa. Momentos e espaços de expressão e escuta, aparecem na forma de Oficinas, Cartas, Comunidade no Orkut, Cartões de Aniversário e processos de trabalho tais como o Acolhimento implantado em diversas áreas, os grupos, as reuniões e as experiências com diferentes técnicas e recursos que buscam o conforto, o alívio da dor e a atenção à singularidade de cada usuário e trabalhador. **CONSIDERAÇÕES:** Os tantos tipos de objetos e outras formas de manifestação presentes na Mostra, tiveram deliberadamente como pano de fundo uma Rede caracterizando o entrelaçamento dos dispositivos e dos inúmeros sentidos produzidos naquele momento por e sobre a humanização no hospital. Observa-se que estes dispositivos quando representados na Rede aparecem entrelaçados, de modo que em algumas de suas expressões, tais como as coletivas se ‘misturam’ chegando a se (com) fundir. Buscou-se através da Mostra transversalizar no sentido de um grau máximo de comunicação e “de abertura que garante as práticas de saúde à possibilidade de diferenciação ou invenção, a partir de uma tomada de decisão que faz dos vários atores sujeitos do processo de produção da realidade em que estão implicados.”(BENEVIDES; PASSOS, 2005, p.393) e com a Rede como pano de fundo mostrar as interpenetrações e articulações entre as experiências e as expressões possíveis das mesmas. Desta forma dando visibilidade aos modos de gestão e atenção expressados na forma de como os grupos tomam a questão da humanização no dia a dia do seu trabalho.

Palavras- chave: humanização, hospital, ações humanizadoras

CO-GESTÃO: PROPOSTA PARA NOVOS MODELOS DE GESTÃO EM SAÚDE

Ana Valéria Furquim Gonçalves¹

¹Enfermeira assistencial do Serviço de Emergência do HCPA. Especialista em Humanização da Atenção e Gestão do SUS. anavall@terra.com.br

Utilizando-se de um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização Co-gestão, há um ano o Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre vem experienciando gerir seus processos de gestão centrados nas atividades em equipe. O presente artigo tem o objetivo de demonstrar a aplicabilidade na utilização deste dispositivo ao qual oportuniza a trabalhadores e gestores encontros que favorecem a escuta, a comunicação e o diálogo proporcionando espaços para discussão, planejamento e avaliação de ações. Trata-se de um relato de experiência, fruto da Especialização: Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), concluída em abril deste ano onde descrevemos resultados obtidos a partir de encontros sistemáticos, tendo como meta à gestão da humanização do cuidado e a integralidade da atenção. Já identificamos melhorias tais como: parcerias com serviço de nutrição, área médica, segurança, ouvidoria e higienização. A experiência tem evidenciado que atividades interdisciplinares focadas nas necessidades dos coletivos têm implicado em mudanças significativas nos processos de trabalho, para tanto é necessário que gestores e trabalhadores elaborem atividades conjuntas, implicando co-responsabilidade onde a participação e valorização de todos envolvidos é fundamental para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

A COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE HUMANIZAÇÃO EM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA¹

Sabrina Guterres da Silva²
Fernanda Carlise Mattioni³
Lucilene Gama Paes³
José Luis Guedes dos Santos⁴
Soeli Teresinha Guerra⁵
Adelina Giacomelli Prochnow⁶

¹*Reflexão Teórico-filosófica.*

²*Autora-relatora do trabalho. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. E-mail: sabrinaguterres@yahoo.com.br*

³*Autora do trabalho. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM*

⁴*Enfermeiro. Mestrando da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul-EEUFRGS.*

⁵*Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da universidade Federal de Santa Maria-UFSM.*

⁶*Orientadora do trabalho. Doutora em Enfermagem. Docente do departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM.*

O existir do homem só é possível por meio da comunicação, a mesma permeia toda a vida do ser humano, pois desde o nascimento ele passa influenciar e ser influenciado pelo meio em que vive (SILVA, 2003). “Devido à importância e a complexidade que tem a comunicação no existir do homem, este tema tem sido motivo de profundos estudos em vários ramos do conhecimento” (JUNIOR; MATHEUS, 1996, p.61). A palavra comunicação etimologicamente vem do latim *comunicare*, e significa pôr em comum. Nesse sentido, comunicação pressupõe entendimento, troca de informação e compreensão entre as pessoas, caracterizando-se pela capacidade de dialogar, discutir idéias, transmitir fatos, pensamentos e valores. É um processo de emissão e recepção de mensagens, no qual existem dois meios de transmissão: o verbal e o não verbal (JUNIOR; MATHEUS, 1996; OLIVEIRA, et al. 2005). A comunicação verbal refere-se às palavras expressas por meio da linguagem falada ou escrita, já a comunicação não verbal pode ser definida como toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo entre outras (SILVA, 2003). Não existe forma de viver sem comunicar-se. A comunicação é a base do relacionamento entre os seres humanos, é um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento das pessoas. Nesse contexto, compreende-se que o relacionamento interpessoal depende da comunicação e entre os aspectos envolvidos nesse processo, estão às tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido (SILVA, 2003). Nesse meandro, a efetividade da comunicação vai depender de vários fatores. Se a mensagem não for transmitida de forma clara, ou for interpretada de maneira distorcida, a comunicação torna-se ineficaz. Silva (2003) salienta que a comunicação ocorre entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte, com seu subjetivismo, suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. Assim, a interpretação das mensagens é influenciada por vários aspectos peculiares dos seres envolvidos, tornando-a bastante complexa. Isso exige de qualquer profissional um bom preparo na área de comunicação, pois é necessário que os mesmos tenham clareza na transmissão e interpretação das mensagens, proporcionando assim um melhor desempenho das atividades de sua competência (TIGULINI; MELO, 2002). Partindo deste pressuposto, o presente trabalho tem como objetivo refletir acerca da comunicação

como instrumento terapêutico do enfermeiro, para o gerenciamento do cuidado em um Centro de Terapia Intensiva (CTI). A metodologia constitui-se de uma breve revisão de literatura. Segundo Ciampone e Peres (2006), uma das competências e habilidades gerências do enfermeiro apontada pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), se refere a comunicação. Os mesmos autores trazem que entre os "fatores que impulsionam a necessidade de fortalecer os processos de comunicação na gerência em enfermagem estão a maior demanda da troca de informações entre serviços, instituições e população" (CIAMPONE; PERES 2006, p. 497). Nesse sentido, fica notória a importância e necessidade do profissional de enfermagem ampliar suas habilidades em comunicação, assegurando dessa forma um melhor desempenho de suas atividades gerências e assistenciais. Considerando a comunicação como algo inerente e vital ao ser humano, compreende-se a mesma como uma necessidade humana básica. Assim sendo, torna-se um instrumento indispensável na prática da enfermagem, visto que esta ciência se dedica a assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas (HORTA, 1979). Para isso pressupõe-se que a comunicação aconteça de forma terapêutica, estando o enfermeiro preocupado em atender as reais necessidades dos pacientes e seus familiares. Paula et al. (2000) afirma que comunicação terapêutica é toda interação pessoal e compreensiva, na qual o enfermeiro esteja voltado para atender as reais necessidades de quem precisa de ajuda. A mesma autora sugere que a comunicação que não tiver essas características é considerada impessoal, robótica e, portanto não terapêutica. Para Stefanelli (1993) comunicação terapêutica consiste na habilidade do profissional em utilizar seus conhecimentos sobre a comunicação e sobre estratégias que a tornem efetiva, para ajudar as pessoas a lidar com uma experiência de ansiedade, ajustar-se ao que não pode ser mudado, e superar bloqueios para enfrentar seus problemas. Nesse contexto, Lemos e Rossi (2002, p. 346) consideram que "o cuidado de enfermagem é ponto chave da hospitalização, uma vez que permite estabelecer intervenções terapêuticas, tornando possível o aprimoramento de uma relação interpessoal enfermeiro-cliente". Entretanto, além dessa relação enfermeiro-cliente, é fundamental que o profissional de enfermagem estabeleça um vínculo de comunicação com os familiares dos pacientes, sendo inconcebível cuidar de alguém isolado ou marginalizado de sua família, pois é para o seu círculo que eles vão voltar (SILVA, 2002). Nessa linha reflexiva é importante ressaltar que família não se limita apenas a laços sanguíneos. A legislação compreende a família como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa (BRASIL, 2006). Quando se trata de pacientes internados em um CTI, evidencia-se uma necessidade ainda maior de relacionamento entre enfermeiro e familiares. Lemos e Rossi (2002, p. 348) apontam que "a falta de informação e de conhecimento prévio em relação ao CTI, bem como qual tipo de cliente atendido e quais suas principais finalidades são aspectos que geram insegurança e medo". Associado a isso está também o fato de que nessa unidade de tratamento, a família não pode permanecer junto a seu familiar doente, sentindo-se atemorizada e ansiosa, necessitando, portanto de maior atenção por parte dos profissionais de enfermagem. Dessa forma, é importante considerar que os familiares também são afetados pela enfermidade do paciente de muitas maneiras, pois eles se deparam com diversas situações estressantes como a alteração do papel social, a incerteza da condição futura do paciente, a permanência em ambiente desconhecido (CTI)

e o medo da perda (KNOBEL, 2006). Nesse ínterim, fica evidente a necessidade de os profissionais de enfermagem prestar mais atenção à família dos pacientes, sendo a comunicação um instrumento essencial para o gerenciamento do cuidado imprescindível nesse processo. Através do aprimoramento da competência em comunicação humana, tornando o seu uso cada vez mais eficiente e benéfico para o paciente, família e comunidade, que se atingirá o cuidado competente e humanitário à aquele que necessita da assistência de enfermagem (STEFANELLI, 2005). Lidar com pessoas não é atentar-se somente para os aspectos físico e biológico. Esse processo envolve a humanização, responsabilidade e respeito sobre o modo de ser e de agir das pessoas, e estes aspectos se consolidam num fator: a comunicação. E é também a este fator que está subordinado o sucesso da administração dos serviços de enfermagem (TIGULINI; MELO, 2002).

Palavras-Chave: Comunicação; Cuidados Intensivos; Humanização da assistência.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Lei n.11.340, de 7 de agosto de 2006.** Lei Maria da Penha. Dispõe de mecanismos para Coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 15 de Dez.2007.
- CIAMPONE, M.H.T; PERES A.M. Gerência e competências gerais do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 492-499, 2006.
- HORTA, W.A. **Processo de enfermagem.** São Paulo, EPU: ed. da Universidade de São Paulo, 1979.
- JÚNIOR, A. B.; MATHEUS, M.C.C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar:** um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, p. 61-73, 1996.
- KNOBEL, E. **Terapia Intensiva:** Enfermagem. São Paulo, Atheneu, 2006.
- LEMOS, R.C.A.; ROSSI, L. A. O. significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.10, n.3, p.345-357, 2002.
- OLIVEIRA, P. et al. Comunicação terapêutica em enfermagem revelada nos depoimentos de pacientes internados em centro de terapia intensiva. **Revista eletrônica de Enfermagem**, V. 07, n. 01, p.54-63, 2005. Disponível em www.fen.ufg.br/revista.htm. Acesso em: 19 de out. 2007.
- PAULA, A.A.D.; FUREGATO, A.R.F.; SCATENA M.C.M. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** V. 8, n.4, p.45-51, 2000.
- SILVA, M.J.P. **Comunicação tem remédio:** a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2 ed. São Paulo: Loyola, 2003.
- SILVA, M.J.P. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Rev. Bioética**, v. 10 - n 2. p.73-88, 2002.
- STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente:** teoria e ensino. São Paulo: Robe, 2º ed., 1993.
- STEFANELLI, M.C. Introdução à comunicação terapêutica. In: STEFANELLI, M.C.; CARVALHO, E.C. (Orgs). **A comunicação nos diferentes contextos da enfermagem.** Baueri: Manole, p. 62-72, 2005.
- TIGULINI, R.S.; MELO, M.R.A.C. A comunicação entre enfermeiro, família e paciente crítico. In: An. 8. Simp. Bras. Comun. Enferm., 8., 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. Disponível em: http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002&lng=en&nrm=abn. Acesso em: 17 de set. 2007.

CUIDANDO DO PACIENTE NUMA UNIDADE CLÍNICO CIRÚRGICO, NO TURNO DA MANHÃ: UM TRABALHO DE EQUIPE

Eveline Franco da Silva¹
Luzia Teresinha Vianna dos Santos²
Rafaella Giacomoni³

¹Enfermeira - Docente Escola de Educação Profissionalizante, evelinefranco@yahoo.com.br

²Enfermeira Hospital Clínicas de POA, lsantos@hcpa.ufrgs.br

³Enfermeira - Docente Escola de Educação Profissionalizante, rafaellagiacomoni@yahoo.com.br

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Neste trabalho relatamos a experiência de como uma equipe de enfermagem composta por duas enfermeiras, nove auxiliares de enfermagem e um técnico de enfermagem, numa unidade de internação clínico cirúrgico, no turno da manhã, se organiza para assistir aos pacientes sob sua responsabilidade. Após a passagem de plantão, de acordo com o recebimento das informações referentes a cada paciente, da respectiva escala individual e em conformidade com a necessidade e dependência ou não dos pacientes, é planejada e organizada as atividades a serem desenvolvidas no respectivo turno e em duplas. Viana (2001) aponta sobre a importância das instituições de saúde ter um espaço em que o trabalhador de enfermagem possa, sob orientação, refletir e discutir sobre os diferentes enfrentamentos que têm no cotidiano de sua prática, assim como, manifestar seu potencial criativo na busca de soluções de problemas.

OBJETIVO: Relatar como se organiza e planeja o trabalho de uma equipe de enfermagem, numa unidade de internação clínico cirúrgico, no turno da manhã, em um hospital universitário, na região metropolitana.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência.

RESULTADO: Observamos que uma equipe de enfermagem se integra mais, assim como, se organiza adequadamente quanto a execução das atividades e procedimentos a fins, a partir de um modelo estabelecido de trabalho. Os integrantes verbalizam e demonstram sentirem-se satisfeitos, com sensação de menor desgaste físico e com melhor aproveitamento do tempo de cada profissional, após a conscientização e colaboração de cada trabalhador.

CONSIDERAÇÕES: Uma das formas de organização das atividades de enfermagem é o trabalho em equipe. Esta possibilita e oportuniza a troca de idéias entre os profissionais; agilização na execução dos cuidados, inclusive. Existem divergências, como todo trabalho desenvolvido, mas estas são canalizadas ao crescimento e amadurecimento da equipe. Existe um espaço reservado para discussão, conversação e consenso embasado cientificamente aos passos posteriores. A busca constante pelo prazer no trabalho, favorece o crescimento do indivíduo e o estimula-o ao desenvolvimento de suas potencialidades.

Palavras chave: Administração de enfermagem Equipe de enfermagem, Cuidados de enfermagem.

GRUPO DE GESTÃO DO RELACIONAMENTO COM O CLIENTE

Diovane Ghignatti da Costa¹
Gisela Maria Schebella Souto de Moura²
Vera Lúcia Mendes Dias³
Elisa de Souza Conter⁴
Marilene Hoerlle Nozari⁵

¹ Enfermeira do HCPA em função de Supervisão do Grupo de Enfermagem. Mestranda Enfermagem UFRGS

² Adjunta da Coordenação do Grupo de Enfermagem do HCPA. Doutora em Administração. Professora adjunta do DAOP-EENF-UFRGS

³ Enfermeira do HCPA – Assessora em Informática

⁴ Pedagoga do HCPA –

⁵ Administradora do HCPA. Mestre em Administração

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Contato: dgcosta@hcpa.ufrgs.br / Fone: (51) 2101 8337 e (51) 2101 8336

INTRODUÇÃO: O presente trabalho trata-se de um relato de experiência desenvolvida pelo Grupo de Gestão do Relacionamento com o Cliente (GGRC) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, cujas atividades estão relacionadas à Pesquisa de Satisfação de Clientes do referido hospital. O GGRC iniciou suas atividades no início do ano de 2005 e foi oficialmente constituído através da decisão 007/2005 da Administração Central. Dentre os propósitos da criação do grupo estavam a operacionalização da pesquisa e o acompanhamento das melhorias implementadas nas diferentes áreas. Trata-se de um grupo de trabalho (GT) multiprofissional, no momento, constituído por enfermeiros, administradores, pedagogo e farmacêutico bioquímico. Os acadêmicos bolsistas que atuam na pesquisa de satisfação participam em caráter eventual, em virtude dos compromissos acadêmicos. O grupo, em momento anterior, também já teve a participação de psicólogo e de profissional da área de relações públicas.

OBJETIVO: O presente trabalho tem como objetivo divulgar as atividades desenvolvidas pelo GGRC, aproximando os colaboradores do hospital à meta relacionada à satisfação do cliente, seus resultados e seus propósitos.

RELATO E RESULTADOS: Inicialmente, o GGRC identificou que existiam diferentes estágios de adesão à pesquisa, na área da internação e na ambulatorial, onde eram utilizadas diferentes versões de sistemas para digitação e tabulação de resultados. Assim, as primeiras ações foram no sentido de assegurar que a pesquisa fosse adotada nas diferentes áreas assistenciais do hospital, buscando a implantação de um mesmo método de pesquisa para todo hospital. A partir da adequação do sistema, foram realizadas ações de sensibilização com o pessoal da área administrativa, com o objetivo de organizar a operacionalização da pesquisa, a fim de que abrangesse todas as áreas de serviços. Procedeu-se a organização do fluxo, desde a distribuição de urnas, disponibilização dos formulários, lembrete aos clientes da importância de sua participação e recolhimento dos formulários através de treinamento de bolsistas. Nos dias atuais, os questionários são preenchidos, espontaneamente, pelos clientes em 51 áreas (internação e ambulatório), são disponibilizados na área ambulatorial junto aos guichês e nas unidades de internação junto ao posto de enfermagem. No momento da

alta hospitalar, o auxiliar administrativo solicita ao cliente internado e/ ou familiar que responda à pesquisa de satisfação. Acadêmicos de enfermagem da UFRGS coletam os formulários preenchidos nas urnas existentes nos setores e procedem a digitação dos dados através do sistema AGH (Aplicativo para Gestão Hospitalar) utilizado no HCPA. Desde julho de 2005, as informações são disponibilizadas para as lideranças, mensalmente, através do sistema de Informações Gerenciais (IG), permitindo o acompanhamento e comparação dos resultados tanto do seu próprio setor, quanto com os demais setores do hospital. Os dados podem ser divulgados pelas chefias, através da grade de divulgação da pesquisa, disponibilizada na gráfica. Esta grade padronizada permite que o setor, todos os meses, registre os resultados obtidos, disponibilizando-os aos colaboradores em forma de gráficos. Observou-se que algumas unidades adotaram esta sistemática expondo a grade de divulgação da pesquisa no corredor principal do setor, possibilitando pela ampla circulação, que os resultados sejam compartilhados também com os clientes. Os elogios e as sugestões registradas nos formulários são encaminhados às áreas para conhecimento. As críticas também são encaminhadas aos setores e solicita-se a manifestação destes quando se trata de situação que relata ocorrência severa com identificação clara do reclamante (cliente) e do profissional envolvido. Existe um sistema de retorno para aqueles clientes que se identificam e informam telefone para contato. Cabe salientar que a opinião do cliente com relação ao atendimento recebido têm sido um dos focos de atenção do planejamento estratégico do Hospital, que utiliza a ferramenta do *Balance Score Card (BSC)* para acompanhamento de resultados. No painel de controle do *BSC* encontra-se contemplada na perspectiva “Cliente - Referência em qualidade percebida”, tendo como meta na área de internação atingir 80 % de respostas no grau ótimo e, na área ambulatorial 85 % de respostas no somatório dos graus ótimo e bom. Os membros integrantes do GGRC também realizaram reuniões com as equipes de diferentes áreas, buscando sensibilizar os colaboradores do HCPA com relação a importância da pesquisa de satisfação do cliente, apresentando os resultados obtidos pelos setores e convidando-os a tornarem-se agentes ativos neste processo. Constatou-se um aumento gradual no número de clientes participantes da pesquisa e nos resultados obtidos ao longo destes três anos de atuação do grupo. Outro aspecto a salientar é que, no ano de 2007, por exemplo, o HCPA atingiu a meta relativa à satisfação de clientes em alguns meses do ano. Também se sabe do empenho que alguns setores têm demonstrado na implementação de melhorias relacionadas aos processos de atendimento e ao ambiente físico para melhor atender as expectativas do cliente. Houve uma reestruturação de processos de trabalho a partir das demandas encaminhadas pela pesquisa de satisfação dos clientes, como nas áreas de nutrição, higienização, rouparia, enfermagem e na área administrativa. Além disso, foi encaminhado à Administração Central do Hospital relatório contendo as solicitações mais recorrentes oriundas da pesquisa e que demandavam investimento. Várias destas solicitações foram atendidas através do plano de investimento do hospital. Como alguns exemplos disto têm-se a troca de colchões, aquisição de cadeiras mais confortáveis para acompanhantes da pediatria e de ar condicionado para unidades do SUS. O GGRC mantém uma sistemática de reuniões quinzenais para discussão dos resultados mensais da pesquisa e definição de estratégias de aproximação das áreas para acompanhamento das melhorias. A divulgação dos resultados e melhorias implementadas pelos setores é realizada, de forma mais ampla, através

de matéria impressa no jornal do HCPA denominado Espaço Aberto. A cada nova edição do jornal o grupo destaca um setor para ser contemplado na divulgação dos melhores resultados da avaliação do atendimento com o objetivo de dar visibilidade às ações das equipes e seu comprometimento com a proposta institucional e, ao mesmo tempo, valorizar o trabalho das mesmas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: O GGRC entende que sua atuação como grupo possibilitou que a pesquisa de satisfação pudesse ser realizada de forma sistemática ao longo destes três anos, garantindo a disponibilização dos resultados aos gerentes das áreas. Além disso, pontua que os efeitos deste trabalho produzem resultados a médio e longo prazo, uma vez que implicam no desenvolvimento de uma cultura de serviços voltada ao cliente. A pesquisa de satisfação é um importante instrumento para orientar as ações gerenciais. Permite que a missão institucional se concretize através de ações nas diferentes áreas, oriundas da percepção do próprio cliente, que ganha um espaço para manifestar suas necessidades. Assim, são importantes o envolvimento e o comprometimento de todos buscando melhorar o processo da pesquisa de satisfação, através do estímulo aos clientes à participação, da análise dos resultados pelas lideranças em conjunto com suas equipes, que possibilitem a busca de estratégias para a implementação de melhorias nos setores.

Palavras-chave: administração hospitalar; administração de serviços de saúde

IMPLEMENTAÇÃO DO MODELO ASSISTENCIAL *PRIMARY NURSING* EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PRIVADA DE PORTO ALEGRE

Geana dos Santos Hübner¹
Rejane Eloísa Taffe²
Fernanda de Menezes Guimarães³

¹Unisinos. Acadêmica de enfermagem do 9º semestre. E-mail: geanahubner@yahoo.com.br. Tel:(51) 82111980.

²Unisinos. Docente do curso de graduação em enfermagem da Unisinos. Mestre em Administração UFRGS-RS.

³HMD. Supervisora das Unidades de Internação. Mestre em Administração e Negócios PUC-RS.

Primary Nursing (PN) é um modelo assistencial de enfermagem. Segundo Manthey (1980), neste modelo a enfermeira é responsável pela prestação de cuidados desenvolvidos nas 24h, podendo ser um ou um grupo de pacientes. O SAE (Sistematização do Atendimento de Enfermagem) é de responsabilidade de uma única enfermeira, que será a referência desse paciente durante toda a internação (MAGALHÃES e JUCHEM, 2000). A *Primary Nurse* (enfermeira primária) planeja e garante a implementação dos cuidados de enfermagem, de forma integral, humanizada e com responsabilidade (CARMONA e LALUNA, 2002). O *PN* existe há décadas nos EUA, porém ainda é um modelo novo e pouco utilizado no Brasil, motivo pelo qual a autora realizou esse estudo, a fim de se conhecer melhor esse método. A pesquisa teve por objetivos, verificar como o *PN* foi implementado num hospital e conhecer a percepção das enfermeiras sobre o modelo. Houve um estudo de caso, com enfoque qualitativo, desenvolvido entre agosto e dezembro de 2007, em uma instituição hospitalar privada de Porto Alegre/RS. Como sujeitos de pesquisa foram entrevistadas 13 enfermeiras que trabalham no modelo *PN*. Nos resultados parciais da análise de conteúdo, emergiram quatro categorias: método *Primary Nursing*, importância do SAE, reconhecimento profissional e dificuldades assistenciais e gerenciais. De modo geral, as enfermeiras inseridas no *PN*, percebem seu cuidado, de forma holística e integral. Também relataram que o modelo facilita a realização do SAE, aumentando a interação entre enfermeiro e paciente, conseqüentemente melhorando o relacionamento terapêutico entre eles. Por todos esses fatores de melhoria na assistência de enfermagem, as entrevistadas sentem-se satisfeitas e gostam de trabalhar no modelo. O *Primary Nursing* apresenta-se como uma ótima proposta de trabalho para a enfermagem da atualidade. Pois resgata a autonomia da enfermeira, no cuidado ao paciente, a clareza do papel da enfermeira na equipe de saúde e uma assistência humanizada.

LIDERANÇA: O IMPACTO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA GESTÃO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

Daniela dos Santos Marona¹
Valéria de Sá Sottomaior²
Débora Feijó Vilas Boas³

¹ HCPA. Chefia de Enfermagem do CTI/ Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva - SETI. Mestranda em Enfermagem - UFRGS. E-mail: dmarona@hcpa.ufrgs.br. Tel: (51) 93318773.

² HCPA. Chefia de Enfermagem do CTI/ Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva - SETI. Aluna do PPGEN/ UFRGS: Especialização em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem.

³ UFRGS. Docente da escola de Enfermagem da UFRGS. Chefia do SETI/ CTI/ HCPA.

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: A crise que o sistema de saúde vem atravessando nos últimos anos se expressa não somente como uma crise de governabilidade do sistema e das organizações de saúde, mas também como uma crise de resolutividade e eficiência. Este cenário tem motivado novas experiências no que se refere a ferramentas gerenciais e ao desenho de novos sistemas de gestão (AZEVEDO; NETO; SÁ, 2002). A intensidade e velocidade com que estão ocorrendo as modificações tecnológicas, sociais, culturais e comportamentais têm determinado alterações significativas na filosofia e forma de gestão nas instituições. Frente a todas estas mudanças as organizações hospitalares têm exigido dos enfermeiros a habilidade de liderar, nesta perspectiva houve um aumento progressivo de enfermeiros assumindo cargos gerenciais em diversas instituições. Faz-se necessário que estes profissionais desenvolvam habilidades de gerenciamento e liderança, pois somente por meio do incremento de líderes qualificados haverá a formação de uma equipe de pessoas comprometidas com a visão, missão e objetivos institucionais (LOURENÇO; SHINYASHIKI; TREVISAN, 2005). A liderança é legitimada como fator fundamental no enfrentamento das dificuldades de implementação de processos de mudança nas organizações públicas de saúde, principalmente nos aspectos relativos à organização e humanização da assistência e a ampliação dos níveis de responsabilidade institucional voltada a resultados. Neste eixo de análise, a gestão e o planejamento passam a ser entendidos não mais como um problema administrativo e sim como um problema de interação entre as pessoas na busca de seus objetivos (AZEVEDO, 2002). Um estudo publicado na Harvard Business Review (2004), com 50 mil funcionários de 59 organizações em todo o mundo, evidenciou que o maior envolvimento das pessoas nos processos pode levar a um aumento de 57% na disposição de ir além do mero dever institucional. Poletto (1999) destaca que as instituições de saúde seguem uma cultura norteada em poderes centralizadores e hierarquizantes onde todo o poder para a tomada de decisão concentra-se em uma única pessoa. Esta prática resulta no desenvolvimento de métodos limitadores da autonomia e identidade do enfermeiro, o qual assume uma posição hierárquica vertical conferindo-lhe poder e autoridade para agir seguindo normas que contemplam os objetivos organizacionais. Neste contexto, é necessário avaliar o atual modelo, num momento em que as transformações sociais constituem um fato inquestionável, exigindo dos profissionais mudança de atitude e postura. A fim de incorporar as mudanças no cenário de saúde atual, propôs-se a

implantação de um novo modelo de liderança, no Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital geral de Porto Alegre, denominada liderança em rede. O objetivo desta nova proposta foi de descentralizar a estrutura atual com vistas a melhorar a eficiência e eficácia dos processos internos. A estrutura gerencial anteriormente utilizada no CTI adequava-se ao cenário da época, havia espaço para a gestão verticalizada, diferente do atual contexto com modificações no perfil de saúde da população e novas exigências oriundas destas mudanças. Mintzberg (2003), relata que descentralizar a estrutura é necessário simplesmente porque nem todas as decisões podem ser entendidas em um único centro ou cérebro, a descentralização permite à organização responder rapidamente as situações específicas e constitui um estímulo para a motivação, pois o poder de decisão está dividido em um grupo maior de pessoas. Na liderança em rede, o elemento essencial é o compartilhamento de saberes, as relações são interdependentes, o que leva a um aprendizado sistemático e ao crescimento de toda a equipe (POLETTO, 1999).

OBJETIVO: o estudo visa avaliar o impacto da implantação de uma rede intermediária de liderança no Centro de terapia intensiva de um hospital universitário.

METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado no Centro de Terapia Intensiva de um hospital geral de grande porte e alta complexidade, público, integrante da rede de hospitais universitários do Ministério da Educação e Cultura e vinculado academicamente a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). O CTI possui 34 leitos para atendimento de pacientes adultos clínicos e cirúrgicos e atende diversas especialidades. A equipe de enfermagem é composta por 43 enfermeiros e 125 técnicos de enfermagem. A população estudada foi constituída por 26 sujeitos. A coleta de dados se deu após 11 meses da implantação desta nova dinâmica de trabalho, o instrumento de coleta foi um questionário constituído de perguntas abertas buscando verificar a percepção da equipe quanto ao novo modelo de gestão. A análise dos dados foi realizada segundo a técnica de análise de conteúdo de Bardin (1996). O projeto foi implantado em maio de 2007, através de um processo de escolha democrático do enfermeiro Líder e do técnico multiplicador, realizado pelas equipes de trabalho de cada turno. A escolha se deu por critérios pré-definidos relacionados às características de liderança presentes nos integrantes da equipe. A função exercida por ambos diferencia-se dos demais componentes do grupo no que tange apenas aos aspectos administrativos.

RESULTADOS: O instrumento foi respondido por 18 dos 26 sujeitos que fizeram parte do estudo. A síntese dos resultados encontrados com base nos questionários, sugere que esta experiência foi bem aceita pela equipe de enfermagem. O tempo de exercício da função variou de três a seis meses. Emergiram como pontos positivos o aumento da integração com a chefia e os colegas, o melhor conhecimento da equipe de trabalho, a maior valorização pelos colegas e a chefia, a confiança demonstrada pelos colegas e pela chefia, o maior conhecimento e atualização das rotinas da unidade, o aprendizado e o crescimento que esta experiência proporcionou, a ampla visão administrativa e geral da unidade e maior responsabilidade perante o grupo. Foram destacados como pontos negativos que a demanda de trabalho no CTI não permite desenvolver todas as questões administrativas da liderança, a dificuldade para disponibilizar tempo para as reuniões, à cobrança da equipe para que o líder saiba responder e resolver todos os questionamentos emergentes, a falta de

compreensão / entendimento sobre esta função por parte dos outros colegas. Destacou-se como unanimidade entre todos os sujeitos que esta experiência trouxe acréscimos a sua vida profissional como maior responsabilidade e comprometimento com o trabalho, aprendizado, estabelecimento de prioridades, repensar as atitudes pelo fato do líder ser o espelho da equipe, ver as coisas por outro ângulo, vontade de ajudar para o bem comum e conhecer o lado humano e sensível da chefia da unidade. No que se refere a desempenhar novamente esta função, 17 dos 18 sujeitos pesquisados gostariam de voltar a ser líderes. Os resultados referentes à melhora da comunicação entre os líderes e o grupo e entre o grupo e a chefia foram levantados como aspectos de maior impacto nesta abordagem. **CONCLUSÕES/ RECOMENDAÇÕES:** A mola propulsora para a investigação deste estudo foi à necessidade de avaliar a proposta de uma dinâmica diferente de trabalho para uma equipe de enfermagem significativamente numerosa. Os resultados sinalizaram que o enfermeiro líder e o técnico multiplicador correspondem ao elo de ligação entre o grupo e as chefias, se constituíram como ferramentas essenciais para melhorar a comunicação de toda a equipe. A participação destes sujeitos foi muito importante nos processos decisórios da unidade, pois, atuaram como porta-vozes da opinião do grupo, foram considerados como referências para disseminar orientações e contribuir com a educação permanente na unidade. Temos consciência de que este estudo deve ser aprofundado com vistas a auxiliar na construção de estratégias para melhorar cada vez mais a comunicação entre a equipe de enfermagem e que ancorado nestes pressupostos consigamos prestar uma assistência voltada para a excelência.

-Palavras-chave: Liderança, Enfermagem, Centro de Terapia Intensiva, Gestão em saúde.

O CONCEITO DE HUMANIZAÇÃO NA LITERATURA

Anelise Steffen¹

¹Enfermeira. Centro Universitário Feevale. email: anesteffen@terra.com.br; telefone: (51)99676952

Humanizar é um verbo que precisa ser conjugado todos os dias, por um número cada vez maior de usuários, trabalhadores e gestores da saúde, pois ele facilmente se desgasta e pode ter o seu significado contraditório, sendo o seu oposto, a desumanização. O cuidado, no contexto da Humanização, precisa ser compreendido como um dever de cada pessoa e não um dever exclusivo de uma classe profissional, pois o poder de transformar pelo amor, pela compaixão e pelo cuidado não são dons especiais de nenhuma seleta minoria. (SILVA, 2000)

O Objetivo é analisar as publicações científicas nacionais publicadas na literatura, sobre a Humanização. Na revisão da literatura, foram analisados artigos de periódicos indexados na base de dados LILACS e SCIELO, focalizando as produções científicas publicadas nos últimos 7 anos, correspondendo ao período de 2000 a julho de 2007. Para o aprofundamento sobre a temática, buscou-se embasamento teórico em fontes complementares como livros, monografias, dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado do referido período. Nos documentos analisados, os valores de solidariedade e alteridade são considerados norteadores das mudanças culturais da assistência. O respeito ao outro como um ser autônomo e digno é visto, portanto, como condição ao processo de humanização (MS, 2000). O termo humanização se refere a uma multiplicidade de interpretações e a um conjunto amplo de propostas de mudança nas práticas, trazendo ao cotidiano dos serviços conceitos novos e desafiadores, às vezes conflitantes. Pela revisão bibliográfica atualmente há uma significativa escassez de trabalhos sobre a humanização no âmbito da literatura especializada. Esta questão evidencia a necessidade de investimento no estudo do tema.

PROCESSO DE ENFERMAGEM: REFLEXÕES PRÉ-PROFISSIONAIS

Aline Tigre¹
Ana Amélia Antunes Lima²

¹Acadêmica do curso de Enfermagem do Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo-RS. Telefone: 9221-2313. E-mail: alinetigre@feevale.br

²Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Professora do Centro Universitário FEEVALE, Novo Hamburgo-RS. E-mail: analima@feevale.br

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Trata-se de uma nota prévia do projeto de trabalho de conclusão do curso de graduação em Enfermagem de uma Instituição de Ensino Superior (IES) da região do Vale do Rio dos Sinos - RS, que aborda a temática do Processo de Enfermagem (PE) e sua importância no trabalho do enfermeiro, na concepção de acadêmicos dos últimos semestres do curso de Enfermagem. O PE é uma metodologia que guia o trabalho do enfermeiro e que, através da aplicação prática das suas etapas de maneira seqüencial e interligada, viabiliza a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE (CUNHA e BARROS, 2005). O PE está relacionado ao emprego específico de uma abordagem científica na prática de enfermagem, servindo de instrumento para o enfermeiro examinar o estado de saúde do paciente e promover o cuidado. Sua aplicação oferece ao enfermeiro a oportunidade de assumir o controle e decidir sobre o cuidado do cliente, de acordo com suas reais necessidades (SAMPAIO e PELLIZZETTI, 2000). Muitos são os benefícios descritos pela aplicação do PE, visto que ele traz implicações positivas para a profissão de enfermagem e para o paciente (MENDES e BASTOS, 2003). Logo, é fundamental o conhecimento e a conscientização do enfermeiro em relação à importância do uso de uma metodologia de trabalho para sistematizar a assistência de enfermagem (CASTILHO e GAIDZINSKI, 1991). Desde a formação acadêmica do enfermeiro, existe a necessidade do desenvolvimento de uma consciência própria em relação à resolução dos problemas de enfermagem baseada no PE (SAMPAIO e PELLIZZETTI, 2000). Dessa forma, a prática do cuidado constituirá um meio seguro para a obtenção da qualidade nas condutas adotadas. A motivação para a elaboração da pesquisa surgiu com as observações realizadas ao longo da trajetória acadêmica, na qual constatou-se que, apesar do PE ser uma exigência legal do exercício profissional do enfermeiro e ser trabalhado incessantemente pelos docentes desde o início do curso, esse método científico não é empregado integralmente nas instituições de saúde que constituíram os campos práticos. Ao verificar que em relação ao PE existe uma distância muito grande entre a teoria, que com tanta ênfase, nos é ensinada e a realidade revelada pelos campos de estágio, iniciou-se uma reflexão sobre a importância da aplicação desta ferramenta de trabalho, pois acredita-se na sua relevância para determinar as verdadeiras funções do enfermeiro no contexto da assistência à saúde, bem como para viabilizar o cuidado individualizado e coerente com as necessidades de cada paciente.

OBJETIVOS: O objetivo geral deste trabalho é conhecer a concepção do acadêmico de enfermagem de uma IES da região do Vale do Rio dos Sinos sobre o PE. Ainda, o presente estudo tem como objetivos específicos: conhecer a importância que os acadêmicos atribuem ao PE; reconhecer como os alunos

percebem a aprendizagem do PE durante a sua formação profissional; e identificar, na concepção dos acadêmicos, a existência de possíveis fatores que dificultem a aplicabilidade do PE pelos enfermeiros nas instituições de saúde. Sendo assim, inicialmente, algumas indagações se constituíram em questões norteadoras do estudo, tais como: o que os acadêmicos entendem por PE? Qual a importância atribuída pelos acadêmicos ao PE? Como os acadêmicos percebem a aprendizagem do PE durante a sua formação profissional? Segundo a concepção dos acadêmicos, quais fatores possivelmente dificultam a aplicabilidade do PE pelos enfermeiros nas instituições de saúde?

METODOLOGIA: O estudo apresenta delineamento exploratório - descritivo com abordagem qualitativa. Foram convidados a participar da pesquisa os acadêmicos regularmente matriculados no 8º e 9º semestres do curso de Bacharelado em Enfermagem de uma IES da região do Vale do Rio dos Sinos no período de 2008/1, estando a participação no estudo também vinculada à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A seleção dos participantes foi definida de maneira não probabilística, do tipo conveniência. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), na pesquisa qualitativa, pode-se iniciar com uma amostra de conveniência, também denominada como voluntária, fazendo com que os informantes potenciais apresentem-se. Estima-se, inicialmente, a participação de dez informantes, podendo esse número ser modificado de acordo com o critério de saturação dos dados. Optou-se por realizar a pesquisa com os acadêmicos dos últimos semestres do curso de Enfermagem pelo fato desses alunos já terem cursado grande parte das práticas curriculares, podendo assim, com base em sua formação e em suas vivências em campos de estágio, contribuir de forma mais abrangente para as reflexões acerca do tema em estudo. O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da IES onde o estudo está sendo realizado, obtendo o parecer favorável em janeiro de 2008. As informações estão sendo coletadas por meio de entrevistas, gravadas sob o consentimento dos informantes, utilizando-se um instrumento semi-estruturado composto por cinco questões abertas. Buscando conhecer as concepções dos acadêmicos sobre o PE e o significado das falas dos participantes do estudo, como prevê a pesquisa qualitativa, será utilizada a técnica de análise de conteúdo do tipo temática proposta por Minayo (2004), que apresenta três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos / interpretação. **RESULTADOS:** O estudo encontra-se em fase final da coleta das informações e, concomitante a ela, iniciou-se a análise das informações, que estão sendo mapeadas para definir as unidades temáticas que darão origem às categorias do estudo para posterior análise final.

CONCLUSÃO / RECOMENDAÇÕES: Com o estudo proposto espera-se promover uma reflexão sobre o tema, fazendo com que os acadêmicos dediquem um tempo para pensar na sua futura prática profissional e também na sua responsabilidade frente ao desafio que os espera no mercado de trabalho. Ainda, espera-se possibilitar a identificação de possíveis lacunas que possam ocorrer durante o processo de ensino - aprendizagem em relação a esse tema. Cabe destacar que o PE é um instrumento científico essencial no âmbito da enfermagem, independente da área em que nós formos atuar. Além disso, salienta-se que ao planejar e sistematizar a prática do cuidado o enfermeiro estará definindo o seu verdadeiro papel dentro da equipe de saúde, evidenciando as suas competências e contribuindo para o alcance da qualidade da

assistência ao paciente.

REFERÊNCIAS: CASTILHO, V.; GAIDZINSKI, R.R. Planejamento da Assistência de Enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. Cap. 16, p. 207-214. CUNHA, S.M.B.; BARROS, A.L.B.L. Análise da Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem, segundo o Modelo Conceitual de Horta. **Rev Bras Enferm**. Brasília: v. 58, n. 5, p. 568-572, set./out. 2005. MENDES, M.A.; BASTOS, M.A.R. Processo de Enfermagem: seqüências no cuidar, fazem a diferença. **Rev Bras Enferm**. Brasília: v. 56, n. 3, p. 271-276, maio/jun. 2003. MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004b. POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. SAMPAIO, L.A.B.N.; PELLIZZETTI, N. Método Científico – Instrumento Básico da Enfermeira. In: CIANCIARULLO, T.I. (Org.) **Instrumentos Básicos Para o Cuidar:** um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap. 3, p. 25-37.

Palavras-Chave: Processo de Enfermagem, Cuidado, Enfermagem