

# 21ª Semana de Enfermagem

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
e da Escola de Enfermagem da UFRGS

*"Compreender e  
construir  
redes de saúde"*

## Resumos

12 a 15 de maio de 2010

Anfiteatro Carlos César de Albuquerque



HOSPITAL DE  
CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE RS



Escola de  
ENFERMAGEM  
UFRGS

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

*“Compreender  
e Construir  
Redes de Saúde”*

**12 a 15 de maio de 2010**

**Local**

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

**HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA)**

**Presidente:** Amarilio Vieira de Macedo Neto

**Vice-Presidente Médico:** Sérgio Pinto Ribeiro

**Vice-Presidente Administrativo:** Tanira Andreatta Torelly Pinto

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

**Coordenadora do Grupo de Enfermagem:** Maria Henriqueta Luce Kruse

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)**

**Reitor:** Carlos Alexandre Netto

**Vice-reitor:** Rui Oppermann

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

**Diretora:** Liana Lautert

**Vice-diretora:** Eva Neri Rubim Pedro

**Projeto gráfico, ilustração e diagramação:** Gleci Beatriz Luz Toledo

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO-CIP  
BIBLIOTECA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM, UFRGS, Porto Alegre, BR-RS**

---

S471s    Semana de Enfermagem (21. : 2010 : Porto Alegre)

Compreender e construir redes de saúde : resumos [recurso eletrônico] / 21. Semana 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 ; coordenadora da Semana de Enfermagem Enaura Helena Brandão Chaves. – Porto Alegre : HCPA, 2010.

1 CD-ROM

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

NLM: WY3

---

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

## **PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO**

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

## **APOIO**

Associação dos Enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Associação Brasileira de Enfermagem do Rio Grande do Sul  
Seven Boys  
Itati água mineral natural

## **PATROCÍNIO**

ENDOSUL

**21ª SEMANA DE ENFERMAGEM DO GRUPO DE ENFERMAGEM DO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
E DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS**

**“COMPREENDER E CONSTRUIR REDES DE SAÚDE”**

**APRESENTAÇÃO**

A indicação das colegas para coordenar a 21ª Semana de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre constitui-se para mim um grande acontecimento, primeiro porque este é um evento tradicional na instituição, congrega um grande contingente de profissionais, estudantes e professores da área de enfermagem, num encontro onde todos tem oportunidade de expressar-se e trocar conhecimentos e experiências.

Segundo, por que a riqueza das experiências aqui apresentadas sempre geram novos desafios na área do cuidado e da saúde. O terceiro lugar consiste na temática selecionada para este ano, “Cuidar e conexões em redes de saúde”. A ampliação do conceito de saúde e a conseqüente criação de redes de saúde tornou-se uma estratégia indispensável, uma vez que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença. Tais considerações serão abordadas de forma ampla por diferentes especialistas da área, levando-nos a considerar a importância da transversalidade no modo de fazer-se a saúde, no qual mais do que a preocupação em gerar ofertas de serviços num mesmo território, as redes preocupam-se em identificar como esses serviços estão se relacionando.

Nosso encontro com certeza, contemplará esses aspectos e permitirá que sejam abordadas as diferentes estratégias, e as várias redes já desenvolvidas tais como o estabelecimento das redes cooperativas nas diferentes instâncias do SUS que substituem a centralização e a fragmentalização dos modelos de gestão até então utilizados, os quais limitavam a comunicação entre os grupos.

Hoje sabe-se que as redes estabelecem a integralidade no processo de cuidar, aumentam o grau de comunicação não apenas entre os grupos, mas favorecem a troca de conhecimento e experiência entre os diferentes componentes da equipe de saúde.

Desejo agradecer a todos que de alguma forma contribuíram para a realização deste encontro: as comissões organizadoras, aos trabalhadores da instituição, aos alunos e professores da Escola de Enfermagem da UFRGS, aos nossos palestrantes e participantes aos quais desejo também uma boa Semana de Enfermagem.

**Enaura Helena Brandão Chaves**  
Coordenadora da Semana de Enfermagem

**Maria Henriqueta Luce Kruse**  
Coordenadora do Grupo de Enfermagem/HCPA

**Liana Lautert**  
Diretora da Escola de Enfermagem UFRGS

## **COMISSÃO ORGANIZADORA**

### **Coordenadora**

Enaura Helena Brandão Chaves

### **Membros da Comissão**

Adriana Aparecida Paz  
Adriana Serdotte  
Agnes Olschowsky  
Aline M. Acosta  
Alisia Helena Weis  
Amália de Fátima Lucena  
Ana Luiza Antunes Prestes da Cruz  
Ana Paula Scheffer Schell da Silva  
Andréa Márian Veronese  
Anne Marie Weissheimer  
Antonio Cardoso dos Santos  
Beatriz Cavalcanti Juchem  
Bianca Camargo de Oliveira  
Camila Silvello  
Caren de Oliveira Riboldi  
Carla Mariza Simões Silva  
Cecília Zys Magro  
Celina Marques Schondelmayer  
Christine Wetzel  
Cíntia Dalasta Caetano Fuji  
Clarice Ávila Fonseca  
Cláudia Sant'Anna  
Cosme Nunes  
Daiane Marques Durant  
Daniela dos Santos Marona  
Daniela P. Laureano  
Denise Tolfo Silveira  
Diego Schaurich  
Diovane Ghinatti  
Eglê Kohlrausch  
Elenara Franzen  
Eliane C. de Abreu Borges  
Eliane Pinheiro de Moraes  
Fernanda Luz  
Fernanda Mattiello  
Fernanda Mielke  
Fernanda Rosa Indriunas Perdomine  
Giselda Quintana Marques  
Gleci Beatriz Luz Toledo  
Isis Marques Severo  
Jacó Fernando Schneider

Jefferson Soares da Rosa  
Joice Schmalfluss  
José Luís Guedes dos Santos  
Josiane Dalle Mulle  
Junior César Mesquita Lopes  
Karen Fengler  
Karen Patricia Macedo Fengler  
Karen Schen  
Letícia Souza dos Santos  
Liege Machado Brum  
Luccas Melo de Souza  
Lucia Chaves Pfitscher  
Luciana Bjorklund de Lima  
Luciana Winterkorn Dezorzi  
Lurdes Busin  
Marcia Fabris  
Marcia Rodrigues Chilela  
Márcia Weissheimer  
Margarita Ana Rubin Unicovsky  
Maria Alice Souza de Abreu  
Maria Buratto Souto  
Maria de Lourdes Rodrigues Pedroso  
Marilaini Correia da Silva  
Marlise Meyer  
Marta Georgina Oliveira de Goes  
Maura da Silveira Pia Ferrao  
Miriam de Abreu Almeida  
Myrna Lowenhaupt D'ávila  
Nathalia Helene Steyer  
Paula M. B. Poletto  
Quênia Camile Martins Barth  
Raquel Mara Pereira  
Rita Elenice dos Santos Rodrigues  
Roberta Rosito Correa  
Sandra Maria Cezar Leal  
Sônia Beatriz Coccaro de Souza  
Valéria de Sá Sottomaior  
Vera Lúcia Fink  
Virgínia Leismann Moretto  
William Wegner

## SUMÁRIO

### **PROGRAMA DA SEMANA 13**

#### **CURSOS 18**

- Assistência de Enfermagem a Pacientes portadores de Drenos Abdominais e Torácicos **21**
- Manejo de Intercorrência Psiquiátrica em Ambulatório **22**
- Dimensão do Cuidar em Cuidados Paliativos **23**
- Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem **24**

#### **RESUMOS 26**

#### **ADMINISTRAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ENFERMAGEM 27**

- Conhecimento do Cliente sobre a Atuação do Enfermeiro **28**
- Estudo Comparativo entre o Discurso e a Fala-em Interação na Prática de Profissional da Enfermagem **30**
- Implantação do Serviço de Enfermagem em um Ambulatório de Transplantes SUS **32**
- O Universo do Trabalho Gerencial na Supervisão de Enfermagem **32**
- Passagem de Plantão uma Nova Proposta de Trabalho **36**

#### **ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO 39**

- Educação em Saúde como Instrumento de Enfermagem para a Promoção do Autocuidado **40**
- Educação Permanente em Saúde: Uma Estratégia para a Transformação das Práticas da Enfermagem **43**
- Enfermagem na Educação Infantil: Acadêmicos de Enfermagem em uma Creche Comunitária **46**
- Estratégia de Promoção no Processo de Ensino e Aprendizagem: Uma Vivência na Unidade de Clínica Médica **47**
- Narrativas dos Acadêmicos de Enfermagem sobre a Campanha de Doações de Órgãos Tempo é Vida **50**
- O Impacto de Estratégias Educativas para a Equipe de Enfermagem na Avaliação Sistematizada da Dor em Pacientes Internados no HCPA **51**
- O Papel da Educação Permanente em Saúde na Percepção dos Enfermeiros/as **54**
- O Papel de Educador do Enfermeiro Assistencial na Ótica dos Estudantes de Enfermagem **57**
- Ação-Síntese: Prevenindo Dores Lombares na Comunidade da Enfermagem **60**
- Motivos de Professores, Alunos e Funcionários da Escola de Enfermagem da UFRGS para Tornar-se ou Não Tabagista **61**
- Prevalência do Tabagismo na Comunidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul **62**
- Tecnologias Educacionais Digitais no Ensino de Enfermagem **63**
- O Resgate da Auto-Estima: promovendo Saúde na Escola Aberta **64**
- Residência Integrada em Saúde: A Inserção do Enfermeiro como Residente na Equipe Multiprofissional **65**
- Enfermagem e Educação em Saúde na Escola **66**

#### **ENFERMAGEM NA SAÚDE COLETIVA 67**

- A Busca pelo Cuidado Integral: Conhecendo os Mecanismos Referentes ao processo do Cuidar Integral, Provindos da Utilização da Terapêutica Vitalista **68**

- A Interface de um Projeto de Extensão com a Educação em Saúde: A Vivência da Sala de Espera **69**
- A Visita Domiciliária como Estratégia de Atenção à Saúde do Homem **72**
- Acolhimento em Saúde Pública: Perspectiva dos Acadêmicos de Enfermagem e Psicologia da UFRGS **75**
- Cartografia Temática da Gravidez e Maternidade na Adolescência em Municípios de Pequeno Porte e Áreas Rurais do Rio Grande do Sul **77**
- Grupo de Saúde com Homens: Uma Experiência da Enfermagem **80**
- O Olhar dos Acadêmicos de Enfermagem e de Psicologia sobre as Visitas Domiciliares das Equipes de PSF **83**
- Perfil Epidemiológico de Usuários de Psicofármacos em Atenção Primária **84**
- Pombos Domésticos (*Columba livia*): Ameaça para a Saúde da Comunidade **85**
- Vivenciando o Pet-Saúde em uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-RS **86**
- Visita Domiciliar em Enfermagem: Estudo de Caso de Demandas da Atenção Primária **87**
- O Papel do Profissional de Saúde na Prática do Acolhimento na Estratégia da Saúde da Família **90**
- Promoção da Saúde da Mulher: Pet-Saúde realiza Mutirão na Comunidade de Belém Velho **91**
- Grupos Terapêuticos em Unidade Básica de Saúde na Perspectiva de Acadêmicos de Enfermagem e Psicologia da UFRGS **92**
- Fazendo Enfermagem na Atenção Básica Estratégia de Saúde da Família Cruzeiro do Sul/Pet-Saúde **93**
- Enfermagem UFRGS na Base aérea de Canoas: Alcançando Vôo nas Asas da Saúde **95**
- Promoção de Saúde através dos Macroeventos de Enfermagem: Relato de Experiência **96**
- Elaboração de Protocolos de Assistência na Perspectiva da Efetivação do Sistema Único de Saúde – Um Relato Acadêmico **97**
- Primeiros Passos da Implementação de uma Política de Gestão de Trabalhadores no Sistema Único de Saúde – SUS: Vivência Acadêmica de um Projeto de Extensão **100**

### **ENFERMAGEM NA SAÚDE DO TRABALHADOR 103**

- Atendimento Ambulatorial ao Trabalhador com Dano Ocupacional: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem **104**
- Sentimentos Despertados nos Educadores que atuam com a Inclusão Social – Visão de uma Acadêmica de Enfermagem **106**
- Interferência dos Ruídos Produzidos pelos Aparelhos de UTI na Assistência de Enfermagem **110**
- Efeitos Biológicos da Radiação Ionizante: Um Estudo Bibliográfico sobre os Riscos a que estão Expostos os Trabalhadores na Área da Saúde **111**

### **ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL 113**

- A Influência da Reforma Psiquiátrica nas Ações de Enfermagem em Saúde Mental: Revisão Integrativa **114**
- Drogadição é o Tema do Alerta **115**
- Entendendo o Processo de Desinstitucionalização do Paciente Psiquiátrico no Brasil **116**
- Grupo Multifamiliar em um CAPSi: Relato de Experiência **118**
- Produções Científicas sobre a Saúde Mental Infante-Juvenil no Brasil: 2002-2009 **119**
- Relato de Experiência – Atendimento de Adolescentes com Anorexia Nervosa **122**
- Relato de Experiência de Monitoria de Saúde Mental em Internação de Hospital

**Geral 123**

- Violência Sexual infanto-juvenil: Um Desafio Interdisciplinar para os Centros de Atenção Psicossocial Infantil **124**
- O Impacto da Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno de Pânico no Uso de Estratégias de Enfrentamento (COPING) **128**
- Acadêmica de Enfermagem e Pacientes em Sofrimento Psíquico: Vivências em uma Unidade de Internação Psiquiátrica **129**
- Aplicando o Modelo Calgary em Famílias Vinculadas à Estratégia de Saúde da Família no Bairro Santa Tereza – Porto Alegre **132**
- Grupos Operativos para o Ensino Aprendizado em Saúde Mental – Descobrendo Possibilidades Terapêuticas **135**
- Transtorno de Personalidade Borderline: Um Estudo de Caso **138**
- Atenção Psicossocial, CAPS e suas Oficinas: Da Alienação à Cidadania **139**
- Diagnósticos de Enfermagem em Saúde Mental na Consulta Ambulatorial **142**
- Síndrome de Munchausen por Procuração **143**
- Consulta de Enfermagem no Ambulatório de Transtornos Alimentares em Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) **144**

**ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA 145**

- Assistência de Enfermagem na Hiperbilirrubinemia Neonatal: Revisão de Literatura **146**
- Caracterizando Recém-Nascidos Submetidos À Inserção do Cateter Central de Inserção Periférica **147**
- Síndrome de Aspiração de Mecônio e o Papel do Enfermeiro: Revisão de Literatura **150**
- Síndrome do Bebê Sacudido: Um Desafio no Cuidado de Enfermagem **151**
- Violência Sexual contra a Criança, um Desafio para os Profissionais de Saúde **154**
- A Criança Vítima de Maus Tratos: Interdisciplinariedade na Área da Saúde **158**
- Criança que convive com HIV/AIDS: Percepções de Educadores de uma Creche **161**
- Percepção e Vivências do Tratamento Antirretroviral e da Adesão em Crianças e Adolescentes na Perspectiva dos Familiares/Cuidadores nos Municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS **162**
- Percepções de Adolescentes que vivem com HIV/AIDS acerca do Tratamento Antirretroviral **165**
- Atividade em Grupo com Pais de Bebês Prematuros Hospitalizados **168**
- O Esgote Mamário e a Estimulação da Lactação em Mães de Recém-nascidos Pré-termo Hospitalizados **170**
- Satisfação de Pais e Acompanhantes de Crianças Hospitalizadas **173**
- A Percepção da Criança que Convive com Câncer acerca dos Cuidados de Enfermagem **176**
- As Redes de Cuidados de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde **177**
- Cuidados de Enfermagem à Criança no Ambiente Hospitalar: O Lúdico como Estratégia de Humanização da Assistência **180**
- A Vulnerabilidade e o Contexto da Rede e do Apoio Social no Seguimento do Egresso da Terapia Intensiva Neonatal **184**
- A Enfermeira e o Processo de Reabilitação das Crianças com Fissuras Orais **187**
- Tratamento Antirretroviral de Crianças que Vivem com HIV/AIDS nos Municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS: Experiências e Compreensões **188**
- Dificuldades no Desenvolvimento da Pesquisa em Transmissão Vertical de HIV: Um Relato de Experiência **191**
- Orientações sobre Aleitamento Materno às Puérperas em Alojamento Conjunto – Relato de Experiência **194**
- A Família frente a Doença e o Transplante de Medula Óssea na Criança **195**

- Especificidades do Atendimento ao Paciente Pediátrico Víctima de Trauma: Uma Revisão da Literatura **197**
- Glicogenose Tipo I: Um Estudo de Caso **200**
- Estratégia Multidisciplinar no Cuidado da Criança por meio de Ludicidade em Ambiência Hospitalar **201**
- A Revelação do Diagnóstico de AIDS na Compreensão de Profissionais de Saúde: Contribuições de Filosofia de Martin Buber – Nota Prévia **204**

### **ENFERMAGEM NO CUIDADO À MULHER 209**

- Principais Necessidades das Pacientes e o Cuidado Prestado durante Internação para Realização da Mastectomia **210**
- Desafios e Perspectivas da Enfermagem no Acompanhamento a Gestante de Alto Risco no Domicílio **213**
- Estudo de Caso: Acompanhamento de Puérpera sem Pré-Natal em Hospital de Referência em Saúde da Mulher **216**
- Aleitamento Materno Exclusivo: Motivações e Desmotivações das Nutrizes de Eldorado do Sul **217**
- A Assistência Prestada a Gestantes com Diabetes Mellito Gestacional: Um Relato de Experiência **220**
- Doença Hipertensiva Específica da Gravidez com Óbito Materno nos Hospitais Referências de Porto Alegre **221**
- Repercussões das Intervenções de Enfermagem em um Caso de Câncer de Colo Uterino **225**
- O Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente em Porto Alegre **225**
- Miastenia Gravis na Gestação: Um Estudo de Caso **226**
- Experiência de Acadêmicos de Enfermagem em Puericultura: Um Breve Relato **229**
- Sentindo a Emoção do Começo ao Fim: Estudo sobre a Inclusão Paterna na Assistência Pré-Natal **230**
- Profissionais da Saúde e a Violência contra a Mulher **233**
- Violência contra a Mulher: Um Desafio de Gênero para a Enfermagem **234**
- Uma História de Violência Sexual – O Caso de Elisa **236**
- PET – Saúde: Promovendo a Saúde em um Grupo de Gestantes **238**

### **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO ADULTO 241**

- Sentimentos do Familiar frente ao Tratamento Quimioterápico do Paciente com Câncer Colorretal **242**
- Diagnóstico de Enfermagem Dor Aguda no Pós-Operatório de Cirurgia Bariátrica **243**
- Aplicação da Escala de Braden em UTI como Medida para Prevenir Úlceras por Pressão **246**
- Busca Ativa de Pacientes para Protocolo de Pesquisa de Enfermagem em Insuficiência Cardíaca **249**
- Implantação da Escala de Braden em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário **250**
- Avaliação da Classificação de Cuidados dos Pacientes Adultos Internados em Unidade de Emergência **253**
- A Equipe de Enfermagem como Protagonista da Humanização em Unidade de Terapia Intensiva: Algumas Reflexões **254**
- A Polidipsia e a Fisiopatologia da Diabetes Mellitus **257**
- Conhecimento dos Enfermeiros sobre Avaliação e Mensuração da Dor Oncológica **260**
- O cuidado Humanizado e a Equipe de Enfermagem em Unidades UTI: Revisão Integrativa **261**

- Rastreamento de Infecção por Acinetobacter SP em pacientes Adultos Internados em terapia Intensiva **262**
- Fatores de Risco para a Ocorrência de Complicações em Pacientes Submetidos ao Transplante Renal **263**
- Escala de Edmonton e Cuidados Paliativos: Revisão Integrativa **264**
- Anormalidades Cutâneas de Pacientes em Hemodiálise **268**
- Integridade Tissular Prejudicada em Vítima de Trauma **269**
- Avaliação da Dor de Pacientes Oncológicos Adultos pelo Enfermeiro: Uma Revisão Integrativa **272**
- Cuidado ao Cliente com Dor Crônica: Relato de Experiência **273**
- Nutrição Enteral em Pacientes Críticos: Diferença entre o Volume Prescrito e o Volume Administrado **274**
- Consultorias como Instrumento de Ensino Pré-Operatório no Transplante Hepático **275**

### **ENFERMAGEM NO CUIDADO AO IDOSO 277**

- Alterações e Dificuldades no Cotidiano dos Cuidadores Familiares de Idosos Portadores de Incapacidades e Dependência **278**
- Plano de Cuidados para um Paciente Idoso com Síndrome Metabólica **281**
- Proposta de Implantação de um Instrumento de Coleta de Dados para o Atendimento a Idosos em uma Estratégia de Saúde da Família: Nota Prévia **285**
- Consulta de Enfermagem com Paciente Idoso Portador de Fibromialgia: Um Relato de Experiência **288**
- Consumo de Fibras em População Idosa e Associação com Fatores de Risco Cardiovasculares **289**
- Processo de Enfermagem a um Idoso com Múltiplas Patologias: Estudo de Caso **290**
- Produção do Conhecimento sobre Saúde do Idoso à Luz da Abordagem Fenomenológica **293**

### **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 295**

- Diagnóstico de Enfermagem Fadiga em Pacientes Oncológicos: Validação de Conteúdo das Características Definidoras **296**
- Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para uma Abordagem Integral ao Paciente com Fibromialgia: Estudo de Caso **299**
- Pacientes com Insuficiência Renal Crônica em Hemodiálise: Diagnósticos e Cuidados de Enfermagem Estabelecidos durante a Sessão Hemodiálitica **302**
- Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Paciente Submetido a Punção-Biópsia Hepática **305**
- Validação de Intervenções de Enfermagem para o Diagnóstico Risco para Integridade de Pele Prejudicada em Pacientes Adultos em Risco de Úlcera por Pressão **308**
- Validação de Resultados de Enfermagem segundo a Nursing Outcomes Classification – NOC na Prática Clínica de Enfermagem em um Hospital Universitário **309**
- O Cuidado à Família Crítico Terminal: Diagnóstico, Intervenções e Resultados de Enfermagem **310**

**PROGRAMA**  
**Programação Interna**  
**12/05/2010**  
**Quarta-feira**

# 21ª Semana de Enfermagem

do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e da Escola de Enfermagem da UFRGS

**Entrada Franca**

*"Compreender e construir redes de saúde"*

## **Espaço da Alma**

**Práticas Integrativas de Saúde**

Anfiteatro do HCPA

8h30- 9h45 - conferencia - Um novo olhar no cuidado: uso da música – Enfª Drª Eliseth Leão

Intervalo – 9h45 - 10h

10h -12h - conferência- Espiritualidade e Saúde – compartilhando experiências - Professora, Enfermeira, Médico, Técnica de enfermagem, Paciente

**Especialmente para Você no dia 12 de maio!**

Reiki – ETE- subsolo – 14h às 17h  
Energização- ETE- subsolo - 14h, 15h, 16h  
Meditação - 532 - 14h, 15h, 16h  
Hipnose psicoterapêutica - 14h às 17h  
Reflexologia podal - ETE-subsolo - 14h às 17h  
Massagem - ETE- subsolo - 14h às 17h  
Florais - 14h às 17h

Dança Circular-anfiteatro – 12h às 13h  
Oficina de Arteterapia - 14h às 16h  
Oficina de Mandala - 547 - 14h às 16h  
Biodanza - 1024 - 14h às 16h  
Relaxamento - 432 - 14h, 15h, 16h  
Alongamento - - 14h, 15h, 16h  
Yoga andino – 1300 -14h, 15h, 16h

**Apoio**



Comitê e Representação do Material Orçário L&L

**Promoção**



HOSPITAL DE CLÍNICAS  
PORTO ALEGRE - RS

## **Terapêutas do Espaço da Alma 2010**

|                                      |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Rodrigo O.K. de Miranda              | Alongamento              |
| Maria Helena Piccinini               | Arte teraoia             |
| Angélica Shigihara                   | Arteterapia              |
| Márcia Weissheimer                   | Biodanza                 |
| Diana Dedalos                        | Dança circular           |
| Ellen Brack                          | Dança circular           |
| Janete Barcellos                     | Dança circular           |
| Ironi Leopold                        | Energizacao              |
| Elizete R. Martin                    | Energizacao              |
| Maria Valdelaine Saldanha dos Santos | Energização              |
| Susy Meira                           | Hipnose Psicoterapeutica |
| Maria Helena Lamb                    | Mandala                  |
| Antonio C. S. Cardoso                | Massagem                 |
| Claudia Paula da Silva               | Massagem                 |
| Iolanda De Lima Comparsi             | Massagem                 |
| Marilete Sotta                       | Massagem                 |
| Rosangela da C Soares                | Massagem                 |
| Raquel P.M. Scheid                   | Massagem                 |
| Cristian Aproxelas                   | Massagem                 |
| Jaci Dutra                           | Massagem                 |
| Maria Alice S. de Abreu              | Meditacao                |
| Abigail Riboli                       | Reflexologia podal       |
| Maria Ofir Martins Brum              | Reflexologia podal       |
| Catia Onila Ortiz Torbes             | REIKI                    |
| Lindamara Soares de Oliveira         | REIKI                    |
| Luisa M. da Rosa                     | REIKI                    |
| Jane P. Moraes                       | REIKI                    |
| Katia A. Marques                     | REIKI                    |
| Marilaine C Silva                    | REIKI                    |
| Rita E. dos Santos Rodrigues         | REIKI                    |
| Rejane Thomas                        | REIKI                    |

|                                 |             |
|---------------------------------|-------------|
| Sonia D. C. Dias                | REIKI       |
| Vania Latuada                   | REIKI       |
| Alba da La Rosa                 | REIKI       |
| Alícia Vasques                  | REIKI       |
| Eunice Vieira                   | REIKI       |
| Ilza M. Rey                     | REIKI       |
| Maria Lucia Scola               | Relaxamento |
| Carmen Denise de Oliveira Fraga | T Floral    |
| Marta G. Góes                   | T Floral    |
| Marion Kohlman                  | T Floral    |
| Maria Francisca Amaral Oscar    | T Floral    |
| Gabriela Frantz                 | Yoga andino |

### **Comissao Organizadora**

Antonio C. S. Cardoso  
Celina Marques Schondelmayer  
Daiane Marques Durant  
Josiane Dalle Mulle  
Leticia Souza dos Santos  
Luciana Winterkorn Dezorzi  
Marcia Chilella  
Marcia Fabris  
Marcia Weissheimer  
Marilaine Silva  
Marta Barros  
Marta G. Goes  
Roselaine Benke  
Sandra Machado

**13/05/2010**  
**Quinta-feira**

- 8h **Inscrição**
- 9h30 **Abertura**
- 10h **Conferência: Cuidar e conexões em redes de saúde**  
Prof. Emerson Merhy – UNICAMP
- 12h **Intervalo/Almoço**
- 14h **Experiência em redes de saúde**  
Enfª Ângela Ostritz (RJ)  
Enf. Alexandre Toledo (BH)
- 15h45 **Coffee-break**
- 16h **Formação na construção de redes de saúde**  
**Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – RIMS**  
RIMS-HCPA – Profª Christine Wetzel  
RIMS-GHC – Enf. Raphael Caballero  
RIMS-PUIC – Profª Simone Travi Canabarro  
RIMS-Escola de Saúde Pública – Profª Eloá Rossoni  
RIMS-FACED/UFRGS – Prof. Ricardo Burg Ceccim

**14/05/2010**  
**Sexta-feira**

- 9h **Interface e articulação de redes de saúde**  
**Experiência município de Porto Alegre (RS)**  
**Experiência município de Londrina (PR)**  
Enfª Carmen Cristina Moura dos Santos
- 10h15 **Coffee-break**
- 10h30 **Dimensões do cuidado em redes de saúde**  
Enfª Simone Schenatto  
Enfª Márcia Fabris  
Enfª Gislene Pontalti  
Enfª Rosane Mortari Ciconett
- 12h **Intervalo/Almoço**
- 14h **Conferência encerramento: As múltiplas dimensões da gestão do cuidado e as necessidades em saúde**  
Prof. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio – UNIFESP
- 15h45 **Coffee-break**
- 16h **Teatro**
- 16h30 **Encerramento**

**15/05/2010**  
**Sábado**  
**CURSOS SEMANA DE ENFERMAGEM**

Oficina de Sistematização da Assistência de Enfermagem  
*Isis Marques Severo, Márcia Weissheimer, Rejane Marilda Ávila*

Cuidados de Enfermagem ao Paciente com Acesso Vascular para  
Procedimentos:

- Cuidados ao Paciente com Cateter para Hemodiálise  
*Alessandra Rosa Vicari*

- Cuidados ao Paciente com Acesso Arterial Pós Intervenção Endovascular  
*Simone Marques dos Santos*

- Uso do Cateter Venoso Central em Radiologia  
*Leticia Souza dos Santos*

Curso de Interpretação de Eletrocardiograma  
*Letícia Orlandin, Jeane Cristine de Souza*

Reanimação Cárdio-respiratória Básica e Avançada  
*Jaqueline Sangiogo Haas, Eliza Schuck Castanho, Ingrid Trommer Rey*

A Proposta da Educação Permanente para a Formação Continuada em Saúde  
*Liege Machado Brum*

Para Cuidar do Adulto e da Criança com Dor  
*Simone Silveira Pasin*

Cuidados de Enfermagem em Unidade Vascular  
*Tiago Oliveira Teixeira, Ana Valéria Furquim Gonçalves, Mônica Bernardes*

Assistência de Enfermagem a Pacientes Portadores de Drenos Abdominais e  
Torácicos  
*Célia Guzinski, Márcia Ivani Bambila, Maria Lúcia Pereira de Oliveira, Caren de Oliveira Riboldi*

Fundamentos em Cuidados Paliativos  
*Gislene Pontalti, Maria Antonia Lima Ferreira, Jane Palma de Moraes*

O papel da Equipe de Enfermagem na Prevenção das Infecções:

- Pneumonia Relacionada à Ventilação Mecânica  
*Loriane Rita Konkewicz*

- Infecções Urinárias Relacionadas a Cateter Vesical  
*Carem Gorniak Lovatto*

- Sepses Relacionadas à Infecção de Cateter Central  
*Nadia Mora Kuplich*

**Gerenciamento de Leitos de Isolamento**

*Carem Gorniak Lovatto*

**Manejo de Intercorrências Psiquiátricas em Unidades Clínicas e Ambulatórios**

*Emi da Silva Thomé, Emília Michielin de Almeida, Jacqueline Markus, Maria Madalena Teixeira Roveda*

**O papel da Enfermeira no Transplante Renal**

*Alessandra Rosa Vicari, Maria Conceição da Costa Proença*

**Assistência de Enfermagem ao Paciente em Programa de Diálise Peritoneal**

*Célia Mariana Barbosa de Souza, Mariana Tessari*

**Intervenções e Manejo com Crianças e Adolescentes em Saúde Mental**

*Luciane Beatriz Marks Santos, Márcia Costa da Silva, Ademar Oliveira da Silveira Júnior*

**Noções Básicas de Neurologia e Cuidados de Enfermagem no Pós-operatório de Neurocirurgia**

*Roseli Elena Ames dos Reis, Deise Vacario de Quadros*

**Neutropenia - Cuidados de Enfermagem com Paciente Neutropênico**

*EsterAngela Waldemarca Sangalli, Gerta Maria Stein*

**Cuidados de Enfermagem na Transfusão de Hemocomponentes**

*MagdaEmília Collares Flores*

**Cuidados de Enfermagem ao Paciente Submetido à Redução de Estômago**

*Fabiana Bonemann Fehrenbach, Mara Regina Ferreira Gouvea, Marise MárciaThese Brahm*

# *Cursos*

---

## **ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTES PORTADORES DE DRENOS ABDOMINAIS E TORÁCICOS**

Célia Guzinski, Márcia Ivani Bambila, Maria Lúcia Pereira de Oliveira, Caren de Oliveira  
Ribold

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Finalidade:** Estabelecer um trajeto artificial ao longo do qual os exsudatos ou secreções possam atingir o meio externo, através de um caminho mais curto a ser percorrido. Evitando o acúmulo de secreções e suas complicações.

### **Indicações:**

Terapêuticas

Profiláticas

### **Classificação dos drenos:**

Laminares - abertos - passivos

Tubulares - fechados

### **Complicações da Drenagem:**

ORGÂNICAS: em resposta ao corpo estranho

MECÂNICAS: deslocamento ou afundamento acidental e obstrução do dreno.

FISIOLÓGICAS: perda aumentada de líquidos e eletrólitos.

### **Cuidados com Drenos:**

Plano individual de cuidados:

Tipo e localização do(s) dreno(s)

Fixação

Tipo e característica da drenagem

Dreno de Penrose

Dreno de Kehr

Dreno de Sump

## **MANEJO DE INTERCORRÊNCIA PSIQUIÁTRICA EM AMBULATÓRIO**

Emi da Silva Thomé, Emília Michielin de Almeida, Jacqueline Markus, Maria Madalena  
Teixeira Roveda

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Alguns tipos de intercorrências são possíveis de ocorrerem no ambulatório, bem como: risco para suicídio, agitação psicomotora, risco para agressão. As causas destas situações envolvem fatores biológicos ou psicológicos.

Este curso tem como finalidade a compreensão do comportamento agressivo como um continuum entre agressão verbal e física, podendo ser por sentir-se ameaçado, seja a ameaça interna ou externa, ou uma resposta emocional a estressores ou, ainda, resultado da raiva e medos intensos e desproporcionais ao evento que ocasionou o comportamento.

Alguns sinais podem ser percebidos, tais como: fala exagerada, fala depreciativa com outros, postura tensa, invasão de espaço alheio, gestos ameaçadores, fita o interlocutor.

Para auxiliar no atendimento ao paciente com intercorrências agressivas, algumas ações são necessárias e facilitam o atendimento, primeiramente entender o que está acontecendo, manter uma postura de escuta e tranquilidade, ter autocontrole sem ser autoritário, solicitar ajuda de outros profissionais. Considerar a individualidade da pessoa agitada ou agressiva. O manejo em situações que envolvem crianças deve seguir os mesmos princípios de abordagem.

O curso fala ainda sobre a contenção mecânica, quanto aos aspectos legais, cuidados e responsabilidades.

Outra situação bastante comum em ambulatórios é risco para suicídio que repercute na equipe causando ansiedade e sensação de impotência. Considera-se durante o curso a prevalência de casos de suicídios, fatores causais como biológicos, psicológicos, neurológicos, hormonais, para que se tenha uma compreensão mais ampla do assunto. Um aspecto bastante importante é a possibilidade de identificar o risco para suicídio e como agir nestas situações. Serão apresentadas situações problemas vivenciadas pela equipe a fim de ilustrar o impacto destas intercorrências sobre as equipes assistenciais e a reflexão sobre outras formas de lidar com elas.

## **DIMENSÃO DO CUIDAR EM CUIDADOS PALIATIVOS**

Gislene Pontalti, Maria Antônia Lima Ferreira

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Cuidados paliativos se caracterizam por um conjunto de medidas destinadas a promover a qualidade de vida para pacientes que enfrentam uma doença sem cura, por meio da prevenção e do alívio do sofrimento, pelo controle da dor e de outros sintomas físicos, psico-sociais e espirituais. Neste contexto, inclui-se a família como unidade de cuidado sendo que esses grupos familiares acompanham os doentes e são acompanhados pela equipe de profissionais durante os estágios finais da doença do paciente, da sua morte e posterior elaboração do luto. O desenvolvimento dos cuidados paliativos no contexto hospitalar tem sido crescente nas últimas décadas, mesmo diante de uma cultura de negação da morte e de excessiva valorização dos avanços tecnológicos. Nesta perspectiva, desde 2007, o Núcleo de Cuidados Paliativos (NCP) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) vem prestando uma assistência com abordagem interdisciplinar ao paciente, que se encontra fora de possibilidade terapêutica de cura, cujas estratégias de intervenção estão focadas na tríade paciente, família e equipe multidisciplinar. O NCP propicia à família participar efetivamente do cuidado, receber apoio da equipe para enfrentar os desafios, adaptar-se ao processo de luto de forma menos angustiante e, ao paciente é assegurado um cuidado individualizado com alívio da dor e melhora da qualidade de vida, assim como morrer com dignidade. As projeções futuras apontam a necessidade de avaliar e planejar estratégias de intervenção para a implantação desta prática no domicílio, por meio da articulação dos recursos interinstitucionais e da parceria com a rede da atenção primária à saúde, num esforço conjunto. Os Cuidados Paliativos se iniciam quando a terapêutica curativa deixa de ser o objetivo, são prestados ao paciente e a sua família e voltada para o controle dos sintomas (tais como dor, fadiga, dispnéia) e promoção da qualidade de vida do paciente, sem função de prolongamento ou de abreviação da sobrevivência. A assistência aos pacientes em cuidados paliativos é uma experiência desafiadora para os profissionais da saúde, por ser um evento extremamente pessoal que exige diferentes cuidados em termos físicos, psicológicos e espirituais. O enfermeiro pode intervir promovendo o bem estar do paciente e de sua família, através do estímulo à uma mudança de atitude, tornando-a mais positiva no enfrentamento da morte. Morrer com dignidade significa

morrer sem dor, sem dificuldades respiratórias, sem vômitos, e com as necessidades psico-espirituais atendidas, junto a sua família e se possível na própria residência. O curso fundamentos em cuidados paliativos abordará: Início dos Cuidados paliativos no Brasil e no mundo, descrevendo sua filosofia, bem como seus principais sinais e sintomas; Realizar uma breve reflexão a respeito das diferentes crenças espirituais; Descrever como o Núcleo de Cuidados Paliativos do HCPA iniciou; Situações críticas pela evolução da enfermidade, e que necessitarão intervenção para controlar de forma rápida, com o intuito de aliviar o paciente melhorando sua qualidade de vida e por fim, cuidados na atenção à família no antes e após o luto; Esclarecer dúvidas relacionadas ao tema dos participantes do curso.

**Descritores:** Cuidados Paliativos, Cuidados a Doentes Terminais, Atenção Primária à Saúde.

### **OFICINA DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Marcia Weissheimer, Isis Marques Severo, Marcia Pozza Pinto, Ana Maria Kerpp Fraga,  
Claudete Regina Martins Pacheco, Gabriela Gomes dos Santos, Aline Tsuma Gaedke  
Nomura, Miriam de Abreu Almeida

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

**Introdução:** A presente oficina trata-se de uma revisão teórica sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a sua relação com o processamento de informações e tomada de decisões através do julgamento clínico. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), local onde teve origem esse evento, a SAE compreende as seguintes etapas: anamnese e exame físico, diagnóstico de enfermagem (DE), prescrição e evolução da assistência de enfermagem. Entre essas etapas o DE é entendido como "o julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, família ou comunidade, aos problemas e processos de saúde vigentes ou potenciais"<sup>1</sup>. Este curso abordará a apresentação de um caso clínico a partir de uma dramatização. Durante o curso haverá encenação do processo de trabalho de parto de uma paciente com quarenta semanas de gestação, enfatizando como exercitar o julgamento clínico, a busca dos DE acurados e uma prescrição de enfermagem adequada para satisfazer as necessidades da gestante/família. **Objetivo:** Desenvolver uma oficina sobre

Sistematização da Assistência de Enfermagem a partir da dramatização de um caso clínico. **Desenvolvimento:** A oficina será desenvolvida em um período de três horas. Inicialmente será feita uma revisão teórica sobre a SAE, enfatizando a anamnese, sinais e sintomas, os DE mais acurados e a realização de uma prescrição de cuidados que satisfaça as reais e potenciais necessidades da paciente. **Considerações Finais:** Esperamos com esta oficina divulgar a forma com a qual a Enfermagem do HCPA vem construindo a dinâmica de trabalho, tendo como referência a SAE e utilizando a metodologia proposta pela NANDA<sup>2</sup>, e com isso, proporcionar estratégias para habilitar o enfermeiro no diagnóstico de enfermagem, utilizando a prática como referencial e sua relação com o processamento de informações e tomada de decisões através do julgamento clínico.

**Referências:**

1. Freitas, M.C. Mendes, M. M. R. Idoso vítima de queimaduras: identificação do diagnóstico e proposta de intervenção de enfermagem. Rev Bras Enferm, 59 (3), 2006, 362-366.
2. North American Nursing Diagnosis Association, NANDA. Diagnósticos de enfermagem da **NANDA**: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008.

# *Resumos*

---

---

*Administração de Serviços  
de Saúde e Enfermagem*

---

---

## CONHECIMENTO DO CLIENTE SOBRE A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Silvana Regina de Andrade, Lisara Carneiro Schaker

Centro Universitário Feevale

silvanaandrad@brturbo.com.br

**Introdução:** No mundo globalizado, nas condições atuais de rápidas, profundas e constantes modificações de mercado, a conquista e a fidelização dos clientes constituí-se em importante estratégia de negócio. Estes em consonância com as dinâmicas sociais e culturais, a evolução técnica científica na área da saúde e a busca pelo acesso universal a uma assistência médico hospitalar de qualidade, cria um novo cenário na indústria de prestação de serviços para a saúde. Hoje as empresas têm o cliente como principal foco de seu negócio <sup>(1)</sup>. Sob esta perspectiva, enfocamos que o principal objetivo da enfermagem é o atendimento das necessidades manifestadas pelo cliente, ou seja, o cuidado. Historicamente, o enfermeiro é relegado ao segundo plano em relação ao reconhecimento profissional por parte da população. Considera-se que um profissional só possui reconhecimento da clientela quando sua atuação é conhecida, fazendo diferença para esta. É de suma importância identificar se o cliente conhece o enfermeiro e sua atuação, a fim de se solidificar, através de ações, a nossa posição na sociedade. **Objetivo:** identificar o conhecimento dos clientes hospitalizados nas unidades de clínica médica e cirúrgica de um hospital privado da Grande Porto Alegre, sobre a atuação do enfermeiro. **Metodologia:** Desenvolveu-se um estudo descritivo exploratório com abordagem quantitativa. O mesmo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Feevale, foi respeitada a resolução 196/96 do conselho Nacional de Saúde. A amostra do estudo foi composta por 33 participantes que se encontravam hospitalizados e atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Os dados foram coletados por meio de um instrumento estruturado, no período de setembro de 2009. As análises foram realizadas através da estatística descritiva utilizando-se frequência relativa e percentuais. **Resultados:** Evidenciou-se que 58,1% dos clientes hospitalizados disseram reconhecer o enfermeiro, porém a grande maioria identifica seu trabalho de maneira inadequada, privilegiando em suas descrições somente aspectos técnicos e realização de procedimentos de baixa complexidade. Para alguns autores a enfermeira não é reconhecida pelo cliente sendo até mesmo confundida com outros trabalhadores da área da enfermagem ou ainda com profissionais de outras categorias <sup>(2)</sup>. É

marcantemente visível a confusão de papéis, que o cliente faz, entre a categorização da equipe de enfermagem. Para o cliente e seus familiares todos aqueles que fazem contato com eles são enfermeiros, exceto a categoria médica, que eles facilmente reconhecem <sup>(3)</sup>. Afirmam que o enfermeiro em sua trajetória de trabalho adquiriu enorme conhecimento empírico, possui domínio do cotidiano do paciente bem como do ambiente hospitalar, detendo informações privilegiadas de seu cliente. Mas não possui um conhecimento específico inerente a sua classe profissional. Enfatizam, também, que na visão do cliente, os níveis ocupacionais da enfermagem desempenham mais ou menos as mesmas atividades, não se constituindo um saber específico. Acaba então, disputando o mercado com as chamadas, ocupações afins, auxiliares e técnicos de enfermagem, estabelecendo a idéia que o trabalho do enfermeiro pode ser executado por qualquer destes profissionais. Isto promove na concepção social, a percepção que o trabalho do enfermeiro não é essencial á sociedade. Observa-se que 67,7% da amostra, relatou satisfação quanto a atuação do enfermeiro frente ao atendimento das necessidades manifestadas durante o período de internação, porém percebemos que o cliente avaliou de forma geral, privilegiando o atendimento de todos os profissionais e não somente do enfermeiro. As necessidades manifestadas pelo cliente hospitalizado são criadas e alteradas por experiências pessoais, presentes ou passadas, pela fragilidade que a doença acarreta e por informações que o paciente recebe da equipe profissional, dos familiares, amigos e da mídia <sup>(4)</sup>. Na identificação das diferenças entre o enfermeiro e os outros profissionais da equipe de enfermagem, 32,3% dos participantes da amostra identificaram que existe muita diferença, porém quando questionados quais seriam estas diferenças, a maioria dos clientes não soube identificá-las. Considera-se atribuição do enfermeiro o trabalho intelectual, enquanto ao técnico de enfermagem, o trabalho manual, incluindo, aqui, na maior parte das vezes, as ações efetivas voltadas para o cliente <sup>(5)</sup>. Para tal autora, esta forma de divisão do trabalho destas categorias, além de acarretar problemas internos, reflete-se negativamente na assistência recebida e percebida pelo cliente, já que o enfermeiro ao se afastar do cuidado direto ao paciente, acaba contribuindo para a dificuldade da percepção da hierarquização e da diferenciação do trabalho dos profissionais componentes da equipe de enfermagem. **Conclusão:** Pelo presente estudo foi possível observar que o cliente, embora identifique que a prática da enfermagem está inteiramente associada com o processo do cuidado, este não consegue identificar o enfermeiro como agente prestador e responsável por este serviço, bem como tem dificuldade de identificar a

diferenciação deste em relação aos outros membros da equipe de enfermagem. Portanto, as suas atribuições não foram identificadas pela maior parte dos clientes de modo adequado. Na maior parte das vezes, privilegiaram em suas descrições atividades técnicas e a realização de procedimentos de baixa complexidade. Com o desenvolver do estudo, ficou claro, que o cliente, identifica como enfermeiro, aquele que está próximo a ele, ou seja, quem lhe presta cuidado direto. Pode-se visualizar uma inconsistência da imagem que o cliente possui do enfermeiro, mostrando que não estamos sendo capazes de oferecer-lhes meios que possibilitem o reconhecimento profissional da categoria, bem como para que possuam conhecimento das atribuições e das responsabilidades deste profissional perante a equipe de enfermagem e, na prestação do cuidado recebido pelo mesmo. É necessária uma profunda mudança nesta postura, precisa-se através do trabalho responsável, da sistematização da assistência de enfermagem e do contato permanente com o cliente, que é o nosso foco, mostrar o real significado de ser enfermeiro. E que no futuro, o cliente exija a presença e o trabalho do enfermeiro na prestação de sua assistência. Acredita-se que os resultados desta pesquisa possam possibilitar uma reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro junto ao cliente, contribuindo desta forma com a comunidade científica na área da enfermagem. É indispensável que o enfermeiro assuma seu papel diante da sociedade. Pois mesmo, que os rumos da profissão estejam sendo modificados, e o enfermeiro esteja voltando sua atuação para o gerenciamento da assistência, é de suma importância e de responsabilidade do mesmo, deixar visível sua atuação profissional, bem como, o seu papel, suas responsabilidades enquanto gestor do cuidado.

**Descritores:** Relação enfermeiro – Cliente, Satisfação do Cliente, Enfermeiros.

**Referências:**

1. LEIDERMAN, E. B.; ZUCHI, P. Aplicação dos conceitos atuais do marketing para o mercado hospitalar. *Revista de Administração em Saúde*. 2007;9(34):22-25.
2. NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. da S. Imagem da Enfermeira: Revisão de literatura. *Rev. Bras. Enfermagem*. 2005;58(1):74-77.
3. CARBONI, R. M.; NOGUEIRA, V. de O. Reflexões sobre as atribuições do enfermeiro segundo a lei do exercício profissional. *Revista Paulista de Enfermagem*. 2006;25(2):117-122.
4. SILVEIRA, J. A.; HAYASHI, L.; SCARPI, J. M. Identificação de necessidades e expectativas dos pacientes de uma clínica de catarata. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*. 2005;69(5):639-644.
5. BUENO, F. M. G.; QUEIROZ, M. S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional do processo de cuidar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2006;59(2):222-227.

## ESTUDO COMPARATIVO ENTRE O DISCURSO E A FALA-EM-INTERAÇÃO NA PRÁTICA DE PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Maria de Lourdes Borges

UNISINOS

maluborg@gmail.com

Este estudo busca uma interlocução entre a Administração de Serviços, situada no campo das Ciências Sociais Aplicadas e a área da Linguística Aplicada, através das contribuições teórico-analíticas da Análise da Conversa, mais especificamente no contexto institucional de saúde <sup>(1)</sup>. O **objetivo** deste estudo é identificar a congruência entre o discurso da **enfermagem** e a fala-em-interação de uma enfermeira com uma paciente durante orientação ao tratamento. Como **metodologia** utilizou-se Análise de Conteúdo para analisar cinco entrevistas qualitativas com enfermeiras e o *framework* analítico da Análise da Conversa<sup>(2)</sup> para analisar a interação entre a enfermeira e paciente. A orientação é um momento importante para fomentar a adesão ao tratamento recomendado<sup>(3)</sup> após a alta hospitalar, no intuito de fidelizar<sup>(4)</sup> o paciente. Os **resultados** identificaram aspectos de congruência entre o discurso da enfermagem e a prática da enfermeira. Encontrou-se congruência no interesse da enfermeira pelo vínculo com a paciente, na sua disponibilidade, capacidade de negociação da resistência e abertura para ouvir o sentido<sup>(5)</sup> que a cliente fez da sua experiência através de uma relação igualitária e simétrica.

**Descritores:** Atendimento de enfermagem, Adesão à medicação, Relações interpessoais

### **Referências:**

1. Peräkylä, Anssi. Communicating and responding to diagnosis In: Communication in medical care. Cambridge University, 2006.
2. Hutchby, Ian; Wooffitt, Robin. Conversation analysis: principles, practices and applications. Cambridge: Polity, 1998, 273 p.
3. Osterberg, L.B.; Blaschke, T. Drug therapy: adherence to medication. New England Journal of Medicine. V. 353, p. 487-497, 2005.
4. Lovelock, Christopher; Wright, Lauren. Serviços marketing e gestão. São Paulo: Saraiva, 2001
5. Weick, Karl E. Sensemaking in organizations. Thousand Oaks: SAGE, 1995.

## **IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM EM UM AMBULATÓRIO DE TRANSPLANTES SUS**

Daiani Alves Senden, Maria da Glória S. de Freitas, Vera Lucia Fauri  
Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre/RS  
daiani.senden@santacasa.tche.br

Trata-se de um relato de experiência, cujo objetivo é descrever a implantação do serviço de enfermagem em ambulatório de transplantes. A implementação da assistência de enfermagem aos clientes com indicação de transplante e aos já transplantados teve como finalidade melhorar a qualidade e a resolutividade do atendimento. À enfermeira foram atribuídas responsabilidade, autoridade e autonomia para desenvolver diferentes atividades, entre elas, coordenação e gerenciamento do ambulatório, a consulta de enfermagem e atividades educativas. Através da implantação e revisão destas atuações, foi possível refletir sobre o papel do enfermeiro no espaço ambulatorial. Percebeu-se o valor do atendimento ambulatorial e a importância de um Serviço de Enfermagem atuante nesse setor. Pôde-se observar a responsabilidade do enfermeiro frente à necessidade de adquirir e adequar novas responsabilidades que requerem diferentes habilidades e conhecimentos.

**Descritores:** Serviços de Enfermagem, Planejamento de Assistência ao Paciente, Transplantes.

## **O UNIVERSO DO TRABALHO GERENCIAL NA SUPERVISÃO DE ENFERMAGEM**

Diovane Ghignatti da Costa, Claudia Beatriz Nery, Solange Pilati, Rosalba Righi, Marta Regina Freitas Johann

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

**Introdução:** Nos serviços de saúde, o trabalho gerencial do enfermeiro tem se configurado também em horários de trabalho ditos não usuais, organizados em turnos, nos quais se inclui o noturno e as coberturas em fins de semanas e feriados<sup>(1,2)</sup>. Isto tem possibilitado campos de atuação ao enfermeiro que englobam novas perspectivas em atividades administrativas, como se verifica no cargo de Supervisor

de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Conforme mencionado em estudo prévio, desde 2001, com a reestruturação das atividades administrativas do Hospital, a enfermeira em cargo de Supervisão de Enfermagem também passou a agregar em seu processo de trabalho atividades que até então eram da alçada do Plantão Administrativo<sup>(3)</sup>. Esse redimensionamento ampliou sua responsabilidade institucional, enquanto representante do *staff* da administração central, em finais de semana, feriados e no período noturno. Isso possibilitou cobertura integral para as necessidades dos diversos setores e serviços, que demandam apoio gerencial aos processos ininterruptos de atenção à saúde, envolvendo as áreas médica, administrativa e enfermagem, inspirando-se na missão institucional, que possui como cerne a integração da assistência, do ensino e da pesquisa. A interface do trabalho das supervisoras de enfermagem com os profissionais envolvidos possibilitou condições de articular essas demandas com as equipes e de definir diferentes intervenções que necessitam respaldo administrativo. **Objetivo:** Neste trabalho propõe-se identificar esse universo ímpar de atuação das supervisoras relacionado à dinâmica organizacional e a diversos processos de trabalho, descrevendo-o através das atribuições que competem às mesmas. Destaca-se que o marco conceitual em que se insere o trabalho gerencial das supervisoras de enfermagem, considera-o em contínua construção por meio da problematização do cotidiano e dos esforços e iniciativas que emergem da coletividade, tanto identificando nós críticos nos processos, como buscando caminhos acertados. Tem-se tomado como base o conceito de supervisão como um processo educativo e contínuo baseado em normas, que consiste em motivar e orientar o pessoal de enfermagem na execução de atividades com a finalidade de manter a qualidade dos serviços prestados<sup>(4)</sup>. Também, a abrangência de outras áreas de atuação, além da enfermagem, enquanto representante do *staff* gerencial do HCPA, é tratada como uma possibilidade ao trabalho da enfermagem, por ter como característica peculiar uma prática social, articulada a outras práticas relacionadas à saúde, à educação, à produção de equipamentos, etc. <sup>(5)</sup>. Considera-se com isso, que o trabalho gerencial do enfermeiro, sustentado por essa prática social, proporciona construção de sujeitos sociais. A proposta é de orientar e facilitar os processos frente às demandas de trabalho, agregando esforços entre os envolvidos com o objetivo de atender as necessidades coletivas e individuais de trabalhadores e usuários do sistema de saúde <sup>(2)</sup>. Com isso, o cenário de trabalho das supervisoras é caracterizado por extrema complexidade, considerando os diversos atores envolvidos em inúmeros processos assistenciais, os

quais se busca evidenciar neste relato, através de suas atribuições. **Resultados:** Representar a Administração Central nos plantões, avaliando os processos de trabalho no âmbito das áreas administrativa, médica e enfermagem, tomando decisões gerenciais, em consonância com a missão e políticas institucionais, bem como Políticas Públicas de Saúde. Assegurar as definições relacionadas às questões éticas e legais do Hospital, seguindo normas, rotinas e padrões para garantir a privacidade dos registros institucionais. Supervisionar a equipe de enfermagem, acompanhando o processo de trabalho, orientando-a e intervindo quando necessário, garantindo a qualidade do cuidado através da Sistematização da Assistência de Enfermagem, de acordo com as Políticas do SUS e Políticas Institucionais. Participar de grupos de trabalho, projetos, comissões, reuniões e eventos científicos com as diferentes áreas da Instituição, contribuindo com informações da práxis, analisando indicadores e processos institucionais, para manter os bons resultados e sugerir oportunidades de melhorias nos processos de trabalho. Avaliar escalas funcionais do Grupo de Enfermagem, redistribuindo o quadro de pessoal e negociar com médicos plantonistas o atendimento de necessidades assistenciais em áreas com maior demanda, para garantir a qualidade da assistência. Administrar os leitos para atender os cuidados específicos dos pacientes, superlotação de unidades (Neonatologia, Centro Obstétrico, Centro de Tratamento Intensivo Adulto e Pediátrico, Emergência, Sala de Recuperação), demandas judiciais de internação e Central de Leitos do Município e do Estado, agilizando as transferências, altas e internações para organizar o fluxo de atendimentos. Prover materiais, equipamentos, medicamentos, hemoderivados, etc, nas situações de urgência, interagindo com outras instituições de saúde, para assegurar a eficiência/eficácia dos processos assistenciais. Coordenar a logística dos transplantes de múltiplos órgãos, no que concerne a exames, órgãos, materiais e recursos humanos, junto à Central de Transplantes do Estado (RS), assegurando o sucesso da realização dos procedimentos. Coordenar o processo de captação de córneas, analisando a documentação dos óbitos, realizando entrevista com familiares e providenciando as demais etapas do processo, garantindo os resultados institucionais e contribuindo com a Política Nacional de Transplantes. Gerenciar situações de conflito, identificando e encaminhando aos órgãos competentes, tais como: Conselho Tutelar, Delegacia de Polícia, Departamento Médico Legal, Central de Óbitos, Brigada Militar, entre outros, para garantir as obrigatoriedades legais e de segurança. Atuar em sinistros, tais como: alagamentos, vazamentos, incêndios, roubos, acidentes de trabalho e outros acidentes, para providenciar a resolução dos

mesmos. Atuar na logística dos processos de diagnóstico e tratamento, executando contatos para marcação e/ou resultados de exames externos, para garantir a eficácia /eficiência do tratamento. Atuar junto às famílias avaliando as necessidades, providenciando transporte, medicamentos, albergue, contatos, documentos, refeições, transferências, roupas, etc, para agilizar os processos institucionais e apoiar as famílias. Responder pela Ouvidoria do Hospital, proporcionando espaço de escuta aos usuários, resolvendo e registrando reclamações, sugestões e reivindicações para melhorias dos processos, tendo em vista as ações estratégicas. Responder pela Assessoria de Imprensa, atendendo aos diversos profissionais dos meios de comunicação, colaborando com a sociedade e zelando pelas políticas institucionais relacionadas à informação. Organizar e participar de ações educativas com equipes multidisciplinares, promovendo atualizações científicas e discussões acerca da práxis, garantindo a excelência do cuidado. Atuar como facilitador nas atividades de ensino e pesquisa, recebendo professores, alunos e pesquisadores, contribuindo com a comunidade acadêmica, em consonância com a missão institucional. Socializar o resultado do trabalho através de publicações e participações em eventos científicos, para dar visibilidade à comunidade acadêmica e profissional do cotidiano de trabalho nesta atividade. Disseminar informações, atuando junto às equipes, para garantir o cumprimento de decisões, normas e procedimentos no âmbito institucional. Elaborar relatórios das atividades e ocorrências dos plantões e encaminhar às chefias, contribuindo com a continuidade dos processos, realização de pesquisas e desenvolvimento profissional. **Considerações Finais:** O presente relato possibilitou dar visibilidade às ações gerenciais desenvolvidas pelas supervisoras de enfermagem, em interface com área médica e administrativa, evidenciando expressiva participação em diversos processos de trabalho institucional. Sinaliza-se que a figura do enfermeiro em cargo de supervisão vem se destacando e isso se deve à capacidade em articular as potencialidades dos diversos profissionais envolvidos e, também, em disparar um processo participativo de gestão, tornando-se todos sujeitos sociais nesse processo.

**Descritores:** supervisão de enfermagem; administração hospitalar; administração de serviços de saúde.

**Referências:**

1. Fischer FM. As demandas da sociedade atual. In: \_\_\_\_\_ ; Moreno CRC.; Rotenberg L. Trabalho em turnos e noturno na sociedade 24 horas. São Paulo: Atheneu, 2004.
2. Liberali J; Dall’Agnol CM. Supervisão de enfermagem: um instrumento de gestão. Rev Gaúcha de Enferm. 2008; 29(2): 276-82.

3. Pilati S. *et al.* O papel da supervisora de enfermagem na captação de córneas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Revista HCPA. 2007; 27(2): 21-24.
4. Cunha KC. Supervisão e enfermagem. In: Kurcgant, P (coord.). Administração em enfermagem, São Paulo: EPU. 1991
5. Felli VEA.; Peduzzi M. O Trabalho gerencial em enfermagem. In: KURGANT P. (Coord.). Gerenciamento em Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 1-13.

## **PASSAGEM DE PLANTÃO UMA NOVA PROPOSTA DE TRABALHO**

Juarez Henrique Blauth Junior, Juciléia Thomas, Mônica Martins Tabajara  
juarezh@terra.com.br

Os autores irão relatar a experiência de implantar uma nova proposta de passagem de plantão numa unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. A Passagem de Plantão é um mecanismo utilizado pela enfermagem para assegurar a continuidade de assistência prestada, onde são transmitidas informações entre profissionais que estão iniciando o processo de trabalho e os que estão terminando sua jornada. É também um momento de interação e conhecimento sobre o estado dos pacientes, da assistência prestada, possíveis intercorrências, tratamentos, pendências e situações referentes a fatos específicos da unidade de internação. A passagem de plantão é um instrumento de comunicação relevante que a enfermagem utiliza para a informação do estado de saúde do paciente, visando um planejamento de prestação de assistência de enfermagem e a reflexão crítica sobre a assistência a ser prestada no plantão subsequente (1). A comunicação é uma competência necessária aos profissionais de enfermagem, os quais devem estar atentos aos conteúdos informativos e resultados do processo comunicativo. Observando um histórico das passagens de plantão existentes analisamos que seu surgimento teve origem de um mecanismo que disciplinasse a troca entre os diferentes grupos de trabalho diário. Nas décadas de 70, as instituições adotavam a assistência dividida por tarefa, na década de 80, aconteceu a implantação da sistematização da assistência de enfermagem nas unidades de internação, a assistência por cuidados integrais, sob a forma de histórico, plano de cuidados diário e evolução de enfermagem, provocando uma revisão na metodologia assistencial (2). Na década de 90, as instituições adotaram a passagem de plantão em grupo, com o propósito de informar todos os membros da equipe sobre os pacientes internados em um momento específico, com relatórios, e revisão de

prontuários através da comunicação, que é a transmissão e a recepção de mensagens entre uma fonte emissora (o grupo que está saindo) e um destinatário, receptor (o grupo que está entrando). As informações são transmitidas por intermédio de recursos físicos, a fala, a audição e a visão. Também são codificadas na fonte e decodificadas no destino, com o uso de símbolos sonoros, escritos e gestos. A comunicação é algo mais abrangente que a emissão de palavras, é um compartilhamento de idéias e informações imprescindíveis para proporcionar uma assistência adequada ao paciente. São essenciais entre os profissionais de saúde, para garantir a continuidade do cuidado, principalmente quando há várias pessoas envolvidas. A comunicação divide-se em verbal, implicando em diferenças na apresentação e compreensão (3), não verbal uma transmissão de conteúdos, percebidas por expressões faciais, corporais, dos gestos e do toque, e também a paraverbal que está relacionada ao tom de voz, ritmo, suspiros, períodos de silêncio e a entonação dada, às palavras durante a conversação (4) e escrita que ocorre através do registro de pensamentos, informações, dúvidas e sentimentos que torna o pensamento comum (5). Este processo de passagem de plantão, de comunicação ocorre na unidade de internação psiquiátrica com a presença de um grupo de enfermeiros e técnicos de enfermagem que estão iniciando a jornada e com os enfermeiros e os técnicos de enfermagem que estão terminando sua jornada de trabalho. Neste mesmo momento os prontuários são revistos pelos enfermeiros juntamente com o relato de alterações dos pacientes durante seu turno de trabalho. Foi então que observamos que este processo apresentava alguns pontos desfavoráveis para uma efetiva passagem de plantão. Com o relato muitas vezes desnecessário de informações sobre o cliente, omissão de intercorrências devido ao curto período de tempo, a entrega de alterações de prescrições médicas durante esse processo o que interrompe o raciocínio e a atenção, a falta de informações relevantes para o cuidado do paciente dificultando ainda mais a atenção. Ocorrendo também interrupções pelo telefone e interfone ou interrupções de terceiros. Assim como as conversas paralelas, fragmentando as informações que estão sendo passadas. Todos esses pontos descritos acima podem ocasionar desconcentração dos profissionais, desatenção quanto às informações fornecidas, possíveis falhas de compreensão, omissão de intercorrências, falta de informações relevantes para o cuidado ao paciente. A partir destas dificuldades surgiu a proposta do turno manhã, em realizar a passagem de plantão em dois momentos. Num primeiro momento será feita a revisão da pasta do paciente pelo enfermeiro do turno. Essa revisão das informações contidas

na pasta do paciente ocorrerá no final do turno e antes da passagem de plantão. No segundo momento, ocorrerá a transmissão de informações verbais entre os turnos que estão saindo e chegando. Pensamos que essa nova proposta de passagem de plantão possibilitará uma total atenção nas informações trazidas pelos técnicos de enfermagem e uma melhor complementação dessas informações pelo enfermeiro. Acreditamos que propiciará que os profissionais de saúde possam permanecer junto ao paciente por mais tempo, proporcionando uma melhor atenção nas informações recebidas, diminuindo as interferências e horas excedentes por parte dos profissionais de saúde. É preciso que como profissionais de saúde tenhamos consciência de que a passagem de plantão é um processo necessário nas práticas de enfermagem, e por isso devemos utilizá-las e modificá-las para atender as necessidades dos pacientes, melhorando o planejamento e execução dos cuidados de enfermagem. Neste momento não só a comunicação efetiva entre os membros da equipe, mas também a reflexão sobre o cuidado individualizado acima da mera elaboração mecânica de tarefas, é um conceito que deve permanecer, ser discutido e implementado com o passar do tempo (6).

**Descritores:** enfermagem, comunicação, passagem de plantão.

**Referências:**

1. CAMARGO, A.T., Passagem de Plantão como Instrumento de Comunicação Hospitalar,1998. p.74.
2. OLIVEIRA C. Implantação e desenvolvimento do processo de enfermagem na Unidade de Internação. In: 1º Ciclo de Debates da Enfermagem; 1988; São Paulo. São Paulo: ABEn-Seção SP;1988. p. 54-8
3. BORDENAVAE, JD. O que é comunicação? 14a ed. São Paulo: Paidós; 1964.
4. SAWADA NO, GALVÃO CM. Comunicação não verbal: análise proxêmica em situações de pré operatório. In: Anais do 3º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem; 1992; Ribeirão Preto. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo; 1992. p. 122-4.
5. SILVA,M.J.P. da. Comunicação tem remédio. 2ed.São Paulo: Gente, 1996.
6. ZOEHLER, K.G. et al. Opinião dos auxiliares de enfermagem sobre a passagem de plantão. Revista Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, 21(2):110-124, jul 2000.

# *Enfermagem e Educação*

---

---

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE ENFERMAGEM PARA A  
PROMOÇÃO DO AUTOCUIDADO**

Silvana Ceolin, Cristiane Trivisiol da Silva, Cheila Sanfelice, Tais Vicari, Marlene  
Gomes Terra

Universidade Federal de Santa Maria  
silvana\_ceolin@yahoo.com.br

Ao longo da história, as ações de educação em saúde desenvolvidas pela enfermagem têm enfatizado a transmissão de informações e a mudança de comportamentos dos indivíduos. Estas práticas vinculam-se ao modelo de atenção biomédico, caracterizado pela fragmentação das ações, com ênfase no conhecimento técnico científico e biológico. Tais práticas mostram-se insuficientes para atender às necessidades de saúde da população, pois não levam em consideração a participação dos sujeitos no enfrentamento de suas necessidades e seus problemas de saúde. Como consequência, observa-se um grande distanciamento entre as ações de saúde desenvolvidas e as necessidades de saúde da população (LEONELLO e OLIVEIRA, 2007). Percebe-se hoje uma preocupação voltada para a autonomia do indivíduo. Inserido neste contexto, o enfermeiro tem buscado a realização do cuidado voltado à educação para a saúde da população. A utilização da educação no cuidado constitui-se um fator essencial para a construção da autonomia dos indivíduos. Pretende-se criar condições para que estes possam fazer escolhas favoráveis a sua saúde. Para tornar isso possível, a enfermagem precisa desenvolver o trabalho atuando a partir do conhecimento e das necessidades dos indivíduos e, por meio dessa troca de experiências, encontrarem uma forma eficiente de resolver os problemas identificados. A educação em saúde hoje constitui um conjunto de saberes e de práticas orientados para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso por meio do qual o conhecimento científico produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinja a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005). Para isso, precisa estar baseada em uma metodologia que perceba a realidade e necessidades dos sujeitos, objetivando uma proposta de educação em saúde participativa voltada para o autocuidado dos indivíduos, como, por exemplo, a realização de grupos de discussão. Nessa perspectiva, a metodologia dialógica de grupo pode se apoiar nas idéias de

Paulo Freire, o qual defende que o diálogo participativo, contextualizado com a realidade das pessoas, possibilita o pensamento crítico, a problematização e a construção de novas formas de perceber e se inserir no mundo (FREIRE, 1979). De acordo com Gonçalves e Schie (2005), configura-se como uma tecnologia educativa que possibilita a aprendizagem mútua entre os participantes que partilham seus problemas de saúde bem como as estratégias de resolução dos mesmos. Assim, percebe-se que os métodos grupais, baseados na construção conjunta da realidade, configuram-se como uma estratégia de ensino do enfermeiro que contribui para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Este estudo tem como objetivo relatar uma prática educativa sobre tuberculose, realizada durante a disciplina de Estágio Supervisionado II do curso de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Ocorreu na Unidade de Internação Cirúrgica de um hospital de ensino. Essa iniciativa fez parte do Dia Nacional de combate à Tuberculose, uma doença “do passado” que volta a preocupar e tem seu controle declarado como prioridade pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Pelo tratamento prolongado ocorre muito abandono da terapia e conseqüente resistência à medicação. (BRASIL, 2002). Neste contexto, o papel educativo do enfermeiro é fundamental, para sensibilizar os usuários sobre a doença alertando dos riscos. A educação estimula o sujeito no cuidado de sua saúde com escolhas favoráveis a sua qualidade de vida (BRASIL, 2002). Para o desenvolvimento desta atividade de educação em saúde, os usuários e acompanhantes do serviço foram convidados a participar da atividade e os interessados foram levados até uma sala localizada na mesma unidade. Os integrantes sentaram em círculo e inicialmente houve a apresentação individual de cada um. Em seguida foi realizada uma dinâmica de integração a fim de sensibilizá-los e obter maior participação na atividade. A partir daí, houve uma conversa e troca de experiências em relação à epidemiologia, fisiopatologia, sinais e sintomas, diagnóstico, tratamento e prevenção. Para auxiliar essa atividade, foi utilizado como recurso uma apresentação em data show. É importante ressaltar que este material foi adaptado à realidade dos participantes. Nesta atividade, esteve presente a enfermeira supervisora a qual contribuiu com seu conhecimento acerca da doença e trouxe exemplos de seu cotidiano de trabalho, enriquecendo o grupo. Ao final do encontro, foram distribuídos materiais educativos em relação à prevenção da doença. A atividade foi avaliada pelos participantes como uma contribuição à prevenção da tuberculose no sentido de esclarecer dúvidas, trocar experiências, tornar o autocuidado uma realidade para diminuir os riscos de contágio da doença. Foi possível

constatar que a vivência grupal como abordagem metodológica para a troca de experiências, ouvir o outro e conhecer o contexto de cada um vem complementar de modo enriquecedor o campo educativo. A realização do grupo proporcionou ampliar os conhecimentos e o desenvolvimento de competências e habilidades para a realização das práticas de enfermagem. Com essa atividade foi possível aprender e perceber o outro considerando os seus contextos de vida. A atividade possibilitou exercitar a escuta e a metodologia de grupo, uma importante tecnologia educativa de competência do enfermeiro. Permitiu a visualização da importância de um trabalho multidisciplinar, pois possibilitou a troca de experiências e permitiu a complementaridade nas orientações. Destaca-se a importância da atividade tanto para a aprendizagem dos usuários do serviço e seus familiares/acompanhantes quanto para os profissionais, possibilitando a educação permanente dos mesmos. Na construção do conhecimento em grupo, fundamentado em uma educação libertadora mediante o diálogo participativo, todos contribuem para a formação do saber, aprendem e ensinam. A atividade desenvolvida levou ao entendimento de que é fundamental que o enfermeiro assuma sua função de educador. Deste modo, deve fornecer subsídios para os indivíduos compreenderem os condicionantes do processo saúde-doença e adotarem novas condutas para o cuidado de sua saúde. Nesse sentido, constata-se a necessidade de a enfermagem buscar por estratégias alternativas de cuidado como a realização de grupos. Trata-se de uma tecnologia de educação em saúde que valoriza o diálogo, a qual se configura com um processo mútuo de ensino-aprendizagem, partindo da realidade social para o desenvolvimento da consciência crítica, que permite a tomada de decisões e as condutas que levem a melhoria da qualidade de vida.

**Descritores:** educação em saúde, enfermagem, autocuidado.

**Referências:**

1. ALVES V S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. 2005 Fev [acesso em 2010 Mar 23]; 9(16): 39-52.
2. BRASIL, M S. Manual técnico para o controle da tuberculose. Brasília, DF 2002.
3. FREIRE, P. Educação e mudança. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.
4. GONÇALVES L H T; SCHIE J. Grupo aqui e agora” – uma tecnologia leve de ação socioeducativa de enfermagem. Texto & contexto - enferm [periódico na internet]. 2005 Jun [acesso em 2010 mar 23]; 14 (2): 271-9
5. LEONELLO V M; OLIVEIRA M C. Construindo competências para ação educativa da enfermeira na atenção básica. Rev. esc. enferm. USP [Periódico na internet]. 2007 Dez [acesso em 2010 mar 23]; 41(spe): 847-852.

## **EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DA ENFERMAGEM**

Cheila Sanfelice, Cristiane Trivisiol da Silva, Marlene Gomes Terra, Silvana Ceolin, Tais  
Vicari

Universidade Federal de Santa Maria  
silvana\_ceolin@yahoo.com.br

A Educação Permanente em Saúde busca novas transformações na área da saúde para que os profissionais estejam preparados para enfrentar os crescentes avanços tecnológicos e científicos que permeiam sua rotina. Estas transformações devem acontecer no sentido de ampliar o desenvolvimento das ações de promoção, prevenção e proteção ao nível individual e coletivo. Além disso, devem assegurar que a sua prática seja realizada de uma forma integral, qualificada, responsável e condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, o modelo vigente depara-se com a baixa disponibilidade de tempo dos profissionais com as atividades educativas e a crescente especialização destes, enfatizando a área hospitalar centrada em tecnicismo. Consoante a isso, a velocidade com que saberes e conhecimentos se renovam, dificulta o processo de atualização permanente para todos os profissionais de uma equipe de saúde. A Educação Permanente em Saúde vem ao encontro deste modelo vigente. Ela propõe a busca de uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde entre seus trabalhadores e usuários do sistema. Almeja às soluções dos problemas levantados a partir da realidade e busca solucionar as falhas existentes, visando a produção de um atendimento integral e qualificado<sup>1</sup>. As práticas de Educação Permanente em Saúde acontecem de acordo com a aprendizagem significativa e suas transformações são fundamentadas na reflexão crítica da realidade<sup>2</sup>. É com este propósito que a capacitação dos profissionais ocorre com a função de desenvolver ações e serviços de qualidade, ou seja, não leva em consideração simplesmente um pressuposto que seja relevante para o serviço ou para atender uma necessidade individual de atualização. A política da Educação Permanente em Saúde supera as condições citadas acima porque procura transformar problemas identificados na vida cotidiana dos serviços em problemas educacionais<sup>3</sup>. Ressalta ainda que a aprendizagem das capacitações só será efetiva quando os atores tomarem consciência do problema e nele se reconhecerem,

tornando possível as mudanças necessárias. A partir da vivência como acadêmicas em um hospital de ensino percebemos que a Enfermagem encontra-se inserida em um contexto que implica em mudanças cada vez mais constantes, onde o profissional precisa estar em crescente aprendizagem. São novas técnicas, conhecimentos, leis, mudanças sociais, dentre outros, que surgem a cada dia, o que resulta em um despreparo do profissional para atuar frente a essas mudanças. Há, portanto, uma necessidade cada vez maior de transformar a realidade vigente, em que os profissionais de enfermagem encontram-se presos a uma rotina de técnicas, sem ter o espaço necessário para refletir sobre suas ações. Como objetivos temos refletir sobre a importância da Educação Permanente em Saúde e sobre sua aplicabilidade num hospital de ensino. Este estudo trata-se de um relato de experiência a partir de uma vivência como acadêmicas de enfermagem durante o estágio curricular do sétimo semestre do curso de Enfermagem realizado em um hospital de ensino. Nosso interesse nesta temática surgiu a partir de aulas teóricas sobre a Política de Educação Permanente em Saúde, onde tivemos a oportunidade de vivenciar a Educação Permanente em Saúde como uma atividade inerente ao processo de assistência-gerência da Enfermagem. O período foi de abril a julho de 2009, no qual identificamos as ações de Educação Permanente em Saúde que foram desenvolvidas pelos enfermeiros da unidade e a partir daí, realizamos observações diárias. Foi possível identificar que a Educação Permanente em Saúde é abordada principalmente no eixo da Educação em Saúde, realizada através de orientações aos pacientes e familiares. Porém, alguns enfermeiros acreditam que a Educação Permanente em Saúde é a realização de capacitações dentro e fora do hospital, com a equipe e com os familiares. Também foi possível a observação de que há enfermeiros/as que abordam o conceito da política da Educação Permanente em Saúde, através de palavras-chaves como integração, dinamicidade, realidade de cada um, com a necessidade da população evidenciando a aproximação com a política. A partir destas observações, percebemos que os profissionais da saúde ainda possuem dificuldades em aplicar a Política da Educação Permanente em Saúde por necessitarem de constantes qualificações. Entretanto, através destas observações é possível perceber que já existe um movimento para a internalização do processo de Educação Permanente em Saúde, pois é visível, em alguns profissionais, a busca pelo entendimento desta. A Educação Permanente em Saúde surge como uma possibilidade de promover ações educativas para o enfermeiro e equipe de enfermagem, que visem à melhoria da qualidade dos atendimentos prestados à população e que os profissionais possam

desenvolver seus conhecimentos, competências e habilidades de maneira qualificada<sup>4</sup>. Assim é necessária a intensa busca pela enfermagem por novos conhecimentos, habilidades e atitudes para que se possa acompanhar a grande velocidade com que se produz e disponibiliza tecnologias e conhecimentos no mundo atual. É indispensável para isso o aprender a aprender contínuo perpassando os novos conhecimentos para toda equipe de enfermagem. Este processo de capacitação inovador supera a seqüência clássica teoria/prática e assume uma forma dinâmica através da ação/reflexão/ação. Portanto, a enfermagem pode atuar mediante metodologias ativas e construir uma nova forma de capacitação. Com base nas reais necessidades de cada serviço, realizada no cotidiano das pessoas, otimiza-se considerar os conhecimentos e as experiências de cada cidadão. As observações compartilhadas entre os enfermeiros/as trazem importantes contribuições para a melhoria das ações de EPS. Estes subsídios, certamente, trarão suporte para nós, futuros profissionais da saúde, junto com a participação toda a equipe de saúde possamos contribuir para criação de novas metodologias para a transformação das práticas, corrigindo os entraves que ainda perpetuam nas atividades de EPS.

**Descritores:** Enfermagem, Educação em Saúde, Enfermeiros.

**Referências:**

1. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília(DF); 2004
2. Dias LMC, Tocantins FR, Silva TJ. A educação permanente como instrumento de transformação nas práticas do assistir/cuidar da enfermagem. *Enfermería Global*. 2007;10(5):16-10.
3. Ribeiro, ECO, Motta, JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Instituto de saúde coletiva, UNB.2005
4. Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(4):65-56.

## **ENFERMAGEM NA EDUCAÇÃO INFANTIL: ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM UMA CRECHE COMUNITÁRIA**

Maura da Silveira Pia Ferrão, Bibiana Fernandes Trevisan, Kelly Cristina Feck Poppe,  
Sharlene Teixeira de Souza, Sheila da Cunha de Ávila Alves  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
maurapia@gmail.com

**Introdução:** O Estatuto da Criança e do Adolescente e as Diretrizes e Base da Educação Nacional estabelecem que as Unidades de Educação Infantil são um direito da criança, visando o desenvolvimento e crescimento saudável, tendo papel complementar à família e propiciando, além da educação, cuidados de higiene, saúde e alimentação. **Objetivos:** Conhecer os principais problemas de saúde das crianças atendidas em uma instituição de educação infantil, através da avaliação realizada pelos acadêmicos de enfermagem, e com isso proporcionar a integração entre a teoria e prática, resultando na qualificação do cuidado à saúde da criança na comunidade.

**Método:** Esse estudo é um ensaio acadêmico executado por estudantes de enfermagem do 7º semestre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em uma creche comunitária do bairro Glória, de Porto Alegre. Foram avaliadas, através do exame físico, 62 crianças atendidas na instituição. **Resultados:** Os problemas identificados foram pediculose, higiene corporal precária, higiene bucal inadequada e alterações de pele e mucosa. Diante destes achados foram realizadas oficinas que abordavam a higiene corporal, utilizando-se de pinturas e teatros com fantoches; grupo psicoeducativo com os pais sobre a pediculose; administração de medicamentos para pediculose; encaminhamentos para a Unidade Básica de Saúde próxima a creche e a solicitação ao Departamento Municipal de Água e Esgoto referente à resolução de problemas no esgoto próximo à creche, já que identificamos uma corrente de água contaminada que persistia por toda a rua colocando em risco a saúde das crianças.

**Conclusões:** O enfermeiro como responsável pela assistência a saúde na unidade de educação infantil pode contribuir para a boa qualidade da atenção a saúde das crianças, desenvolvendo atendimento por meio do planejamento, execução, supervisão e avaliação do serviço prestado.

**Descritores:** Saúde da Criança, Educação Infantil, Enfermeiro

## **ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO NO PROCESSO DE ENSINO E APRENDIZAGEM: UMA VIVÊNCIA NA UNIDADE DE CLÍNICA MÉDICA**

Clarissa Potter, Márcia Gabriela Rodrigues de Lima, Katiele Hundertmarck, Daniele Trindade Vieira, Gabriela Zenatti Ely, Márcia Cherobini  
Universidade Federal de Santa Maria  
cissa\_pr@yahoo.com.br

**Introdução:** A inserção do acadêmico de enfermagem no ambiente hospitalar é considerada um marco para esse indivíduo já que para o mesmo tal evento representa um dilema teórico-prático por haver pouca experiência nesse complexo local. Por consequência, esse tipo de vivência possibilita ao acadêmico experienciar como ocorre o trabalho de uma equipe multi e interprofissional, participar no gerenciamento de enfermagem no âmbito hospitalar, adquirir experiência técnica diante de inúmeros procedimentos executados no cuidado ao paciente, assim como desenvolver a habilidade de formação de vínculo entre paciente e família. **Objetivo:** Busca-se com esse estudo descrever algumas das atividades que o acadêmico de enfermagem desenvolve durante o período de bolsa técnico-administrativa em um hospital escola. **Metodologia:** Diante disso foi desenvolvido um relato obtido em uma vivência na Unidade de Clínica Médica de um hospital escola alocado no interior do Rio Grande do Sul, por acadêmicas de Enfermagem no período de julho de 2008 a março de 2010. As atividades desempenhadas nesse setor podem ser descritas como bolsa técnico-administrativa de enfermagem, já que há incentivo financeiro para execução de vinte horas semanais de atividades no setor, durante os turnos da manhã, tarde ou noite divididos inclusive em finais de semana e feriados. Sendo que a escala de serviço de cada bolsista é elaborada por um enfermeiro responsável, é assegurado ao acadêmico pedir folga para que participe de algum evento com a finalidade acadêmica e trimestralmente é realizada uma reunião para avaliar o desempenho de cada bolsista a fim de melhorar/ incentivar o aprendizado e iniciativa de cada um. Cabe ressaltar que, esse tipo de atividade é executada em quase todos os setores do referido hospital como estratégia de inserir o acadêmico de Enfermagem na prática hospitalar e assim auxiliar no processo de ensino e aprendizagem teórico-prático. Acrescenta-se que, a supervisão dos acadêmicos é feito pelos enfermeiros e o controle de frequência e pagamento da bolsa são efetuados pelo setor de recursos humanos do hospital em parceria com a pró-reitoria de assuntos estudantis da Universidade em questão. Para

execução dessas atividades é necessário que o acadêmico esteja devidamente matriculado no curso de Enfermagem a partir do quarto semestre de graduação, quando já tem as noções de semiologia e semiotécnica, estar freqüentando regularmente as aulas e obter notas integrais para sua aprovação. **Resultados:** Quando o acadêmico se propõe a efetuar atividades de saúde, seja no âmbito hospitalar ou na Atenção Básica, inevitavelmente ele será submetido ao trabalho cooperativo e co-responsável em equipe em prol de um cuidado qualificado ao paciente. Por consequência, o trabalho em equipe na Unidade de Clínica Médica fomentou a habilidade de interagir com profissionais de diversas áreas, além de presenciar e solucionar conflitos entre os membros da equipe de enfermagem e outras adversidades de relacionamento interpessoal que esse ambiente de trabalho submete geralmente o trabalhador. Se esta integração entre equipe de saúde não ocorrer, pode ter o risco de repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social dos diversos trabalhos. Articular os distintos saberes dos profissionais não é um empreendimento rápido e de um único grupo profissional; requer esforço contínuo para que em todos os espaços possíveis possamos construir a idéia de equipe integração para qualificar a assistência à saúde prestada<sup>1</sup>. Outra habilidade desenvolvida durante a bolsa foi o gerenciamento de Enfermagem, sendo que isso possibilitou ampliar a visão das acadêmicas além da simples excussão de procedimentos técnicos, mas também da administração eficiente de recursos materiais e humanos no ambiente hospitalar. A gerência de uma unidade consiste na previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e gerência do cuidado que incidem no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe. Assim os enfermeiros compreendem que administrar é cuidar e quando planejam, organizam, avaliam e coordenam, eles também estão cuidando. Ao longo dos tempos, a palavra administração foi sendo substituída por gerência ou gestão que começou a ser discutido mundialmente como um recurso estratégico significando dentre outras coisas qualquer posição de direção ou chefia que tenha o objetivo de alcançar as metas previstas, através da aglutinação de esforços<sup>2</sup>. Porém, desprendimento e habilidade técnica desenvolvidas, no que tange os procedimentos assistenciais de competência do enfermeiro, foram determinantes à excussão de um cuidado qualificado ao paciente. Já que, essa destreza técnica orientada auxiliou na diminuição de riscos quanto à integridade física

e mental dos pacientes. Ao enfermeiro cabe buscar competências para o desempenho de um papel estratégico e para seus resultados, que envolvem, sem dúvida, o alcance de uma prática assistencial baseada em evidências científicas e orientada pela capacidade de tomada de decisão, no desenvolvimento profissional contínuo, na visão sistêmica e no pensamento crítico<sup>3</sup>. Inevitavelmente a formação de vínculo entre acadêmico-paciente-família acontece sem que haja grande esforço, sendo que isso auxiliou na prestação de um cuidado humanizado e integral ao sujeito assistido. No tangencial ao vínculo formado com vários pacientes e familiares cabe ressaltar que, foi possível estabelecer verdadeiros laços de amizade, confiança e carinho que sobreviverá além das fronteiras do hospital. A integralidade na atenção à saúde é definida como um princípio do Sistema Único de Saúde, orientando políticas e ações programáticas que respondam às demandas e necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado<sup>4</sup>. **Considerações Finais:** Diante do exposto, acredita-se que ao inserir o acadêmico de enfermagem em sua futura área de atuação profissional auxilia na processo de amadurecimento, crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional do mesmo. Pois dessa forma, haverá oportunidade de cambiar experiências entre acadêmicos e diversos profissionais de variadas áreas que já se encontram a muito tempo na prática. Ressalta-se ainda que, por meio dessa atividade de bolsa foi possível as acadêmicas perceberem cada fase de crescimento em sua própria prática desenvolvida, além da segurança e autoconfiança responsável adquiras e por fim perceber a mudança positiva que houve no decorrer desse período de atividades no setor.

**Descritores:** Educação; Enfermagem; Cuidado de Enfermagem.

#### **Referencias:**

1. Almeida M CPde 1 Mishima SMA.O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo "novas autonomias" no trabalho. .Interface - Comunic, Saúde, Educ [periódico da internet] 2001 ago [Acesso em 2010 abr 01]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v5n9/12.pdf>.
2. Aguiar AB; Costa R da SB; Weirich CF; Bezerra ALQ. Gerência dos serviços de enfermagem: um estudo bibliográfico. Rev Eletrôn de Enferm [periódico na internet] 2004 jan/fev 31 [Acesso em 2010 abr 01]; v. 07, n. 03[aproximadamente 8 p.]. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista7\\_3/original\\_09.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_3/original_09.htm).
3. Bork AMT. O desafio de mudar transformando as pessoas e a profissão: o sistema de enfermagem do hospital israelita albert einstein. Pratica Hospitalar [periódico na internet] 2004 jan-fev [Acesso em 2010 abr 01].

4. Silva KL; Sena RR de. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP [periódico na internet] 2008 mar [Acesso em 2010 abr 01]; 42 (1): [aproximadamente 3 p.].

## **NARRATIVAS DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM SOBRE A CAMPANHA DE DOAÇÃO DE ÓRGÃOS TEMPO É VIDA**

Grasiele Costa Rodrigues, Fernanda Sant'Ana Tristão  
Curso de Enfermagem ULBRA Gravataí  
grasy\_enf\_ulbra@hotmail.com

**Introdução:** a mídia transformou-se nos dias atuais em uma força dominante na cultura. As formas visuais e verbais como a TV, substituem as formas textuais (livros impressos) na transmissão de informação. Os meios de comunicação veiculam ou produzem notícias, e também representações, e expectativas nos indivíduos através das propagandas, informações e noticiário. **Objetivo:** o propósito deste estudo foi analisar as narrativas dos estudantes de enfermagem, sobre a campanha de doação de órgãos do Ministério da Saúde (MS) intitulada "Tempo é Vida", veiculada na mídia no ano de 2008. **Método:** para compreendermos o fenômeno em estudo, optamos pela abordagem qualitativa de pesquisa, inscrita na perspectiva pós-estruturalista dos Estudos Culturais. Como procedimento analítico, utilizaremos a análise de narrativas devido às possibilidades que esta abre para se pensar a mídia como um espaço educativo e a Campanha de Doação de Órgãos do MS intitulada "Tempo é Vida". Foi distribuído aos participantes um roteiro de questões, contendo duas questões abertas, que abordavam, sobre as percepções dos acadêmicos, quanto à campanha, e os elementos nela apresentados. As narrativas foram agrupadas em 3 categorias de análise: o papel pedagógico da mídia, o corpo midiático e tempo é vida. **Resultados:** evidencio-se nas narrativas dos estudantes que a mídia atua como um espaço educativo. Além de atribuírem à mídia um papel importante na formação de opinião frente à doação de órgãos, os alunos consideram as imagens "agressivas" e "impactantes", como as que levam a reflexão sobre o tema. Destacam que as campanhas de doação de órgãos e nesse caso o filme "Tempo é Vida", não atuam apenas numa dimensão informativa elas educam de diferentes formas os indivíduos e os levam a serem doadores.

**Descritores:** Transplante de órgãos, Cultura, Enfermagem.

## O IMPACTO DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS PARA A EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO SISTEMATIZADA DA DOR EM PACIENTES INTERNADOS NO HCPA

Tábata de Cavatá, Aline dos Santos Duarte, Simone Pasin e Elizeth Heldt

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

tabatadecavata@yahoo.com.br

**Introdução:** A dor é uma experiência subjetiva e multifatorial que acomete o ser humano em todas as etapas do desenvolvimento, da concepção a finitude. A Associação Internacional para Estudos da Dor (IASP), órgão consultor da Organização Mundial de Saúde (OMS), define dor como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos, onde cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas vivências. Nos últimos anos observa-se um aumento de estudos para identificar os motivos para o inadequado controle da dor. Entre os fatores relacionados estão às atitudes negativas dos profissionais, os conceitos errôneos sobre a dor ou os fatores ambientais, como normas da instituição acarretando a subestimação da dor sentida pelo paciente<sup>1</sup>. Portanto, há a necessidade da inclusão de estratégias para a avaliação sistematizada da dor no cuidado de enfermagem, que forneça informações sobre a intensidade, a frequência do evento e a resposta a terapia medicamentosa e complementar instituída. Para haver esta sistematização da avaliação da dor precisa-se de capacitações que devam seguir os princípios de aprendizagem do adulto, isto é, para aprender, o indivíduo deve estar sensível ao problema e receptivo a proposta educacional<sup>2</sup>. Dessa maneira, o profissional capacitado qualifica o cuidado integral ao paciente. **Objetivos:** Avaliar o impacto da educação em serviço na capacitação da equipe de enfermagem sobre a sistematização da avaliação da dor em pacientes adultos internados em unidades clínicas e cirúrgica de hospital geral. **Método:** Trata-se de um quase-experimento para verificar se estratégias educativas modificam a avaliação de dor pela equipe de enfermagem em unidades de internação. Assim, considerando como intervenção a educação em serviço, pretende-se comparar os registros de dor nos prontuários de pacientes internados antes e depois da capacitação em serviço. Estas avaliações antes e depois dos participantes permitem determinar a eficácia da intervenção proposta. Diferente dos estudos experimentais, o delineamento quase-experimental não pressupõe randomização da amostra ou a

presença de um grupo controle<sup>3</sup>. A presente pesquisa está vinculada ao projeto de desenvolvimento “Implantação da avaliação da dor como 5º sinal vital em adultos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre”, aprovado previamente Comissão de Ética e Pesquisa do HCPA. A coleta do registro de avaliação da dor de pacientes internados ocorrerá em unidades de internação, sendo uma clínica e outra cirúrgica. Será elaborado um instrumento com itens a serem pesquisados no prontuário do paciente na semana anterior a capacitação e na semana posterior a intervenção. A análise de dados contemplará o impacto na avaliação da dor após o treinamento à equipe de enfermagem. Analisará também se a dor está sendo considerada como 5º sinal vital após treinamento e se houve melhora no manejo da dor nos pacientes internados. **Resultados:** A dor é uma experiência individual e multidimensional que compreende os processos de nocicepção, da percepção dolorosa, do sofrimento e do comportamento doloroso. A nocicepção é a detecção de dano tecidual por transdutores especializados ligados a fibras do sistema nervoso periférico. A percepção é a interpretação cortical de um estímulo proveniente de uma lesão ou uma doença. A expressão emocional negativa caracteriza o sofrimento, o que desencadeia um comportamento doloroso, manifesto por determinadas posturas e atitudes, cujo objetivo é comunicar sofrimento, buscar ajuda e diminuir a sensação desagradável<sup>4</sup>. Dada a sua prevalência, a sistematização da avaliação da dor e o registro periódico de sua intensidade são fundamentais para que se acompanhe a evolução dos pacientes e se realize o ajuste necessário ao tratamento. Somente com a reavaliação frequente e regular da intensidade e do comportamento doloroso evidenciado podem fazer com que as enfermeiras tomem decisões efetivas relacionadas ao manejo da dor dos pacientes. A quantificação de dor através do auto-relato deu impulso para o desenvolvimento de instrumentos facilitadores da compreensão da intensidade sendo a escala ideal aquela que identifica a presença de dor bem como seu progresso no tempo e quanto ao tratamento, sendo de fácil aplicação e entendimento<sup>5</sup>. O fator mais importante na escolha de qual instrumento deve ser usado é a capacidade do paciente em compreendê-lo. Instrumentos de avaliação devem ser adequados à faixa etária, à capacidade cognitiva e aos aspectos culturais dos indivíduos avaliados. Silva (2007) testou a importância da avaliação sistematizada associada a programa educativo sobre o controle da dor no pós-operatório. Avaliou efeitos da intervenção “Treinamento, avaliação e registro sistematizado da dor” sobre a intensidade da dor, o consumo suplementar de morfina, o tratamento dos efeitos adversos e a satisfação da

analgesia pelo doente, onde concluiu que o treinamento associado à ficha sistematizada sobre dor incitou os enfermeiros a intervirem mais vezes para o ajuste da analgesia, melhorou o controle da dor e a satisfação dos doentes com o tratamento. Sendo assim, as organizações de saúde favorecem o alívio da dor ao reconhecerem a importância do seu tratamento, ao organizarem a educação em serviço em cursos de treinamento e ao estabelecerem padrões de avaliação e protocolos. A finalidade da capacitação é sensibilizar a equipe para o tema e qualificar o cuidado tendo o compartilhar das experiências entre os cuidadores de enfermagem, a reflexão sobre o conhecimento teórico construído e o preparo para a utilização de escalas de avaliação da intensidade da dor como sintoma e o processo do cuidar. Dessa maneira, a partir da estratégia educativa permitirá avaliar quantitativamente os registros da dor no prontuário dos pacientes e quais os profissionais que avaliam sistematicamente a dor após a capacitação e verificar as diferenças e semelhanças na avaliação da dor pela equipe de enfermagem em pacientes clínicos e cirúrgicos. A próxima etapa é a realização da coleta de dados e apresentação dos resultados encontrados. **Conclusões:** O controle da dor e o alívio do sofrimento são responsabilidade e compromisso do profissional da área de saúde. Devido à falta de conhecimento a respeito da avaliação da dor, das doses eficazes, do tempo de ação dos analgésicos, das técnicas analgésicas disponíveis entre outros fatores, há relatos na literatura especializada de que a dor é subtratada e é um sintoma freqüente no ambiente hospitalar. Há necessidade da sistematização da dor nos hospitais para que se acompanhe a evolução dos pacientes juntamente com os demais sinais vitais, na qual, garantirá imediata intervenção e reavaliações subseqüentes com uma abordagem dinâmica e multidisciplinar. As instituições também devem investir em programas educativos à equipe de enfermagem objetivando a melhoria da qualidade da assistência ao paciente que sofre com dor.

**Descritores:** capacitação em serviço, equipe de enfermagem e medição da dor.

**Referências:**

1. Silva, MAS. Efeitos da intervenção treinamento, avaliação e registro sistematizado no controle da dor no pós-operatório de cirurgia cardíaca. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo:2007.
2. Pereira, A. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cadernos de Saúde Pública 2003.19 (5): 1527-1534.
3. Polit, D et al. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004.
4. Loeser, JD. Multidisciplinary multimodal pain management programs. In: Bonica's management of pain. Philadelphia: 2 ed. 1990 p.755-771.
5. Kendall, H et al. Review of pain-measurement tools. Ann Emerg Med. 1996; 27:427-32.

## **O PAPEL DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS/AS**

Cheila Sanfelice, Cristiane Trivisiol da Silva, Marlene Gomes Terra, Silvana Ceolin, Tais  
Vicari

Universidade Federal de Santa Maria  
cris.toia@yahoo.com.br

Com os crescentes avanços tecnológicos e científicos, novos rumos são traçados na área da saúde no que diz respeito à Educação Permanente em Saúde (EPS). A mudança nesta área torna-se fundamental para que os profissionais da saúde sejam preparados a desenvolver ações de promoção, prevenção e proteção ao nível individual e coletivo assegurando que a sua prática seja realizada de uma forma integral, qualificada, responsável e condizente com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, é possível observar a baixa disponibilidade e a crescente especialização de profissionais com predomínio na área hospitalar centrada em tecnicismo. Consoante a isso, a velocidade com que saberes e conhecimentos se renovam, dificulta o processo de atualização permanente para todos os profissionais de uma equipe de saúde. A proposta da EPS objetiva transformar as relações no processo de trabalho, que visa a qualificação dos serviços de saúde com perspectivas de atualização dos conhecimentos a partir de uma proposta de ação estratégica. Esta ação emerge ao considerar como referência as necessidades de saúde das pessoas e traçar metas a partir das transformações das práticas profissionais e da organização do trabalho<sup>1</sup>. A transformação do processo de trabalho surge a partir de uma atuação crítica, reflexiva, propositiva, compromissada e tecnicamente competente<sup>2</sup>. Tal proposta, mencionada anteriormente, apresentada pelo Ministério da Saúde, em 2003, toma a Educação Permanente como idéia central da Política de Gestão da Educação no trabalho em saúde. Desta forma, a idéia atua como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde<sup>3</sup>. A EPS busca uma atuação criadora e transformadora dos profissionais nos serviços de saúde entre seus trabalhadores e usuários do sistema. Almeja às soluções dos problemas levantados a partir da realidade e busca solucionar as falhas existentes, visando a produção de um atendimento integral e qualificado<sup>3</sup>. As práticas de Educação Permanente acontecem de acordo com a aprendizagem significativa e suas transformações são

fundamentadas na reflexão crítica da realidade<sup>4</sup>. É com este propósito que a capacitação dos profissionais ocorre com a função de desenvolver ações e serviços de qualidade, ou seja, não leva em consideração simplesmente um pressuposto que seja relevante para o serviço ou para atender uma necessidade individual de atualização. É notório que os profissionais da saúde ainda possuem dificuldades em atender as necessidades da população e dos setores de saúde por necessitarem de constantes qualificações. Por isso é que a Educação Permanente em Saúde propicia esta qualificação baseada nas necessidades da população, considerando aspectos pessoais, idéias e valores de cada profissional<sup>3</sup>. A Educação Permanente em Saúde pretende sanar entraves que ainda ocorrem em alguns cursos, algumas atualizações e capacitações, os quais não partem de uma necessidade social, mas que são impostos sem embasamento crítico e participativo, o que os torna ineficazes com o uso de conceitos e princípios já estabelecidos. Além disso, a maioria destas capacitações não traz retorno para o serviço público, pois não promove mudanças no modo de pensar e agir dos profissionais. A política da Educação Permanente em Saúde supera as condições citadas acima porque procura transformar problemas identificados na vida cotidiana dos serviços em problemas educacionais<sup>1</sup>. Ressalta ainda que a aprendizagem das capacitações só será efetiva quando os atores tomarem consciência do problema e nele se reconhecerem, tornando possível as mudanças necessárias. Os autores supracitados ainda apontam que para haver realmente a mudança esperada nos campos da saúde e para ocorrer uma transformação nos processos de formação, as propostas devem surgir da problematização das necessidades locais e deixar de serem construídas isoladamente, sem levar em consideração a realidade de cada região. Tendo em vista os vários ramos de Ciência no campo da saúde, a Enfermagem encontra-se inserida em um contexto que implica em mudanças cada vez mais constantes, onde o profissional precisa estar em crescente aprendizagem. São novas técnicas, conhecimentos, leis, mudanças sociais, dentre outros, que surgem a cada dia, o que resulta em um despreparo do profissional para atuar frente a essas mudanças. Há, portanto, uma necessidade cada vez maior de transformar a realidade vigente, em que os profissionais de enfermagem se encontram presos a uma rotina de técnicas, sem ter o espaço necessário para refletir sobre suas ações. Sendo assim, a Educação Permanente surge como uma possibilidade de promover ações educativas para o enfermeiro e equipe de enfermagem, que visem à melhoria da qualidade dos atendimentos prestados à população e que os profissionais possam desenvolver seus conhecimentos, competências e habilidades de maneira qualificada<sup>2</sup>. Este trabalho

trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada "Educação Permanente em Saúde: percepção dos enfermeiros/as de um hospital de ensino" e tem como objetivo compreender como os enfermeiros/as percebem a Educação Permanente em Saúde em um hospital de ensino e conhecer as facilidades/dificuldades sentidas pelos enfermeiros/as para efetivação da Educação Permanente em um hospital de ensino. Corresponde a uma pesquisa descritiva analítica de abordagem qualitativa realizada no período de setembro a outubro de 2009. Os sujeitos envolvidos foram os enfermeiros/as assistenciais de um hospital de ensino localizado na região centro do estado e que aceitaram participar do estudo. Participaram do estudo 17 enfermeiros/as de maioria do sexo feminino. Para cumprir com o requerido pela lei nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos à apreciação Direção de Ensino Pesquisa e Extensão (DEPE) do hospital e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Após a aprovação do CEP, realizou-se a coleta de dados. Para preservar a identidade dos participantes, esses foram identificados pela letra E, de estudante. Inicialmente a pesquisadora aproximou-se dos cenários de pesquisa, que corresponderam aos locais onde os enfermeiros/as estavam atuando. Após a ambientação aos cenários, os sujeitos eram convidados a participar de forma voluntária. Neste momento eram agendados as datas e os locais para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em áudio MP3 e suas durações ficaram a critério dos sujeitos entrevistados. Para análise e interpretação, os depoimentos foram transcritos e analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo para as pesquisas qualitativas em saúde. Uma das facilidades sinalizada nos discursos dos enfermeiros/as é a relação ao ensino-serviço como contribuição para a EPS. Nesse sentido é importante trazer que desde a introdução da política de EPS houve um incentivo à implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais no Ensino de Graduação das Profissões da Saúde. Estas diretrizes têm como enfoques o desenvolvimento de estratégias para as transformações curriculares na graduação das profissões da saúde, desenvolvimento de currículos integrados, adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem que possibilitem tomar as práticas e problemas da realidade como mote para a aprendizagem, entre outros<sup>3</sup>. Esses objetivos das diretrizes vão ter como eixos de ação "a articulação entre instituições de ensino e serviços de saúde para fazer de toda a rede de serviços e de gestão espaços de ensino-aprendizagem"<sup>3</sup>. Isso quer nos mostrar que a partir destas diretrizes é que

se abriam as portas para a integração do aluno com o professor e, conseqüentemente com o profissional da sua área de atuação. Os enfermeiros/as reconhecem que a relação da academia com os profissionais assistentes é beneficiária para as trocas de: conhecimento, vivências, experiências entre os enfermeiros/as assistentes, os alunos e os docentes da graduação. Esta relação de troca faz com que os enfermeiros/as estejam em intensa busca por capacitações, incentivados pela presença da academia.

**Descritores:** Enfermeiras, Educação Continuada, Educação.

**Referências:**

1. Ribeiro, ECO, Motta, JIJ. Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde. Instituto de saúde coletiva, UNB.2005.
2. Ceccim, RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(4):65-56.
3. Ministério da Saúde(BR), Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente e pólos de educação permanente em saúde. Brasília(DF); 2004
4. Dias LMC, Tocantins FR, Silva TJ. A educação permanente como instrumento de transformação nas práticas do assistir/cuidar da enfermagem. Enfermería Global. 2007;10(5):16-10.

**O PAPEL DE EDUCADOR DO ENFERMEIRO ASSISTENCIAL NA ÓTICA DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM**

Cheila Sanfelice, Cristiane Trivisiol da Silva, Marlene Gomes Terra, Silvana Ceolin, Tais Vicari

Universidade Federal da Santa Maria  
taisvicari@yahoo.com.br

Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde e a I Conferência Nacional de Recursos Humanos realizadas na década de 80 ficou estabelecido a necessidade de um novo modo de organização dos serviços de saúde e sobre o processo organizacional dos trabalhadores desta área. Para tanto, seria necessário re-adequar o processo de formação no ensino de graduação da área da saúde aos princípios do movimento da Reforma Sanitária, tais como a integralidade, a universalidade, a hierarquização e a resolutividade das ações de saúde. Logo era preciso construir um novo paradigma no ensino, solicitando a participação ativa dos profissionais da saúde na construção do Sistema Único de Saúde (SUS), resgatando e valorizando a formação criativa do

futuro profissional e instaurando um novo patamar de articulação de ensino e serviço que aproximasse os dois mundos. A instituição de ensino não é o único espaço da formação dos estudantes e da qualificação dos profissionais. A educação pode ocorrer em diferentes cenários, tais como família, creches, empresas e, também nas instituições de saúde. Para tanto, é imprescindível perceber a relevância de espaços sociais de formação, isto é, a relação, interação, o diálogo, as trocas de idéias e experiências entre aqueles que conduzem a aprendizagem dos profissionais de saúde, como elementos fundamentais no processo de construção de conhecimentos em uma práxis criadora. A educação permanente apresenta-se como a aprendizagem no cotidiano das instituições de serviço, onde o aprender e o ensinar coexistem. Desta forma, a educação permanente aproxima os profissionais da assistência das instituições de ensino, pois instiga a constante busca pelo conhecimento. Este fato abre caminho para a integração entre o ensino e o serviço, entre enfermeiros assistenciais e docentes. Ainda as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) apontam para a necessidade da formação de profissionais da enfermagem envolvidos tanto com a sua qualificação, quanto com a preparação das novas gerações de profissionais. Assim, não somente o enfermeiro docente, mas também o assistencial tem o compromisso com a qualidade da formação dos enfermeiros egressos dos cursos de graduação. Desta maneira a competência de educador é "importante e inerente ao trabalho do Enfermeiro, que deve ser continuamente desenvolvida e avaliada" <sup>(1)</sup> e a educação permanente em saúde viabiliza a concretização dessa competência. A participação do enfermeiro assistencial na graduação em enfermagem é fundamental, pois garante uma formação contextualizada. Assim, o estudante é apresentado à realidade do trabalho e pode refletir sobre suas ações e os reflexos dessas na assistência, assim como sobre a importância do enfermeiro na administração e no gerenciamento das unidades de saúde. Este trabalho trata-se de um recorte de uma pesquisa intitulada "A percepção dos estudantes de enfermagem sobre a integração docente-assistencial" e tem o objetivo de elucidar como o estudante de enfermagem percebe o papel educador do enfermeiro assistencial. Corresponde a uma pesquisa descritiva analítica de abordagem qualitativa realizada no período de setembro a outubro de 2009. Os sujeitos envolvidos foram os acadêmicos do sétimo e oitavo semestres do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), que estavam matriculados no segundo semestre letivo do ano de 2009 e que aceitaram participar do estudo. Justifica-se a escolha desses sujeitos visto que esses cursavam os últimos semestres do curso e por estarem desenvolvendo a

disciplina de Estágio Supervisionado I e II, respectivamente, assim acredita-se que possuam uma visão mais ampla das relações existentes no ambiente de trabalho. Participaram do estudo 9 estudantes do sexo feminino e masculino, 3 pertencentes ao sétimo semestre e 6 ao oitavo semestre. Para cumprir com o requerido pela lei nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos à apreciação do Departamento do Curso de Enfermagem e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM. Após a aprovação do CEP, realizou-se a coleta de dados. Para preservar a identidade dos participantes, esses foram identificados pela letra E, de estudante. Inicialmente a pesquisadora aproximou-se dos cenários de pesquisa, que corresponderam aos locais onde os estudantes realizavam as disciplinas de Estágio Supervisionado I e II. Após a ambientação aos cenários, os sujeitos eram convidados a participar de forma voluntária. Neste momento eram agendados as datas e os locais para a realização da entrevista, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos e da pesquisadora. As entrevistas foram gravadas em áudio MP3 e suas durações ficaram a critério dos sujeitos entrevistados. Para análise e interpretação, os depoimentos foram transcritos e analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo para as pesquisas qualitativas em saúde. Em seus depoimentos, os estudantes afirmaram que a vivência prática do enfermeiro assistencial facilita o aprendizado e sacia as expectativas da futura inserção no mercado de trabalho. Assim diminui a ansiedade do fazer e diminui a insegurança, que são aspectos inerente ao aluno em formação profissional. Os conteúdos tornam-se mais interessantes e de mais fácil assimilação e as aulas mais dinâmicas, pois partem da realidade dos serviços de saúde. Deste modo, é possível identificar a relevância do que está sendo aprendido/ensinado, constituindo-se um processo efetivo de ensino<sup>(2)</sup>. Também revelaram que a participação do enfermeiro assistencial é relevante para aliar a teoria e a prática, contornando a dicotomia teórico-prática que tem se perpetuado tanto na enfermagem, como nas demais áreas do conhecimento. Em suma, é possível mostrar que os estudantes reconhecem o papel educador do enfermeiro assistencial, observam nele um potencial para o ensino e o consideram como um dos alicerces de um processo de ensino-aprendizado eficaz. Isso, porque reconhecem o grande conhecimento teórico que possui. E consideram as suas vivências de fundamental importância para a construção do conhecimento e para formação profissional. Para tanto é necessário que os enfermeiros reconheçam a educação permanente em saúde como uma aliada que contribui tanto para a sua qualificação profissional, quanto para

a formação das novas gerações de enfermeiros, para o desenvolvimento de sua equipe de saúde e para a qualidade de vida e saúde dos indivíduos a quem assistem.

**Descritores:** Enfermeiras Estudantes, Educação Continuada, Enfermeiras.

**Referências:**

1. Backes VMS, Lino MM, Prado ML, Reibnitz KS, Canaver BP. Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. Rev Bras Enferm.2008;61(6):858-65.
2. Scherer ZAP, Scherer EA, Carvalho AMP. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. Rev Lat Am Enfermagem.2006;14(2):285-91.

**AÇÃO-SÍNTESE: PREVENINDO DORES LOMBARES NA COMUNIDADE DA ENFERMAGEM**

Camila Ruszkovski Marques, Carolina de CastilhosTeixeira, Patrícia Silva da Silva, Priscila Tadei Nakata, Stephani Amanda Lukasewicz Ferreira, Tobias Bloss, Alessandra Ritzel dos Santos

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
priscilanakata@ibest.com.br

**Introdução:** As lombociatalgias e lombalgias são os problemas mais prevalentes entre os profissionais de enfermagem devido à realização de forma incorreta de suas atividades diárias no exercício da profissão. **Objetivo:** Orientar funcionários, professores e alunos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sobre os cuidados posturais na mecânica do levantamento de peso com o objetivo de prevenir lesões e dores na coluna lombar. **Metodologia:** Relato de experiência de alunos da Escola de Enfermagem da UFRGS na realização de uma ação-síntese solicitada na disciplina de Introdução à Cinesiologia. A ação-síntese foi realizada na Escola enfermagem da UFRGS pelos alunos do 3º semestre e por meio de exposição de pôster. **Resultados:** No pôster foram apresentados: o conceito de cinesiologia, explicações sobre a anatomia da coluna vertebral com ênfase na coluna lombar, orientações sobre os principais cuidados posturais para se evitar dores e lesões na coluna lombar e a maneira correta de levantar peso. O pôster foi apresentado no pátio da Escola de Enfermagem da UFRGS no dia 01/12/2009 e foi realizada a demonstração da mecânica correta dos movimentos de levantamento de peso e abordagem dos participantes para esclarecimento de dúvidas sobre o assunto.

**Conclusões:** A ação-síntese despertou o interesse sobre o tema proposto levando as pessoas a refletirem sobre os problemas oriundos da má postura e a importância da realização da correta mecânica de levantamento de peso, para prevenir as dores lombares, principalmente pelos alunos de enfermagem que, nos estágios, no cuidado com o paciente, realizam movimentos de forma incorreta, contribuindo assim para o surgimento de dores e lesões na coluna lombar.

**Descritores:** cinesiologia, dor lombar e enfermagem.

### **MOTIVOS DE PROFESSORES, ALUNOS E FUNCIONÁRIOS DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFRGS PARA TORNAR-SE OU NÃO TABAGISTA**

Stephani Amanda Lukasewicz Ferreira, Ana Paula Almeida Corrêa, Carolina de Castilhos Teixeira, Isabel Cristina Echer  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
tekinha\_amanda@hotmail.com

**Introdução:** Estudos mostram que cerca de 75% dos fumantes gostariam de deixar de fumar, mas somente 10% conseguem por conta própria. **Objetivo:** Identificar a motivação de professores, alunos e funcionários da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) em ser ou não tabagista. **Material e método:** Estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS. A coleta de dados ocorreu em 2009 e utilizou questionários específicos com relação à condição tabágica da amostra (ser fumante, não fumante ou fumante em abstinência) e analisados pelo pacote estatístico SPSS. **Resultados:** Participaram do estudo 426 sujeitos de uma população de 550 indivíduos. Desses 86,8% eram do sexo feminino, 88,9% não fumantes, 6,1% fumantes em abstinência e 5% fumantes. A maioria dos alunos (83,6%) é não fumante, dos funcionários (38,1%) fumante e dos professores (30,8%) fumante em abstinência. Entre os fumantes, 31,6% afirmam estarem motivados para cessar o fumo nos próximos seis meses, sendo o principal motivo apresentar problemas de saúde relacionados ao cigarro (16,9%) e o que os impede de parar é a dependência à nicotina (39,15%). Os não fumantes afirmaram que o principal motivo para não fumarem é por não gostar do cigarro, pelo incomodo e cheiro. Os fumantes em abstinência afirmaram que a determinação contribui para não fumarem e que os principais motivos para voltarem a fumar são questões

emocionais e o prazer causado pelo cigarro (34,4%). **Conclusões:** Avaliar a motivação entre discentes, docentes e funcionários da Escola de Enfermagem em ser ou não tabagista é importante, com vistas a coibir o início do tabagismo e promover ações de educação e saúde visando a prevenção do tabagismo e das doenças a ele associadas.

**Descritores:** tabagismo, enfermagem, motivação.

## **PREVALÊNCIA DO TABAGISMO NA COMUNIDADE DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Ana Paula Almeida Corrêa, Stephani Amanda Lukasewicz Ferreira, Carolina de Castilhos Teixeira, Isabel Cristina Echer

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

anacorrea@hotmail.com

**Introdução:** O tabagismo continua sendo um grave problema de saúde pública embora, no mundo venham ocorrendo grandes mobilizações para a sua redução. Estima-se que um terço da população mundial fume, causando 10 mil mortes por dia.

**Objetivo:** Identificar a prevalência de tabagismo na comunidade da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). **Material e**

**método:** Estudo transversal aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS. A coleta de dados ocorreu em 2009 e utilizou questionários específicos com relação à condição tabágica da amostra (ser fumante, não fumante ou fumante em abstinência) e analisados pelo pacote estatístico SPSS. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 426 sujeitos dos quais 367 (86,8%) eram mulheres, 88,9% não fumantes, 6,1% fumantes em abstinência e 5% fumantes. Em relação à idade 77,8% dos não fumantes tinha entre 16 e 31 anos e 42,3% dos fumantes em abstinência estava acima dos 41 anos. Quanto ao nível de instrução houve prevalência de fumantes no grupo que possui até o 2º grau (23,8%) e de fumantes em abstinência entre os com pós-graduação completa (46,2%). A maioria dos fumantes está entre os funcionários (38,1%), dos não fumantes entre os alunos (83,6%) e de fumantes em abstinência (30,8%) entre os professores. Cinquenta por cento dos fumantes convivem em suas residências com tabagistas, já 80,1% dos não fumantes não convivem com outros fumantes. Não houve diferença significativa entre os grupos quanto à idade de início

do fumo e em relação ao número de cigarros consumidos por dia. **Conclusão:** O conhecimento da prevalência de tabagismo na instituição é necessário para a realização de intervenções visando à redução de fumantes nesse ambiente de saúde e ensino.

**Descritores:** tabagismo, enfermagem, prevalência.

## **TECNOLOGIAS EDUCACIONAIS DIGITAIS NO ENSINO DE ENFERMAGEM**

Gabriela Petró Valli, Ana Luísa Petersen Cogo, Ana Paula Scheffer Schell da Silva, Eva Néri Rubim Pedro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
gabi130987@yahoo.com.br

**Introdução:** As tecnologias digitais oferecem possibilidades educativas e, nos últimos anos, os cursos de graduação em enfermagem vem desenvolvendo estratégias para a implantação desses recursos. Para tanto, os docentes necessitam reconhecer as possibilidades pedagógicas no uso da tecnologia. **Objetivo:** Este estudo objetivou avaliar as possibilidades metodológicas na utilização de tecnologias digitais, seja na modalidade presencial como a distância, junto a professores de um curso de graduação em enfermagem. Trata-se de estudo de caso qualitativo, com amostra por conveniência de sete professoras de cursos de graduação em enfermagem que realizaram o curso na modalidade a distância "Introdução às tecnologias educacionais digitais no ensino de enfermagem" de outubro a dezembro de 2009, na Escola de Enfermagem da UFRGS. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP-UFRGS e as participantes assinaram TCLE. Os dados foram produzidos em fóruns e em bate-papos do ambiente virtual Moodle e analisados pela análise temática. Foram identificados os temas possibilidades metodológicas do uso das tecnologias digitais e desafios na utilização das tecnologias digitais no ensino. As professoras identificaram que o uso das tecnologias digitais está presente no ensino de enfermagem, mesmo não as utilizando cotidianamente, sendo elas úteis, motivadoras, permitem o acesso a muitas informações, rompem com distâncias, desenvolvem o pensamento crítico e as habilidades de comunicação junto aos alunos. Assim, descortinam-se novas responsabilidades aos professores de enfermagem na aprendizagem das tecnologias e de suas aplicações no ensino, além de revisarem o seu processo de trabalho.

**Descritores:** Enfermagem, Educação em Enfermagem, Tecnologias Educacionais.

### **O RESGATE DA AUTO-ESTIMA: PROMOVENDO SAÚDE NA ESCOLA ABERTA**

Carolina Baltar Day, Daniela Laureano, Fernanda Rocha, Joséli Nascimento, Julia Gallego, Karoline Bernardi, Luzia Souza Lopes, Denise Gomes, Regina Witt  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).  
carolinabday@yahoo.com.br

**Introdução:** A Escola Estadual Vila Cruzeiro do Sul – Escola Aberta, atende 162 alunos. Voltada à educação de crianças e adolescentes em situação especial, apresenta uma proposta pedagógica alternativa, oferecendo o ensino fundamental até a 4ª série, podendo o ingresso do aluno ser em qualquer época do ano. A escola oferece oficinas e atividades complementares, tentando proporcionar educação de qualidade para crianças com diversos problemas sócias, que incluem desde a falta de moradia até a gravidez precoce. A complexidade da problemática que envolve as condições de vida destes jovens têm repercussão nas suas condições de aprendizagem e auto-estima. **Objetivo:** Relatar a experiência de promoção e prevenção de saúde desenvolvida neste contexto. **Metodologia:** Foi elaborado um projeto articulado ao Programa de Educação para o Trabalho (PET- saúde) e ao Programa de Saúde na Escola (PSE), desenvolvido pelas acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Este projeto visava dinâmicas que proporcionassem a interação grupal, abordando questões relacionadas à saúde. **Resultados:** Como atividade de aproximação foi realizada uma oficina de desenho, visando obter a confiança das crianças. O auto-cuidado foi estimulado nas oficinas: de saúde bucal e higiene corporal. Além disso, foram realizadas palestras sobre sexualidade com enfoque no adolescer saudável, na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e atualização em métodos contraceptivos. **Conclusão:** Este trabalho possibilitou a promoção do auto-cuidado, o resgate da auto-estima e a confiança dessas crianças e adolescentes diante à comunidade. Contribuiu para que os acadêmicos obtivessem uma visão ampliada da realidade socioeconômica em áreas de risco.

## **RESIDÊNCIA INTEGRADA EM SAÚDE: A INSERÇÃO DO ENFERMEIRO COMO RESIDENTE NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL**

Mariana Bello Porciuncula

Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição

maribellinho@gmail.com

A Residência Integrada em Saúde (RIS) configura-se como uma modalidade de pós-graduação, tipo *lato sensu*, realizada por meio da formação em serviço e para atuação e trabalho em equipe de saúde multiprofissional. Os programas de Residência Multiprofissional/Integrada hoje existentes abrangem diversas profissões da área da saúde, incluindo o Enfermeiro como um dos pilares de tal modelo de formação. Nesse sentido, este trabalho trata-se de um relato de experiência sobre a inserção do enfermeiro na equipe multiprofissional. O objetivo deste trabalho é descrever a experiência de uma enfermeira como integrante de um programa de Residência Integrada em Saúde, de um Hospital Geral de Porto Alegre. Considerando-se que as modalidades de ensino de graduação ainda trabalham minimamente a perspectiva multiprofissional, cada vez mais se formam profissionais que pouco aprenderam sobre a integração em equipe e não estão suficientemente preparados para assumirem seus papéis na mesma. Além disso, visto que nenhum profissional na área da saúde é auto-suficiente para atender às demandas do usuário, faz-se necessário que questões referentes à atuação em equipe sejam mais bem trabalhadas, não apenas teoricamente, mas em campo de atuação das práticas. A participação do Enfermeiro no contexto da RIS proporciona o aprimoramento das habilidades profissionais, preparando-o para atuação em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e inserido, efetivamente, em equipe multiprofissional.

**Descritores:** Educação de Pós-Graduação, Enfermagem, Sistema Único de Saúde.

## ENFERMAGEM E EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA

Patrícia Silva da Silva, Carmen Lúcia Mottin Duro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

patriciairan@ig.com.br

**Introdução:** A escola é um ambiente para o desenvolvimento de políticas públicas e ações educativas que promovam a saúde da criança e do adolescente. Devido ao crescente número de casos de gravidez indesejada entre as adolescentes, de disseminação do vírus HIV, de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e do uso precoce de drogas, torna-se necessário, que o profissional de enfermagem conheça o que os adolescentes pensam sobre sexo, sexualidade e drogas, para abordar esses conteúdos de modo a contribuir no crescimento e desenvolvimento sexual saudável desses. **Objetivos:** Analisar os conhecimentos dos adolescentes sobre sexualidade e drogas, orientando e esclarecendo dúvidas sobre os temas. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido através de dinâmicas de grupo com adolescentes de 4ª e 5ª séries, entre 13 e 17 anos, realizada em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental, pertencente ao distrito sanitário Glória-Cruzeiro-Cristal, no município de Porto Alegre. **Resultados:** Os adolescentes pouco conhecem sobre os diferentes métodos contraceptivos, pois ao final das dinâmicas ocorreram muitas perguntas sobre anticoncepcionais via oral e injetável, camisinha feminina e masculina. Entre as DSTs a que tinham mais conhecimento era a AIDS. Quanto ao tema drogas não ocorreram perguntas, talvez pelo fato de ser abordado de forma banal no ambiente de convívio desses adolescentes. **Conclusões:** As atividades sobre sexualidade e drogas no ambiente escolar devem ser valorizadas, pois por mais que o assunto seja abordado, dúvidas surgem necessitando serem supridas. Estimular a cidadania através da educação em saúde deve ser condição primordial na formação do Enfermeiro.

**Descritores:** educação em saúde, enfermagem, adolescente.

# *Enfermagem na Saúde Coletiva*

---

---

**A BUSCA PELO CUIDADO INTEGRAL: CONHECENDO OS MECANISMOS  
REFERENTES AO PROCESSO DO CUIDAR INTEGRAL, PROVINDOS DA  
UTILIZAÇÃO DA TERAPÊUTICA VITALISTA**

Bruna Almeida Pinto da Silva

Centro Universitário Metodista-IPA

bruna.aps@pop.com.br

Trata-se de um estudo que visou identificar os possíveis mecanismos, provindos das terapias complementares, que proporcionam o alcance do cuidado integral. A abordagem metodológica foi qualitativa, descritiva, sendo realizada com 10 usuários de um Ambulatório de Terapias Naturais de Porto Alegre. A coleta de dados foi através de entrevistas e análise documental dos prontuários. Procedeu-se com análise de conteúdo por categorização temática, constituindo-se 3 categorias: A terapêutica vitalista na perspectiva do usuário; A subjetividade como fator integral e; Diferenciação prognóstica frente a utilização das práticas integrativas e complementares. A primeira categoria demonstrou as percepções e justificativas dos usuários frente a utilização das terapias complementares. Apesar da maior parte dos usuários não compreender o funcionamento das terapias complementares, existem muitos fatores, como suas crenças, que justificam a sua escolha para o tratamento. A segunda temática identificou como elementos para o alcance do cuidado integral fatores como carinho, escuta ativa, identificação do usuário pelo nome e o reconhecimento deste como ser humano. A última temática descreveu as potencialidades terapêuticas das terapias complementares, relacionando-as à questão da integralidade e evolução prognóstica. Identificou-se que essas terapias proporcionam o manejo de situações agudas e crônicas, além disso, suas resolutividades associam-se a percepção integral do processo saúde-doença e a valorização do sujeito como protagonista desse processo. Concluiu-se que as terapias complementares possuem importantes mecanismos que propiciam o cuidado integral e se configuram como possibilidades reais frente às necessidades da população e às políticas de saúde vigentes.

**Descritores:** Atenção Integral a Saúde, Terapias Complementares, Vitalismo.

**A INTERFACE DE UM PROJETO DE EXTENSÃO COM A EDUCAÇÃO EM SAÚDE:  
A VIVÊNCIA DA SALA DE ESPERA**

Alessandra Regina Müller Germani, Carlise Rigon Dalla Nora, Jonathan da Rosa,  
Priscila Orlandi Barth

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Campus de Frederico Westphalen  
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS  
priscilabarth@yahoo.com.br

Apesar da configuração dos serviços de saúde ter alcançado inquestionáveis avanços nos últimas décadas, e em especial a atenção à saúde coletiva, com ênfase na criação do Sistema Único de Saúde – SUS, de modo geral a sua estruturação necessita ainda de muitos avanços, a fim de que efetivamente o mesmo alcance as reais necessidades que a sociedade almeja, bem como, princípios de promoção da saúde e prevenção de doenças. Desse modo, construir espaços renovadores nos serviços de saúde em que pese o estímulo para o desenvolvimento dos indivíduos autônomos, críticos e conscientes da sua realidade social é uma estratégia que vem se definindo para qualificação do atuar em saúde. A profissão da enfermagem vem a partir das últimas décadas conquistando muitos espaços no campo da saúde coletiva, isso se deve ao fato, de que durante o desenvolvimento de suas atividades o profissional estabelece uma aproximação mais íntima com a comunidade. Neste sentido esse facilita o conhecimento sobre o contexto de cada usuário, seja ele no seu sentido individual, familiar ou social, o que favorece para a constituição de uma intervenção mais efetiva e resolutiva. Nessa relação dinâmica entre serviços de saúde e usuários, a educação em saúde se afirma como uma prática que se fundamenta na participação ativa da comunidade, pois ela proporciona informação, educação sanitária e aperfeiçoa as atitudes indispensáveis para a vida.<sup>1</sup> Diante disso, essa concepção alcança o seu maior sentido quando constitui condições humanas melhores, ou seja, a partir do momento em que se propõe elevar a qualidade de vida de todos os usuários do sistema de saúde. Nesta perspectiva a educação em saúde esta correlativamente interligada a prática de educação popular, que genericamente agencia a comunidade para a participação em defesa da vida, com atitudes de reconhecimento da suas particularidades e do seu contexto comunitário. Todas essas ações passam a representar um fomento à mobilização social, em especial pelo direito à saúde, em

suas diversas representações, o que abre alteridade para críticas a realidade social e para situações vivenciadas, contribuindo para a ampliação do processo saúde-doença e para a tomada de decisões. Neste aspecto, os momentos de sala de espera desenvolvidos pelos profissionais da área da saúde, especificamente o enfermeiro, têm o intuito de (re)formular os territórios de saúde, na perspectiva de construção de uma nova dinâmica dentro dos serviços de saúde. Paralelamente a isso a realização das salas de espera, pode também amenizar o desgaste físico e emocional associado ao tempo de espera por um atendimento no âmbito dos serviços de saúde, visto que estes podem se tornar aspectos dificultadores para o atendimento à comunidade. Com base nesses pressupostos teóricos, no segundo semestre de 2009 desenvolve-se a segunda etapa do projeto de extensão intitulado Implantação/Implementação da Sala de Espera no Programa de Saúde da Família II no município de Frederico Westphalen – RS. O mesmo teve suas atividades iniciadas em agosto de 2008 e tem como previsão de encerramento das ações agosto de 2010. No período de agosto de 2008 à agosto de 2009 foi efetivada a primeira etapa do projeto, sendo que no período referente à agosto de 2009 à agosto de 2010 esta sendo desenvolvida a segunda etapa do mesmo. Essa etapa tem como objetivo inicial propiciar ao acadêmico-bolsista experiências acerca da extensão universitária, despertando-o para o compromisso com o desenvolvimento destas atividades no seu cotidiano profissional e vivenciar a implementação da sala de espera no PSF 2 na perspectiva de enriquecer as atividades desenvolvidas no momento da sala de espera. Para sistematizar as ações, inicialmente os bolsistas iniciaram as atividades realizando momentos de estudos e aprofundamento teórico referente à metodologia de sala de espera, esses momentos possibilitaram discussões e ampliação dos conhecimentos a cerca da metodologia, bem como, organização e registros de materiais teórico-didáticos para as realizações dos momentos de sala de espera. A participação em reuniões do grupo de estudos e pesquisa em saúde da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões- URI Campus de Frederico Westphalen também foram momentos ímpares para o desenvolvimento do projeto. Deste modo, nesses espaços onde as trocas de experiências e de conhecimentos ocorriam de forma ampla e privilegiada por todos os participantes, possibilitaram o aperfeiçoamento dos temas estudados durante o aprofundamento teórico e projetaram as expectativas que os bolsistas estavam vivenciando a cerca dessa nova fase do projeto de extensão. A fim de sensibilizar os profissionais da equipe de saúde da família e obter autorização formal do início das atividades de sala de espera na referida unidade, foi realizada uma reunião com a

mesma. Nesse momento, foram apresentadas as propostas do projeto, os momentos que este se desenvolveria, assim como, foram trocados idéias sobre os públicos que a esta é referenciada, constituindo em importante espaço para que a equipe se manifestasse e contribuísse para o aperfeiçoamento do projeto. Após a finalização da etapa de aprofundamento teórico iniciaram os momentos de sala de espera propriamente ditos, com a organização do espaço e com alguns temas previamente escolhidos a partir de sugestões apresentadas pela equipe da ESF, sendo que o desenvolvimento da prática de sala de espera ocorre duas vezes por semana. Os encontros são realizados, portanto, todas quintas e sextas feiras, momentos estes que se encontravam o maior número de usuários na ESF, onde os mesmos tinham como previsto iniciarem antes da consulta médica, no entanto, a fim de facilitar as discussões, e a partir da sugestão dos próprios usuários, o início dos encontros foram antecipados, ou seja, estes passaram a ocorrer mais cedo, momento em que antecedia a triagem realizada pelos equipe de enfermagem o que a favoreceu a participação dos mesmos nas ações. Estabelecidos a organização os momentos de sala de espera foram se sucedendo a partir de sugestões da equipe e da própria comunidade. Assim foram realizadas 23 momentos de sala de espera na referida Estratégia de Saúde da Família, no período de agosto de 2009 a janeiro de 2010. Nesse sentido, as salas de espera tiveram uma duração média de 30 a 60 minutos, tempo este que era determinado pelo interesse e participação dos próprios usuários. Diversos temas foram abordados durante os momentos, sendo que sempre ao início das atividades os bolsistas sempre se apresentavam e proporcionava momento para que todos também o fizessem. Isso se torna importante ao passo que possibilitava a todos se conhecerem melhor, visto que o público era muito dinâmico. Do mesmo modo, sempre era proposto um tema gerador de discussões, como por exemplo: Diabetes, Controle Social, o que é o SUS, etc. e a partir dos próprios conhecimentos da comunidade, se desenvolviam as problematizações. Deste modo, diversos recursos eram utilizados para dinamizar os momentos de sala de espera, como folders, dinâmicas de grupo, cartazes com imagens ilustrativas/instigadoras, álbuns seriados, mensagens reflexivas e motivacionais, por exemplo. Ao longo do desenvolvimento do projeto pode-se observar uma ótima adesão dos usuários da referida estratégia de saúde da família, durante esses encontros vários deles expressaram a satisfação em trocar conhecimentos e vivências a cerca de assuntos relacionados à saúde, bem como, poderem conhecer mais e contribuir para o próprio funcionamento dos serviços de saúde. Da mesma forma, pode-se observar o interesse dos usuários em discutir

sobre aspectos como o controle social e a participação comunitária na perspectiva de melhorias da qualidade de vida e do espaço em que moram. Em outro sentido, os profissionais na equipe de saúde também expressaram a relevância do projeto, pois este simboliza um claro benefício para amenizar o tempo ocioso pela espera de um atendimento pelos usuários, contribuindo para que conhecimentos sejam trocados a fim de melhorar os parâmetros de saúde e o próprio serviço de saúde. Assim, a equipe pode manifestar a importância do mesmo e salientar que este é uma ferramenta essencial para a equipe, pois transmite o aprimoramento e a renovação dos espaços de saúde já constituídos. Deste modo, os espaços de diálogo e expressões criaram condições para que os usuários pudessem se integrar mais ao sistema de saúde, favorecendo ações de promoção da saúde e de desenvolvimento de atividades conforme a realidade dos usuários presentes. Abre-se caminho, portanto, para que cenários de mudanças necessárias sejam assumidos, tanto pelos acadêmicos e profissionais de saúde como pelos próprios usuários.

**Descritores:** Educação em Saúde, Mudanças, Enfermagem.

Referências:

1. PEDROSA, J. I. S. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

## **A VISITA DOMICILIÁRIA COMO ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO HOMEM**

Laís Pereira de Almeida, Marciele Moreira da Silva, Silvana de Oliveira Silva  
URI – campus Santiago/RS  
laisalmeida.almeida@bol.com.br

Na década de 1990, com o intuito de consolidar os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e reorganizar a prática assistencial de saúde, surge o Programa de Saúde da Família (PSF) o qual se constitui em uma estratégia que visa atender o indivíduo e a família de forma integral e contínua, considerando o contexto sociocultural no qual estão inseridos para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em que os profissionais de saúde se deslocam para dentro dos lares, rompendo com o antigo modelo hospitalocêntrico de assistência. Para Gutierrez e Minayo (2008), esse trânsito não é fácil, pois se torna necessário compreender a

família em suas relações internas e externas com os serviços de saúde. Uma das dificuldades dos profissionais de saúde, apontadas pelas referidas autoras, estaria em suas relações com as famílias atendidas pelo PSF, na qual há um privilégio de atenção a mulheres, crianças, doentes crônicos, em detrimento de outros segmentos de uma mesma família, como por exemplo, os homens, o que os impediria, de fato, cumprirem o proposto na estratégia. De acordo com estudos realizados tem-se comprovado que os homens em geral, morrem mais que as mulheres, e tem mais dificuldade de acessar os serviços de saúde do que elas, e quando o fazem geralmente é na atenção hospitalar (BRASIL, 2009). Ainda, existem várias barreiras sócio-culturais e institucionais entre os homens e os serviços que dificultam o acesso e a adesão desses aos serviços de saúde. Nessa perspectiva, em agosto de 2009, o Ministério da Saúde institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), sendo esta regida pelo SUS, objetiva melhorar a assistência prestada à saúde dos homens brasileiros, enfatizando a necessidade de mudanças nas atitudes profissionais e a garantia de que além de ações educativas, os serviços de saúde devem também se organizar de modo a acolher estes indivíduos, fazendo com que se sintam integrados nas ações oferecidas à população. Neste ínterim, acredita-se que um dos instrumentos que poderá ser utilizado pela equipe de Saúde da Família para efetivar este novo modelo de assistência à saúde, é a visita domiciliária, isso porque, prestar assistência nos domicílios das pessoas é uma prática que favorece a aproximação da realidade das famílias, possibilitando refletir e revisar a atitude profissional na busca de novos significados para o cuidado integral à saúde da população (SAKATA et al, 2007). Ainda, para autores como Labate, Galera e Avanci (2004) a visita domiciliária (VD) possibilita uma maior observação dos indivíduos em seu ambiente social, em seu contexto cultural, onde se pode analisar suas condições de moradia, de higiene, de saneamento básico, e ainda as relações afetivas entre os membros da família. Sendo assim, destaca-se que, na proposta do PSF, as VD devem ter a família, em seu contexto sociocultural, como o centro de atenção, visando, além da prevenção da saúde e a recuperação e reabilitação de doenças, a promoção da saúde (SAKATA et al, 2007). Dessa forma, este resumo tem por **Objetivo** relatar a experiência vivenciada no decorrer do Estágio Supervisionado I, do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões, URI Campus de Santiago/RS. O referido Estágio proporciona ao graduando a implantação e implementação de uma prática assistencial. Neste caso, a prática assistencial desenvolvida refere-se à implantação de ações educativas e

assistenciais de Enfermagem destinadas aos usuários do gênero masculino pertencentes a uma Unidade de Saúde da Família, que tem por finalidade estabelecer um maior vínculo e ampliar o acesso destes aos serviços de atenção básica, visando efetivar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Para tanto, a metodologia eleita para esse fim, foi a visita domiciliária. Sabe-se que a VD é uma das atividades específicas do Agente Comunitário de Saúde, mas também é uma das competências do profissional enfermeiro, contudo, ainda é uma prática pouco utilizada pela enfermagem. Todavia, acredita-se que é preciso que o enfermeiro compreenda a visita como uma estratégia oportuna de cuidado, pois a mesma facilita a formação de vínculo entre os profissionais de saúde do PSF e usuários do programa, representando uma ferramenta para auxiliar na consolidação deste novo modelo de assistência em saúde, assegurando ainda que “a formação de vínculo entre a equipe de saúde da família e usuário garante laços de confiança e co-responsabilidade no trabalho dos profissionais junto ao usuário” (p. 361) (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). Nesse sentido, estes mesmos autores referem que a formação de vínculo se dá pela intensa aproximação entre usuários e profissionais da equipe do PSF, e que entendimento de vínculo envolve afetividade, ajuda, respeito, que estimula a autonomia e o exercício da cidadania, sendo que o vínculo estabelecido entre profissionais e usuários dos serviços de saúde favorece a participação dos indivíduos nas ações e serviços de saúde oferecidos, proporcionando uma maior eficácia das ações prestadas à população. Sendo assim, a VD se torna um instrumento indispensável para facilitar o acesso dos homens aos serviços de saúde, pois ela aproxima o homem e sua família às ações de saúde oferecidas pela atenção básica.

**Metodologia:** As visitas domiciliárias foram realizadas em duas microáreas da Estratégia de Saúde da Família II, do município de Bossoroca/RS. Primeiramente, ocorreu a seleção dos sujeitos, a qual consistiu em priorizar homens adultos domiciliados na área de abrangência da referida unidade. A seguir, com o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde, as VD previamente agendadas, seguiram um roteiro sistematizado composto pela entrevista, observação e divulgação da prática assistencial proposta pela acadêmica.

**Resultados:** Durante as VD foi possível conhecer o contexto de vida dos sujeitos, suas famílias, como vivem, como se relacionam, seus costumes, suas crenças, também os vários tipos de famílias existente numa mesma região e suas concepções sobre saúde e cuidado. A VD também contribuiu para o estabelecimento de vínculo entre a acadêmica, os profissionais e os usuários envolvidos facilitando inclusive o acesso destes ao Grupo

de Educação em Saúde do Homem. Sendo assim, pode-se afirmar que a VD é um instrumento que deve ser utilizado para facilitar a intervenção da enfermagem, de forma a focalizar a família como alvo de atenção, interferindo no processo saúde-doença familiar em seu local de moradia (EGRY; FONSECA, 2000). Ainda, destaca-se que a formação de vínculo é uma proposta do Ministério da Saúde, sendo necessário que os profissionais conquistem a confiança da população, a partir de uma organização das equipes e qualificação dos profissionais, pois assim o usuário se sentirá mais atraído pelos serviços de saúde oferecidos, bem como, acolhidos pelas equipes (MONTEIRO, FIGUEIREDO; MACHADO, 2009). Por conseguinte, “o vínculo é consequência de uma relação mais próxima da população com a equipe de saúde, o que facilita a adesão popular ao serviço de saúde” (p. 363), e proporciona ao usuário exercer seus direitos como cidadão, conferindo-lhe uma maior autonomia em relação à sua saúde, podendo refletir, argumentar e escolher o que é melhor para si e sua família, ao mesmo tempo em que permite ao profissional da saúde um conhecimento maior sobre os sujeitos que usufruem os serviços de saúde oferecidos, melhorando assim a qualidade de vida da população (MONTEIRO; FIGUEIREDO; MACHADO, 2009).

**Considerações:** Portanto, considera-se que a visita domiciliar atingiu os objetivos da prática assistencial uma vez que proporcionou a ampliação do vínculo, da equidade e do acesso aos serviços de saúde oferecidos à população masculina, e se mostrou como um importante instrumento no cuidado à saúde das famílias, contribuindo para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem.

**Descritores:** Visita Domiciliar; Saúde do Homem; Enfermagem.

## **ACOLHIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA: PERSPECTIVA DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E PSICOLOGIA DA UFRGS**

Stelyus Silveira, Bruna Rocha da Rosa, Camila Borba, Carolina Day, Diego Rios,  
Priscila Kercher, Renata Schorn, Francisco Arsego  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
stelyus\_@hotmail.com

**Introdução:** O termo “acolhimento” surge, contextualizado na 8º CNS dentro do modelo tecnoassistencial Em Defesa da Vida, numa proposta de humanizar o atendimento em saúde. Define-se Acolhimento como direito de todo o cidadão ser

atendido nos serviços de saúde, sendo responsabilidade destes serviços suprir as necessidades do usuário fornecendo qualidade de vida. **Metodologia:** Relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem e de psicologia da UFRGS durante o curso de extensão UBS Verão 2010 na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília no período de janeiro de 2010. **Objetivo:** Relatar as impressões dos acadêmicos quanto ao acolhimento e a proposta de humanizar os serviços de saúde. **Resultados:** De acordo com o Ministério da Saúde acolhimento é o exercício da escuta qualificada que proporciona a interação entre usuário e profissional. Na UBS o acolhimento era realizado em sala específica, funcionando de forma semelhante à triagem, estando muito atrelado à consulta médica. Identificamos que este serviço atendia diariamente uma média de 10 usuários por turno, exigindo da equipe conhecimento clínico e decisões imediatas, para que assim pudessem orientar o paciente e encaminhar para o serviço médico caso necessário. Neste sentido, o acolhimento estava descaracterizado, pois era executado em local específico, por profissionais pré-definidos que atendiam situações de patologia física, ao invés de ser realizado por qualquer funcionário da UBS, em qualquer momento e local. **Conclusões:** O acolhimento ainda não é compreendido em sua totalidade pelos serviços de saúde, favorecendo divergências entre teoria e prática. Acreditamos que, apesar da competência da equipe da UBS, é necessário estimular a educação continuada referente aos conceitos abordados na Política Nacional de Humanização, para esclarecer as dúvidas que norteiam o termo acolhimento e como ele deve ser realizado.

**Descritores:** acolhimento, humanização da assistência, serviços de saúde.

## **CARTOGRAFIA TEMÁTICA DA GRAVIDEZ E MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE E ÁREAS RURAIS DO RIO GRANDE DO SUL**

Cássia Castilho, Joannie dos Santos Fachinelli Soares, Adriana Moura, Graciliana Elise Swarowsky, Elisiane Gomes Bonfim, Marta Julia Marques Lopes  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
cassi.eu@hotmail.com

As transformações na vida sociocultural nas últimas décadas têm como uma de suas conseqüências o início da vida sexual de adolescentes cada vez mais cedo, caracterizando uma mudança do padrão de comportamento social e sexual. Essa vivência ocorre em condições desiguais para os(as) adolescentes e jovens, evidenciada nas desigualdades de gênero, entre distintas condições socioeconômicas, culturais, nas relações de poder entre gerações e na discriminação pela orientação sexual<sup>(1)</sup>. Em relação às áreas rurais, constata-se que refletem as disparidades em saúde existentes no país como um todo e ainda potencializam certas características “crônicas” de acesso a serviços em suas diferentes dimensões. Não só acesso geográfico está aí expresso, mas também aquele que é resultado das desigualdades nas opções e recursos assistenciais. Sabidamente as populações rurais, em sua maioria dependem de pólos de concentração urbanos que oferecem serviços com níveis de complexidade mais avançados. Deste modo, fatores sociais próprios do rural, representam particularidades expressas na pobreza crescente, nas dificuldades de acesso às estruturas de cuidado à saúde, entre outros<sup>(2)</sup>. A Geografia da Saúde tem como foco de estudo as relações obtidas entre a saúde e o espaço, tornando-se de grande valia sua contribuição para a compreensão dos eventos relacionados à saúde dentro de determinado espaço geográfico<sup>(3)</sup>. O geoprocessamento em saúde, em particular na saúde coletiva, é um campo de estudo que vem se desenvolvendo e contribuindo com elementos capazes de evidenciar as desigualdades, através da análise das condições de saúde referenciadas territorialmente em determinado espaço<sup>(4)</sup>. Desta forma, incorporar a categoria espaço em estudos de saúde significa, não só estabelecer diferenciações entre regiões conforme características que as distingam, mas também introduzir a variável localização nesses estudos. A ferramenta do geoprocessamento permite a incorporação de uma gama de variáveis como a extensão, localização, tempo e características socioeconômicas aos estudos em

saúde<sup>(5)</sup>. A região escolhida para o desenvolvimento dessa investigação foram municípios pertencentes à Metade Sul do Estado. A área vem sofrendo uma crescente desaceleração econômica, quando comparada a outras regiões do Estado, o que torna visível a disparidade regional. O objetivo deste trabalho é descrever a distribuição espacial dos serviços de atenção básica que prestam atendimentos às adolescentes gestantes de cinco municípios localizados na metade sul do Rio Grande do Sul: Arambaré, Camaquã, Canguçu, Chuvisca, Cristal e São Lourenço do Sul; identificando o número de casos de gravidez na adolescência em cada município, a partir da análise de informações urbanas e rurais. O presente estudo é uma investigação epidemiológica, de cunho descritivo. Para realização do trabalho utilizou-se representações temáticas dos municípios que foram feitas pelo Sistema de Informação Geográfica (SIG), através do software Mapinfo 7.8, com base de dados georreferenciados obtidos através de imagens do software Google Earth, mapas digitais elaborados pelos municípios, dados secundários disponíveis no banco de dados do SISPRENATAL e, validação dos endereços das gestantes através do contato com informantes das Secretarias Municipais de Saúde. O recorte temporal analisado foram os anos de 2005 e 2006. Os resultados do estudo apontam que o município de Arambaré possui 02 serviços de atenção básica para atendimento das gestantes na sede municipal e uma Equipe de Saúde da Família no distrito de Santa Rita do Sul. Foram cadastradas no SISPRENATAL 19 gestantes adolescentes. Em relação à situação de moradia, 09 gestantes adolescentes residiam na zona urbana e 10 residiam na zona rural. O município de Camaquã possui 3 Unidades de Atendimento (UA) e 3 postos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) para o acolhimento das gestantes, todos localizados na zona urbana do município. No período do estudo, foram cadastradas 387 gestantes adolescentes no município, sendo 321 nas UAs e 56 no postos da ESF. Em relação à situação de moradia, constatou-se que Camaquã apresentou 291 gestantes adolescentes residentes na área urbana e 96 na área rural. O município de Canguçu possui 4 unidades de saúde, foram encontrados 306 registros de gestantes adolescentes no recorte temporal. Em relação à situação de moradia, constatou-se que Canguçu apresentou, 92 gestantes adolescentes residentes na zona urbana e 214 residentes na área rural. O município de Chuvisca conta com uma unidade de saúde para o atendimento a gestantes e foram encontrados 19 registros de gestantes adolescentes no período do estudo. Em relação à situação de moradia, constatou-se que Chuvisca apresentou, 01 gestante adolescente residente na área urbana e 18 residentes na área rural. Cristal possui uma unidade de saúde cadastrada

no SISPRENATAL e foram encontrados 43 registros de gestantes adolescentes no período do estudo. Em relação à situação de moradia, constatou-se que 30 adolescentes gestantes residiam na área urbana e 13 na área rural. São Lourenço do Sul possui 11 Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde cadastradas no SISPRENATAL e foram encontrados 170 registrados de gestantes adolescentes. Em relação à situação de moradia, constatou-se que 120 gestantes adolescentes residiam na área urbana e 50 na área rural do município. Com o intuito de esclarecer algumas das diversas questões que envolvem a gravidez na adolescência, este estudo procurou descrever de modo simples a localização desses eventos em relação aos espaços urbanos e rurais. Constatou-se a escassez de literatura atualizada que contivesse informações a respeito da temática da geografia da saúde, mais especificamente estudos que incluíssem a gravidez na adolescência em áreas rurais. O estudo aponta a necessidade de investimento por parte dos setores governamentais, em estratégias que utilizem as ferramentas de geoprocessamento como instrumentos auxiliares à compreensão dos eventos relacionados à saúde. Faz-se necessário a construção de bases digitais compatíveis com bancos de dados que agrupam as informações sobre as adolescentes gestantes. Essas medidas podem servir como base para qualificar e complementar os sistemas de informação em saúde dos municípios, além de indicar elementos essenciais para a análise da utilização dos serviços por essa clientela. A partir daí, fornecer subsídios para uma produção de conhecimento que possa dar maior visibilidade às estratégias de saúde desenvolvidas, tanto pelos municípios, quanto pelas usuárias, nos casos de gravidez na adolescência. Desta forma, contribuir com políticas públicas que visem à integralidade no cuidado em saúde e na melhoria das condições de saúde da população adolescente.

**Descritores:** Gravidez na adolescência, População rural, Geoprocessamento.

**Referências:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
2. Lopes MJM *et al.* Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Projeto de pesquisa e desenvolvimento. Escola de Enfermagem e Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento Rural. Gravidez e maternidade na adolescência em municípios de pequeno porte e em áreas rurais na metade Sul do Rio Grande do Sul. Não publicado. Porto Alegre; 2007.
3. Peiter PC. A geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio [Tese]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Geografia, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
4. Najar AL, Marques EC. Saúde e Espaço, Estudos Metodológicos e Técnicos de Análise. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

5. Skaba DA, Carvalho MS, Barcellos C, Martins PC, Terron SL. Geoprocessamento dos dados da saúde: o tratamento dos endereços. Cad. Saúde Pública. 2004;20(6):1753-6.

## **GRUPO DE SAÚDE COM HOMENS: UMA EXPERIÊNCIA DA ENFERMAGEM**

Laís Pereira de Almeida, Silvana de Oliveira Silva, Marciele Moreira da Silva

URI – campus Santiago/RS

laisalmeida.almeida@bol.com.br

Desde a antiguidade, o homem é visto como um ser viril, forte e invulnerável. Quando comparado às mulheres em geral, homens sofrem mais de doenças crônicas graves e o número de óbitos é mais elevado, buscam menos os serviços de saúde, e quando o fazem é na atenção hospitalar. Alguns autores relatam que um dos fatores que dificultam o acesso dos homens aos serviços de saúde oferecidos é a predominância de profissionais do sexo feminino nestes ambientes, e ainda a ausência de um serviço exclusivo para esta parte da população, dessa forma, os fazendo sentirem-se excluídos dos serviços de saúde (PASCHOALICK; LACERDA; CENTA, 2006). Diante de tais argumentos, em agosto de 2009, o Ministério da Saúde voltou-se para o cuidado à Saúde do Homem, instituindo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) (BRASIL, 2009). Tal política tem por objetivo promover melhorias nas condições de saúde da população masculina do Brasil, reduzindo os índices de morbimortalidade e facilitando o acesso às ações e aos serviços de assistência integral à saúde desta população, levando em consideração os diversos contextos em que estes estão inseridos (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, o presente resumo tem por **Objetivo** relatar uma das experiências vivenciada no segundo semestre de 2009, na disciplina de Estágio Supervisionado I do Curso de Graduação em Enfermagem da URI Campus Santiago/RS. A prática assistencial desenvolvida nesse período visou implantar ações educativas e assistenciais destinadas aos usuários do gênero masculino pertencentes à Estratégia de Saúde da Família II, no município de Bossoroca/RS, a fim de estabelecer um maior vínculo e ampliar o acesso destes aos serviços de atenção básica. Para tanto, utilizou-se como um dos instrumentos para alcançar tal objetivo, a implantação de grupos educativos em saúde com homens, tendo em vista, que o processo educativo em grupo possibilita às pessoas compartilharem seus saberes e suas experiências relacionados aos cuidados à saúde,

encorajando os participantes a procurar diversas estratégias para resolver seus problemas (SOUZA; SILVA, 2007). Ainda, por compreender que a relação que se estabelece, entre usuários e profissionais de saúde dentro dos grupos, oportuniza a implementação de práticas que se aproximem do real contexto social da comunidade, visando à humanização da assistência prestada a esses usuários, sendo o trabalho em grupo considerado então como um forte instrumento para se trabalhar a educação em saúde (DALL'AGNOL et al, 2007). **Metodologia:** Com o intuito de divulgar a proposta da prática assistencial e estabelecer vínculos, a visita domiciliária e a sala de espera da unidade foram adotadas como táticas para alcançar o objetivo. A seguir, em acordo com os sujeitos, foi estabelecida a data, horário e local para o primeiro encontro do grupo o qual, teve como tema central, refletir sobre Cuidado. Destacamos que essa temática foi eleita visando compreender os significados do cuidado para os homens para, a partir da concepção dos sujeitos, os demais encontros fossem planejados. A atividade educativa transcorreu em três momentos com um número de sete participantes entre 45 e 70 anos de idade. O primeiro serviu para as apresentações dos integrantes do grupo. No segundo momento foi proposta uma dinâmica entre os participantes, a qual consistia em elaborar um painel com figuras e frases que simbolizavam a palavra "CUIDADO". O painel foi preparado a partir de recortes de revistas e jornais. No terceiro momento estabeleceu-se uma roda de prosa para apresentação e discussão da temática. **Resultados:** Durante a realização da dinâmica de grupo, os homens mostraram-se inicialmente tímidos e inseguros quanto às suas convicções sobre o significado da palavra cuidado, tendo dificuldades de expor seus pensamentos; mas com o decorrer da atividade, foram mostrando-se mais confiantes e participativos, expondo o que gostariam de discutir nos próximos encontros e afirmando o desejo de dar continuidade ao grupo. No que se refere aos significados sobre o Cuidado, várias concepções emergiram e foram comuns entre os três grupos, como por exemplo, o cuidado estar simbolizado por uma alimentação saudável, pela fé, por momentos de lazer e de cultivo de amizades. Emergiu ainda, o cuidado como perseverança, união e harmonia familiar, utilização de fitoterápicos, cuidado no trânsito e ter um trabalho. Percebemos com esta atividade de grupo, que o entendimento que os homens possuem em relação ao cuidado, supera concepções sociais e culturais de que os mesmos não são adeptos ao cuidado de si e dos outros, assim como também foi possível observar uma superação da visão biologicista em relação ao cuidado o que vai ao encontro do que Waldow e Borges (2008) afirmam em relação, quando dizem que todo o ser humano nasce com potencial de cuidado, ou

seja, todas as pessoas são capazes de cuidar. **Considerações:** Podemos dizer que este momento foi de extrema relevância, tendo em vista que a atividade possibilitou conhecer um pouco mais sobre como os homens compreendem a questão do cuidado. Souza et al (2005 p. 266) afirmam que "o ato de cuidar desvela o existencial, de onde derivam os sentimentos, atitudes e ações, como vontades, desejos, inclinações e impulsos", e que por ser um conceito muito amplo, pode ter vários significados, dependendo da cultura de cada indivíduo. Certamente, conhecer a diversidade masculina irá contribuir para a efetivação da PNAISH, e, por conseguinte, promover uma maior adesão às ações de saúde propostas pela atenção básica por parte da população masculina, visando melhorar a qualidade de vida dos homens, e ainda, aprimorar as habilidades e competências do profissional enfermeiro frente às políticas de atenção à saúde. Com isso, destacamos que as ações educativas em grupo permitem promover saúde não aceitando a simples transmissão do saber, sendo que a aprendizagem se dá pela compreensão e transformação de determinada realidade que melhore a qualidade de vida do indivíduo e de sua família e comunidade (DALL'AGNOL et al, 2007). Para tanto, precisamos planejar as ações de promoção da saúde juntamente com esses usuários, levando em conta seus saberes, sua cultura, seus valores, para que possamos juntos, refletir sobre os determinantes sócio-culturais que possam estar influenciando no processo de saúde doença desses sujeitos.

**Descritores:** Saúde do Homem; Educação em Saúde; Enfermagem.

**Referências:**

1. PASCHOALICK, R. C.; LACERDA, M. R.; CENTA, M. de L. Gênero masculino e saúde. *Cogitare Enfermagem*. 2006; 11(1): 80-86.
2. Ministério da Saúde (BR), Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acessado em abril de 2009.
3. SOUZA, S.da S. de; SILVA, D. M. G. V. da. Grupos de Convivência: contribuições para uma proposta educativa em Tuberculose. *Rev. Bras. Enferm.* 2007; 60(5): 590-595.
4. DALL'AGNOL, C. M. et al; O trabalho com grupos como instância de aprendizagem em saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2007; 28(1): 21-26.
5. WALDOW, V. R.; BORGES, F. R. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2008; 16(4): 765-771.

## O OLHAR DOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E DE PSICOLOGIA SOBRE AS VISITAS DOMICILIARES DAS EQUIPES DE PSF

Diego Rios, Bruna da Rosa, Camila Borba, Carolina Day, Francisco Arsego, Priscila Kercher, Renata Schorn, Stelyus Silveira  
UBS Santa Cecília/ Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
diego.srios@yahoo.com.br

**Introdução:** O Programa de Saúde da Família (PSF) propicia à população um melhor acesso aos serviços básicos de saúde. As equipes utilizam as visitas domiciliares (VD's) para acessar a comunidade. As VD's proporcionam um atendimento assistencial e preventivo aos usuários, sendo também recurso para promoção de saúde coletiva. **Objetivo:** Relatar as impressões das VD's acompanhadas pelos acadêmicos. **Método:** Relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem e de psicologia da UFRGS através do curso de extensão UBS Verão 2010 na UBS Santa Cecília no período de janeiro de 2010. **Resultados:** O serviço de VD's mostrou-se funcional na área referente ao PSF, relativo à territorialidade da UBS Santa Cecília. Essa funcionalidade mostrou-se lenta, pois percebemos que a VD dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) acontece regularmente, contudo a visita da enfermagem ou da medicina demora a acontecer. Alguns usuários visitados ligaram para UBS pedindo uma VD emergencial, porém devido aos poucos profissionais no período de janeiro, não era possível realizá-la imediatamente. Percebemos que a equipe de enfermagem mostrou-se mais atuante com os ACS, visto que a comunicação entre os dois segmentos era ativa; enquanto que o corpo médico recebia os pedidos de VD's através de protocolos internos, parecendo demonstrar pouca integração com o serviço. **Conclusões:** Acreditamos que a VD possibilita atendimentos mais humanizados à população, atuando na formação de profissionais da saúde, pois ao vivenciar o contexto e a história de cada família, os profissionais têm a oportunidade de se deparar com a "totalidade" do usuário e não apenas com a sua doença. Por isso, o interessante seria que as VD's fossem realizadas por equipes multiprofissionais, proporcionando atendimentos mais integrados em benefício aos usuários das UBS's.

**Descritores:** PSF, UBS, VD.

## PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE USUÁRIOS DE PSICOFÁRMACOS EM ATENÇÃO PRIMÁRIA

Gabriela Vieira Soares, Savana Scheffer Robalo, Elizeth Heldt, Francisco Arsego  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
gabrielaavsoares@gmail.com

**Introdução:** Os problemas de saúde mental compõem uma demanda para a saúde coletiva devido à alta prevalência e impacto psicossocial. Sabe-se que usuários de serviços de atenção primária podem buscar medicações ou receitas de medicações.

**Objetivos:** Este trabalho pretende identificar o perfil epidemiológico dos usuários de psicofármacos que buscam atendimento em atenção primária para subsidiar ações de saúde mental em atenção básica. **Método:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo epidemiológico realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados de 253 prontuários de pacientes que utilizavam psicofármacos no período de abril e maio de 2009. **Resultados:** Foi observado o predomínio do sexo feminino em 70% (n=177), com uma média de idade de 54,2 ( $\pm 17,9$ ) anos. Os transtornos mentais e as doenças clínicas de maior ocorrência foi encontrada, respectivamente: depressão em 33,6% (n=85) e a hipertensão arterial sistêmica em 41,9% (n=106) da amostra. Coerente com o diagnóstico de maior ocorrência, os psicofármacos mais prescritos foram antidepressivos, sendo os inibidores da recaptção de serotonina em 43,9% (n=111) e os tricíclicos em 36,4% (n=92). Foi encontrada associação significativa ( $p < 0,05$ ) entre diagnóstico de depressão e uso de antidepressivo; Transtorno de Humor Bipolar e estabilizador de humor; fibromialgia e antidepressivo tricíclico. **Conclusões:** As características dos usuários de psicofármacos em atenção básica encontrada neste estudo estão de acordo com as pesquisas atuais, bem como a indicação das medicações para os respectivos transtornos mentais. A proposta final é implementar um programa para o desburocratizar e pessoalizar a entrega das receitas de psicofármacos para os usuários, utilizando os recursos já existentes, como o acolhimento e a equipe interdisciplinar, mantendo princípios da integralidade e da formação do vínculo com a UBS.

**Descritores:** Saúde mental, Atenção primária, Psicofármacos.

## **POMBOS DOMÉSTICOS (*Columba livia*): AMEAÇA PARA A SAÚDE DA COMUNIDADE**

Delaine Casagrande da Silva Miletho Pereira, Clariana Casagrande da Silva, Majid  
Mohamad Abdul Rahman

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
majidm@ig.com.br

**Introdução:** Os pombos domésticos (*Columba livia*) foram introduzidos no Brasil no século XVI como aves domésticas, costumam viver em bandos e são responsáveis por provocar problemas de saúde pública. **Objetivo:** O presente estudo tem como objetivo apontar de que forma estes animais podem ser prejudiciais à saúde humana. **Método:** O método utilizado para examinar o potencial de danos causados pelos pombos se deu através da análise das fezes dos mesmos. A coleta deste material foi realizada pelos acadêmicos dos cursos de Enfermagem e Biologia, ao qual efetuaram a coleta de uma amostra fecal encontrada no telhado de um condomínio habitacional da cidade de Porto Alegre. O referido material foi recolhido aleatoriamente e encaminhado para análise laboratorial. De acordo com a análise realizada por profissionais da área da Biologia, foi encontrado nas fezes, um verme cestóide, parasita de grande importância por ser agente etiológico de diversas doenças parasitárias. A contaminação por parasitas pode ocorrer isoladamente ou por múltiplos parasitas, esta quando associada a imunossupressão e a estados de desnutrição, trazem conseqüências fatais para os indivíduos. Apontamos como resultado a contaminação das excretas dos pombos, os tornando hospedeiros de organismos patogênicos à saúde da comunidade. Nossa cidade sofre com a infestação dos pombos que habitam diversos locais, estes animais, através de sua proximidade com o homem e de sua superpopulação são considerados ameaça para a saúde coletiva pois são agentes transmissores de doenças parasitárias entre outras.

**Descritores:** Saúde da comunidade, Pombos domésticos, Doenças parasitárias.

### **Referência:**

- MURRAY Patrick R.; ROSENTHAL Ken S.; KOBAYASHI George S.; PFALLER Michael A. Microbiologia Médica. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

## VIVENCIANDO O PET-SAÚDE EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE-RS

Bianca Belmonte de Souza, Karina Dias Pinto

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

biancabelmonte@hotmail.com

**Introdução:** o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE) destina-se à formação de grupos de aprendizagem tutorial no âmbito da Estratégia Saúde da Família (ESF), visando à qualificação em serviço dos profissionais, bem como de iniciação ao trabalho, dirigidos aos estudantes de graduação, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS. A UBS Aparício Borges é uma das unidades de inserção do PET-Saúde no distrito docente-assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal. **Objetivos:** descrever as vivências na Unidade de Saúde junto à equipe de Enfermagem, enquanto monitoras PET. **Métodos:** trata-se de um relato de experiência das atividades desenvolvidas na UBS Aparício Borges, no Distrito Sanitário Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre, no período de Abril a Outubro de 2009. **Resultados:** acompanhamos atividades realizadas pela equipe de Enfermagem, como: Acolhimento, Campanhas de Vacinação, Visitas Domiciliares e Grupo de Hipertensão e de Diabetes. No Acolhimento, obtivemos informações sobre o motivo de procura do serviço e o estado de saúde do usuário. Participamos das Campanhas de Vacinação para Febre Amarela, Gripe e Poliomielite. Nas Visitas Domiciliares nos deparamos com a diversidade cultural dos usuários e a realidade social na qual estão inseridos, possibilitando a criação de vínculo. Percebemos a carência da população em relação a saneamento básico, condições de moradia e atividades de lazer. No Grupo de Hipertensão e de Diabetes observamos as orientações dadas aos usuários cadastrados no Programa HiperDia. **Conclusões:** analisamos as peculiaridades do SUS junto aos usuários, as dificuldades enfrentadas na Unidade de Saúde quanto à carência de profissionais, de equipamentos adequados e de espaço físico. A monitoria PET nos oportunizou um maior aprendizado das práticas de saúde coletiva, relacionando os aspectos teóricos, aprendidos na Universidade, com os práticos. **Descritores:** Enfermagem em saúde pública, saúde coletiva, saúde da família.

## VISITA DOMICILIAR EM ENFERMAGEM: ESTUDO DE CASO DE DEMANDAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Carolina Baltar Day, Daniela Laureano, Fernanda Rocha, Joséli Nascimento, Julia Gallego, Karoline Bernardi, Luzia Souza Lopes, Denise Gomes, Regina Witt  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
carolinabday@yahoo.com.br

**Introdução:** A visita domiciliar (VD) é um instrumento que proporciona conhecer a área de atuação da equipe, assim como o ambiente familiar e os recursos existentes de forma a orientar a comunidade para o autocuidado e prestar cuidados. É um meio de interação entre a equipe de enfermagem e o paciente e a comunidade, sendo o cuidado domiciliar uma competência da enfermeira. As visitas domiciliares exigem planejamento e que nós nos desloquemos até o domicílio do paciente e são divididas em visita de chamada (aquela que a comunidade solicita em determinado período), em visita periódica (aquela em que a equipe de saúde visita o domicílio periodicamente), em internação domiciliar (aquela em que o paciente necessita de cuidados especializados no domicílio) e em busca ativa (a equipe de saúde visita a comunidade em busca de pacientes que não retornaram a Unidade Básica de Saúde (UBS) para terminar tratamento ou que estão em débito com bolsa família, por exemplo. Esta é uma prática característica das Estratégias de Saúde da Família (ESF), que possui agentes comunitários de saúde, que utilizam a VD como a base do planejamento de estratégias e intervenções para promover saúde. A UBS não conta com esses profissionais, e por não estarem adscritos na ESF, muitos pacientes são atendidos exclusivamente pela UBS, sendo a VD realizada pela equipe de enfermagem da UBS. Desta forma a visita domiciliar caracteriza uma prática da saúde pública, sendo realizada por todos os profissionais de saúde. **Objetivo:** Apresentar três casos de visita domiciliar realizadas durante o estágio curricular da disciplina de Enfermagem Comunitária da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Cruzeiro-Febem, conforme o tipo de visita desenvolvida. **Método:** Foi realizado um estudo de caso do tipo multi-casos. As visitas domiciliares foram realizadas pelas acadêmicas de enfermagem do 7º semestre, no período de setembro a novembro de 2009. Estas visitas foram solicitadas pela equipe de enfermagem da unidade. Os casos de internação domiciliar foram retirados de um registro mantido pela enfermeira. As famílias para as quais foi feita busca ativa,

estavam cadastradas junto à UBS no Programa Bolsa Família. Foi selecionado um caso de visita domiciliar do tipo internação hospitalar, um do tipo visita periódica e um do tipo busca ativa. Os casos foram analisados em reuniões com os acadêmicos, a professora e a enfermeira do campo. **Resultados:** A visita do tipo internação hospitalar foi feita a um paciente com seqüelas de acidente vascular cerebral, com úlceras de decúbito na região sacra e calcânea, que perdeu o movimento dos membros, movendo-se apenas com auxílio. Ele necessitava de curativos e orientação quanto a motivação para o auto cuidado (paciente não tinha vontade de movimentar-se para sair do leito), desta forma orientamos sua família para que o estimulasse a sentar-se em uma cadeira, ficando mais próximo aos familiares, promovendo assim a socialização do paciente acamado e a conseqüente melhora da qualidade de vida do mesmo. A família também precisava de orientações quanto aos cuidados que este paciente necessitava. Durante esta visita, foi possível conhecer o domicílio, identificando as principais necessidades do paciente, quais os recursos que a família poderia dispor para auxiliá-lo e organizar a estrutura da casa para que ele não ficasse apenas no quarto. Esta foi uma forma de interagir com a família, formando um vínculo de confiança que futuramente os oferecerá muitos benefícios. A visita do tipo periódica foi realizada a uma família composta pela mãe e cinco filhos. Eles residiam em uma das regiões de maior pobreza e escassez de recursos da área adscrita pela UBS, em condições deploráveis, sem condições de higiene, sem alimentos e infestados por "bicho de pé". A casa em que viviam era precária, não existia saneamento básico no local em que residiam, apresentavam um caso de óbito na família por leptospirose. Nós orientamos a pessoa que estava com as crianças para que a mãe procurasse o posto com as crianças para a retirada dos bichos de pé e avaliação, pois no dia da visita a mãe das crianças não estava em casa elas estavam aos cuidados de uma vizinha. Nesta visita pudemos identificar a falta de estrutura em que aquelas pessoas viviam e percebemos que não era possível orientar para que não brincassem mais na terra de chão batido, pois a casa não tinha piso, era de chão batido. As crianças também não estavam freqüentando a escola, desta forma estabelecemos um plano para motivar esta família a colocar estas crianças na escola a fim de obterem educação e alimentação. As visitas do tipo busca ativa foram realizadas junto com as técnicas de enfermagem. Buscávamos especificamente faltosos da bolsa família, que é um programa do governo federal que fornece a família um valor em dinheiro para cada criança matriculada na escola. Para manter-se no programa, além de freqüentar a escola, as crianças devem ser levadas a UBS mensalmente para fazer

acompanhamento do ganho de peso. Caso não compareçam, a UBS não pode enviar os relatórios e as crianças perdem automaticamente a bolsa família. Para que isto não ocorra, a equipe faz a busca destas crianças que não compareceram ao posto, indo até a residência, conversando com a família, identificando o motivo do não comparecimento, e tentando solucionar problemas que venham a surgir. **Conclusões:** A visita domiciliar é uma característica marcante da saúde pública brasileira, ela encaixa-se dentro do contexto dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que preconiza a universalização e integralidade do atendimento em saúde de forma igualitária à todos os cidadãos e preconiza também a participação da comunidade nas decisões vinculadas a saúde. As visitas domiciliares não são uma prática de rotina nas UBS devido à falta de funcionários, como agentes de saúde, que possam realizar essa atividade diariamente, além disso, a área de atuação das UBS geralmente é muito extensa, dificultando a prática da mesma. Assim mesmo, o campo ofereceu uma variedade de situações nas quais a visita domiciliar pode ser realizada, mostrando que ela é viável neste contexto, sendo que uma melhor estrutura tanto física como profissional possibilitaria que estas visitas tornem-se uma rotina na UBS. O estágio nos permitiu desenvolver competências de enfermagem para atuar em saúde pública, interagindo com a comunidade, atuando dentro da casa do paciente, promovendo saúde e prevenindo agravos. O grupo avaliou que é pouco o que a enfermagem pode fazer para atender todas as necessidades dessas famílias, porém conseguimos vivenciar a realidade daquela comunidade e de certa forma compreender que saúde pública não se faz apenas pela equipe da UBS, mas por todos os setores do governo. As visitas proporcionaram o conhecimento da área de atuação da equipe, o contato com a comunidade, o estabelecimento do vínculo e demonstram o interesse da equipe pela saúde da população.

**Descritores:** Visita Domiciliar; saúde pública, enfermagem em saúde comunitária.

## O PAPEL DO PROFISSIONAL DE SAÚDE NA PRÁTICA DO ACOLHIMENTO NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA

Kelen Cristina dos Santos, Luma Maiara Ruschel, Maira Chaiben, Marcia Luciane da  
Silva, Priscila Tadei Nakata, Ana Luísa Petersen Cogo  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
priscilanakata@ibest.com.br

**Introdução:** O SUS tem ações voltadas ao fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e passa a dar ênfase no trabalho interdisciplinar para melhorar os serviços prestados nas Unidades Básicas de Saúde tendo como uma das diretrizes o acolhimento. **Objetivo:** compreender o papel desempenhado pelo profissional de saúde na prática do acolhimento na Estratégia da Saúde da família. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa segundo Cooper, realizada na base de dados LILACS com os descritores acolhimento, SUS, ESF, atenção primária à saúde e saúde coletiva, entre 2003 e 2009. A questão norteadora foi qual o papel do profissional de saúde no seu cotidiano profissional para desenvolver o acolhimento na Estratégia da Saúde da Família. A apresentação dos dados ocorreu em quadro sinóptico que sintetizou as informações que foram analisadas de acordo com a literatura. **Resultados:** Foram incluídos 10 artigos no estudo, 5 foram publicados no ano de 2008, 3 no ano de 2007, 1 no ano de 2006 e 1 no ano de 2004. Os autores destacaram como uma necessidade para efetivar a prática do acolhimento na ESF a resolutividade, o cuidado integral, a humanização do atendimento, o "ouvir o usuário", a identificação do real problema do usuário, a eficiência do serviço de referência e contra-referência e a capacitação da equipe de saúde. **Conclusões:** O papel do profissional de saúde na prática do acolhimento na ESF que se destacou foi a realização de uma escuta qualificada, portanto saber ouvir o usuário é uma ferramenta imprescindível para que a equipe de saúde desenvolva o acolhimento na ESF, estabelecendo vínculo entre o paciente e a equipe de saúde.

**Descritores:** Acolhimento, SUS, PSF.

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER: PET-SAÚDE REALIZA MUTIRÃO NA  
COMUNIDADE DE BELÉM VELHO**

Lenice Ines Koltermann, Kellyn Rocha Vargas, Priscila Tadei Nakata  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
kellynrvargas@hotmail.com

**Introdução:** Realização de um mutirão de saúde em comemoração ao Dia Internacional da Mulher pelas monitoras do PET, que é um Programa com o objetivo de fomentar a integração ensino-serviço-comunidade e fortalecer os serviços da Atenção Básica de Saúde. O PET atua na Estratégia da Saúde da Família, que faz parte dos serviços atuantes na rede de atenção básica, no qual se realiza dentre outras atividades o cuidado da mulher. A atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde: **Objetivo:** promover a saúde das mulheres por meio de um evento em comemoração ao Dia Internacional da Mulher na Estratégia da saúde da família. **Metodologia:** Relato de experiência de monitoras do PET na organização de um mutirão de saúde no dia 08/03/2010 no PSF Nossa Senhora de Belém. **Resultados:** as atividades oferecidas foram: oficina nutricional, verificação da Pressão Arterial, teste de glicose, coleta do exame citopatológico do colo uterino, palestra sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis, apresentação de um vídeo sobre violência contra a mulher, assessoria jurídica, maquiagens, massoterapia e reiki. **Conclusão:** A articulação do PSF Nossa Senhora de Belém com as monitoras do PET, alunas de graduação do curso de enfermagem da UFRGS viabilizou a realização da atividade de extensão "Promoção da saúde no Dia Internacional da Mulher", na qual foi possível que ensino-serviço-comunidade trabalhassem juntos para desenvolver atividades de promoção e de prevenção da saúde da mulher, fortalecendo assim a assistência da rede de atenção básica em saúde.

**Descritores:** educação, saúde e PSF

**GRUPOS TERAPÊUTICOS EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA PERSPECTIVA  
DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E PSICOLOGIA DA UFRGS**

Camila Borba, Bruna Rosa, Carolina Day, Diego Rios, Priscila Kercher, Renata Shorn,  
Stelyus Silveira, Francisco Arsego

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

mila.borb@yahoo.com.br

**Introdução:** Os grupos terapêuticos em Unidades Básicas de Saúde surgem como instrumento de intervenção educacional, a fim de aproximar realidades, oferecer conhecimento científico e apoio psicológico aos usuários desses serviços, além de oportunizar o acompanhamento regular dos seus cuidados de saúde e estimular as mudanças de comportamento e o autocontrole. **Objetivo:** Refletir sobre a importância dos grupos terapêuticos em Unidades Básicas de Saúde. **Método:** Relato de experiências dos acadêmicos de enfermagem e de psicologia da UFRGS durante o curso de extensão, UBS Verão 2010, realizado na UBS Santa Cecília no período de janeiro de 2010. **Resultados:** Grupos terapêuticos são uma estratégia efetiva na melhoria da qualidade de vida de pacientes com doenças crônicas, visto que proporcionam a troca de experiências entre indivíduos com realidades semelhantes, gerando aceitação e empatia. Ainda, o acompanhamento periódico das rotinas e a avaliação geral dos indivíduos auxiliam no monitoramento terapêutico e na resolubilidade do tratamento. Os participantes desses grupos apresentam maior capacidade para lidar com a doença, porquanto, além de todo acompanhamento psicossocial e educacional, recebem uma atenção continuada à saúde com fornecimento de medicações e acompanhamento médico regular. **Conclusões:** A dificuldade de adesão ao tratamento foi o grande empecilho observado, visto que a mudança de comportamento ocorre de forma lenta e gradual. Percebemos, assim, que manter o paciente vinculado ao acompanhamento contínuo do grupo no intuito de alcançar a melhor qualidade de vida possível, minimizando todos os obstáculos para a adesão ao tratamento, perpassa, necessariamente, pelo estabelecimento de um bom vínculo entre profissionais e pacientes.

**Descritores:** Enfermagem, Grupos de Apoio, Unidade Básica de Saúde.

## FAZENDO ENFERMAGEM NA ATENÇÃO BÁSICA

### ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CRUZEIRO DO SUL/PET-SAÚDE

Alex Avelino Bittencourt, Caroline Bello Soares, Maria Joana Dias Ferreira, Regina Rigato Witt

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

jozinhafferreira@gmail.com

**Introdução:** O Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) foi criado para apoiar atividades acadêmicas que integram ensino, pesquisa e extensão. Formado por grupos tutoriais de aprendizagem, sob a orientação de um preceptor, os alunos realizam atividades extracurriculares que complementam sua formação acadêmica no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), visando além da qualificação em serviço dos profissionais a iniciação ao trabalho de acordo com as necessidades e demandas do Sistema Único de Saúde – SUS <sup>(1)</sup>. A partir disso a Enfermagem inseriu-se no programa, a fim de garantir os Cuidados Primários de Saúde, que constituem um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde proporcionando ao acadêmico uma aproximação com o sistema e usuários das Unidades Básicas de Saúde gerando vivências e experiências que a academia outrora tardava a oportunizar. A ESF Cruzeiro do Sul é uma das unidades de inserção do PET – Saúde no distrito docente-assistencial Glória/Cruzeiro/Cristal. **Objetivo:** Relatar as atividades desenvolvidas por acadêmicas de Enfermagem na ESF Cruzeiro do Sul no decorrer das atividades de monitoria do PET. **Método:** Trata-se de um relato de experiência realizado com base nas atividades desenvolvidas enquanto monitoras PET, bem como na participação em eventos para promoção da saúde organizados pela equipe da Estratégia de Saúde da Família. **Desenvolvimento:** Foram desempenhadas diversas atividades com o acompanhamento do Enfermeiro com a finalidade de auxiliar na compreensão do papel da Enfermagem na Saúde Coletiva. Dentre as quais podemos destacar: *Consultas de Pré – Natal e Grupo para Gestantes* - procedimentos como ausculta de Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), medição uterina, verificação da data prevista para parto e revisão de exames foram realizados durante as consultas com as gestantes. Anteriormente a cada consulta foram realizados grupos educativos de apoio e orientação a gestantes para o esclarecimento de dúvidas a respeito do parto, desenvolvimento e cuidados com o bebê, direitos assegurados à gestante no

momento do parto. *Visitas Domiciliares* - na realização das visitas domiciliares aos usuários da Estratégia de Saúde da Família, visualizamos a realidade social e estreitamos as relações com a comunidade. Além disso, ficou clara a importância da realização desse tipo de atendimento, voltado principalmente aos pacientes acamados ou que não apresentam condições físicas para atendimento no serviço de saúde, pois atuamos tanto na prevenção de doenças, através da educação em saúde, quanto no controle de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, por exemplo. *Acolhimento* - verificação de sinais vitais e diálogos com os usuários foram realizados durante essa atividade, com a finalidade de oferecer-nos subsídios para detectarmos os casos de maior necessidade de posterior atendimento. Os casos de maior gravidade são encaminhados para a médica da unidade, e os demais casos são orientados de acordo com as suas necessidades. *Recepção* - nos dias em que ficamos na recepção, tivemos a oportunidade de observar os profissionais que ali trabalham e aprender muitas das atividades desempenhadas por eles, tais como: entrega de medicamentos da farmácia, mediante receitas apresentadas pelos usuários, marcação de consultas, encaminhamentos para exames, entrega de receitas de medicações controladas e encaminhamento de vacinas e hemoglicoteste (HGT), para os técnicos da unidade. Além disso, fizemos diversas nebulizações, verificamos pressões arteriais e, eventualmente, trocamos curativos. *Atividades no Horto* - aproveitando o espaço do Horto, realizamos diversas brincadeiras afim de promover a educação em saúde para as crianças moradoras da Vila Cruzeiro do Sul, como ações que beneficiaram a orientação para o cuidado com a higiene pessoal, alimentação saudável, a importância de frequentar à escola, o perigo causado pelo uso de entorpecentes, entre outros. Essa atividade foi bastante útil, pois além de reforçarmos a importância do cuidado à saúde, pudemos nos aproximar das crianças e conhecer melhor as carências e os problemas da comunidade. Outras atividades foram desempenhadas em eventos para a promoção da saúde: *Campanha de Vacinação* - campanhas como a da Gripe, Febre Amarela e Poliomielite ocorreram no ano de 2009 e, juntamente com os outros profissionais de saúde, atuamos vacinando, atualizando carteiras de vacinação e orientando sobre o risco destas doenças, efeitos colaterais das vacinas aplicadas e calendário vacinal. *Mutirão para coleta de Citopatológico (CP)* - atividade organizada no sábado durante o dia todo na ESF, na qual foram realizados grupos para esclarecimento a respeito dos órgãos sexuais masculino e feminino, bem como evolução, tratamento e surgimento do câncer de colo do útero. Além dos grupos foi feita a coleta de CP nas mulheres que compareceram à unidade, orientação para

adolescentes em iniciação sexual, esclarecendo dúvidas sobre métodos contraceptivos e sobre a importância do uso de preservativos em todos os tipos de relações sexuais, para prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e gravidez precoce. Além disso, cuidados gerais com saúde da mulher foram prioridade durante toda a atividade desenvolvida, através de solicitações de mamografias para mulheres de faixa etária determinada ou com alteração nas mamas e exames de sangue para gestantes, compondo algumas das atividades que desempenhamos na Unidade de Saúde nesse dia. **Conclusão:** A monitoria PET nos proporcionou um espaço capaz de unir aprendizado e prática além do oferecido na graduação, o que nos leva a estar sempre buscando novos conhecimentos. A aproximação com as diferentes realidades sociais é de suma importância para o crescimento acadêmico e pessoal, pois através dela conseguimos penetrar em nichos onde, em muitos casos, ocorre escassez de recursos financeiros e de compreensão, o que dificulta o bom prognóstico das enfermidades e proporciona ao acadêmico um olhar humanizado além da doença física. Com isso, percebemos o quão importante é o papel que a Enfermagem vem desempenhando no SUS e em especial na Atenção Básica a Saúde, uma vez que a população atendida nesse serviço é a que mais necessita do cuidado dos profissionais por representar uma comunidade carente em orientações, educação em saúde e recursos.

**Descritores:** Atenção Primária a Saúde, Enfermagem, Enfermagem em Saúde Pública.

**Referência:**

<sup>1</sup>Ministério da Saúde, PET-Saúde.

**ENFERMAGEM UFRGS NA BASE AÉREA DE CANOAS: ALÇANDO VOO NAS  
ASAS DA SAÚDE**

Beatriz Lopes Caldeira, Cristiani Knöpker, Samara Costa, Arlete Vanzin

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

biacaldeira@hotmail.com

**Introdução:** Dados epidemiológicos demonstram uma maior mortalidade masculina em praticamente todas as idades e para quase a totalidade das causas. Os homens recorrem menos às consultas, internam-se mais gravemente e procuram a

emergência quando já não suportam mais a doença. Foi realizado o Macroevento: Enfermagem UFRGS Na Base Aérea De Canoas: Alçando Voo Nas Asas Da Saúde, por acadêmicos da EENF-UFRGS, coordenado pelas autoras, para atender a esta população. **Objetivos:** Promoção da saúde, prevenção e detecção precoce de problemas de saúde em população masculina composta por militares da ativa da Base Aérea de Canoas. **Método:** Acadêmicos da EENF-UFRGS a partir do 7º semestre foram capacitados para a assistência planejada por meio da realização de uma Conferência sobre Qualidade de Vida e de Consultas de Enfermagem, utilizando instrumentos como o Histórico de Enfermagem e o questionário de avaliação do nível de Estresse. **Resultados:** A análise dos dados revelou o perfil das 84 pessoas atendidas: 99% homens; idade média de 27 anos; 79% autodeclarados brancos; 65% solteiros; 68% com ensino médio completo. Avaliação da saúde: 46% casos de sobrepeso e 12% obesidade; 15% casos de pressão arterial elevada e 36% histórico familiar para HAS; 25% histórico familiar para Diabetes Mellitus; 37% consumo de álcool regularmente; 31% sintomas físicos/psicológicos de estresse com classificação preocupante. **Conclusões:** A realização do evento propiciou divulgar e promover a Consulta de Enfermagem, recebendo demonstrações de credibilidade e respeito ao conhecimento da(o) Enfermeira(o), profissional capacitada(o) e gabaritada(o) para atuar em promoção da saúde, prevenção e detecção precoce de problemas de saúde. **Descritores:** Saúde do Homem, Enfermagem em Saúde Comunitária, Educação em Enfermagem.

## **PROMOÇÃO DE SAÚDE ATRAVÉS DOS MACROEVENTOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Fernanda Berny

Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
nandaberny@gmail.com

Durante a disciplina de Enfermagem Comunitária, os alunos de Enfermagem da UFRGS projetam e executam Macroeventos de enfermagem junto a diversas comunidades. As pessoas procuram os serviços de saúde quando aparecem sintomas ou já estão doentes, logo, enfermidades controláveis são as principais causa de morte. Os Macroeventos são alternativas para promover saúde na população sadia,

reunindo vários segmentos da sociedade da detecção precoce da hipertensão arterial, diabetes e outros problemas, através da consulta de enfermagem. É papel fundamental da enfermagem a prevenção de doenças e promoção de saúde, para melhora da qualidade de vida. Tive como objetivo principal analisar a promoção de saúde realizada através dos Macroeventos em que atuei e/ou colaborei para a organização. Através da participação em diversos Macroeventos, pude concluir que a realização dessa abordagem é de extrema importância para o aluno, destaca a participação da comunidade, reforça as propostas do SUS e traz para os profissionais envolvidos com as questões de qualidade de vida, uma nova forma de pensar e principalmente de agir para o desenvolvimento do ser humano em um mundo saudável.

**Descritores:** enfermagem, saúde pública, promoção da saúde.

### **ELABORAÇÃO DE PROTOCOLOS DE ASSISTÊNCIA NA PERSPECTIVA DA EFETIVAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – UM RELATO ACADÊMICO**

Carlise Rigon Dalla Nora, Priscila Orlandi Barth, Alessandra Regina Müller Germani

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões

Campus de Frederico Westphalen – RS

Universidade Federal da Fronteira Sul

carliserdn@yahoo.com.br

A elaboração de Protocolos de Assistência surgem como uma forma de prestação de serviço integral, buscando desenvolver ações interdisciplinares. Podemos definir Protocolo de Assistência, como conjunto de regras, padrões e especificações técnicas que regulam os atos públicos. A aplicação de protocolos de trabalho para o serviço público facilita o gerenciamento das ações e respeitam os princípios de universalidade e equidade propostos pelo Sistema Único de Saúde-SUS.<sup>1</sup> Desta forma, a construção de protocolos de assistência é um desafio, pois implica na ruptura de algumas práticas, partindo para a competência técnica e política, como sujeitos sociais, dotados de conhecimento, de raciocínio, de percepção e sensibilidade para as questões da vida e da sociedade, visando sempre fortalecer o SUS. Podemos considerar que os protocolos de assistência visam melhorar a qualidade do atendimento aos usuários, qualificado a assistência e otimizando a utilização de

recursos dos que trabalham, bem como é uma forma de revisar as práticas assistenciais que são desenvolvidas nos serviços de saúde. Os protocolos tem uma conceituação semelhante à de uma atividade, um processo que combina adequadamente pessoas, tecnologias, materiais, métodos e seu ambiente de trabalho tendo como objetivo a prestação de serviços em saúde. Desta forma, são importantes para a pesquisa e para a prática assistencial porque avaliam a eficácia e a segurança das intervenções terapêuticas e produzem resultados significativamente válidos, replicáveis e generalizáveis.<sup>2</sup> Sabemos que os processos de trabalhos dos profissionais tornam-se cada vez mais complexos e os avanços tecnológicos encontram-se cada vez mais intermediando o saber e o fazer das pessoas. Assim torna-se fundamental a elaboração de protocolos de assistência, que orientem, normatizem e proporcionem segurança e qualidade no desempenho das atividades dos profissionais. Dessa forma, a iniciativa, de protocolar as ações de saúde, é relevante por despertar nos profissionais o benefício em legalizar suas ações, proporcionando o desenvolvimento do seu fazer com segurança o que, certamente, resultará em melhoria da qualidade à saúde da população.<sup>3</sup> O Protocolo de Assistência pretende subsidiar a implementação e a qualificação de ações em saúde, enfocando a necessidade do usuário e o gerenciamento dos processos de trabalho interdisciplinar. Portanto, busca-se auxiliar as equipes dos serviços de saúde a cumprirem com a grande tarefa que é a de transformação das condições de saúde e de atendimento à população, indo ao encontro dos princípios de diretrizes do SUS. Sendo para isso necessário e fundamental a valorização do trabalho em equipe. Desta forma, a confecção de protocolos de assistência em equipe permite que cada profissional expresse seus conhecimentos e suas experiências, seguindo-se discussões geradoras de consenso indutor de condutas unificadas e conseqüentemente, de uma melhor qualidade de assistência. É preciso, porém, ter em mente que a jornada pela qualidade dos serviços é uma caminhada sem linha de chegada. Constitui-se de etapas, as quais, vencidas, injetam mais energia e disposição a percorrê-las.<sup>4</sup> Face ao exposto, destacamos os principais **objetivos** do plano de trabalho do aluno-voluntário do referido projeto, quais sejam: proporcionar ao acadêmico-voluntário experiências acerca da extensão universitária, visando desperta-lo para o compromisso com o desenvolvimento destas atividades no seu cotidiano profissional; Colaborar na construção do Protocolo de Assistência, a fim de viabilizar as ações e os serviços de saúde do município de Erval Seco/RS. A operacionalização do projeto de extensão seguiu as **quatro etapas** do planejamento em saúde o qual leva em consideração o

**levantamento de dados, planejamento de ações, implantação e implementação das propostas e avaliação.**<sup>5</sup> Na **primeira etapa** realizamos um estudo bibliográfico, a fim de aprofundar nossos conhecimentos acerca do tema. Para tanto, foram consultados materiais disponíveis na biblioteca da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Frederico Westphalen/RS e em bibliotecas virtuais como scielo, bireme, entre outras e a organização das fichas de registros dos materiais referentes ao protocolo de assistência. Para dar continuidade às atividades realizamos o mapeamento e diagnóstico de saúde do município de Erval Seco, a partir do levantamento das Fichas A da Estratégia de Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de Saúde, as quais são ferramentas fundamentais para a construção do planejamento local em saúde, bem como para oferecer um serviço resolutivo e eficaz as demandas da população. A fim de complementar a etapa de levantamento de dados, propomos a realização de dois encontros com os profissionais de saúde do município de Erval Seco, a fim de esclarecer os objetivos do projeto e sensibilizá-los para a relevância da participação da equipe na construção dos protocolos de assistência. A **segunda etapa** de implementação do projeto de extensão compreendeu a elaboração de propostas de sistematização das ações de saúde a partir da realidade levantada, na perspectiva da construção dos protocolos de assistência. Em seguida, na **terceira etapa** referente a implantação e implementação das ações, propomos o desenvolvimento das seguintes metodologias assistenciais, sala de espera, visita domiciliar, grupos educativos e consulta de enfermagem. No decorrer do projeto, foram realizadas outras atividades como confecção de alguns materiais didáticos como cartazes, cartilhas, folders, entre outros. A **etapa final**, de avaliação, ocorreu juntamente com o desenvolvimento das metodologias assistenciais, sendo que os parâmetros utilizados compreenderam: relato dos trabalhadores, etc. Portanto, a efetivação do projeto permitiu as acadêmicas-voluntárias relacionar a teoria com a prática, deixando claro a noção de um aprendizado integrado, na qual pode-se visualizar as diferentes etapas de construção de um trabalho. Neste sentido, é possível verificar um crescimento pessoal substancial proporcionado pelo projeto, visto que, ao instigar a busca de novos conhecimentos, as acadêmicas extrapolaram suas perspectivas iniciais de conhecimento. Desta forma os protocolos de assistências podem ser considerados mais uma fundamental ferramenta gerencial, proporcionando uma prática qualificada e uma assistência cada vez mais eficaz e humanizada ao usuário.

**Descritores:** Protocolos, Sistema Único de Saúde, Enfermagem.

**Referências:**

1. FANCCIOLLI, S. R. H. et al. Considerações para elaboração de protocolo de assistência ortodôntica em saúde coletiva. Universidade Federal de São Paulo- Escola Paulista de Medicina. Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, 2009.
2. BALAS, E. A. Protocolos Clínicos baseados em Evidências. São Paulo: PROAHSA- Fundação Getulio Vargas, 1998.
3. COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Protocolo de Enfermagem em atenção à saúde de Goiás. Goiânia, Goiás, 2009.
4. Honório R.P.P, Caetano J.A. Elaboração de um protocolo de assistência de enfermagem ao paciente hematológico: relato de experiência. Rev. Eletr. Enf. 2009, 11(1): 188-93.
5. TEIXEIRA, C. Planejamento Municipal em Saúde. Salvador, BA: ISC- Instituto de Saúde Pública, 2001.

**PRIMEIROS PASSOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UMA POLÍTICA DE GESTÃO DE TRABALHADORES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-SUS: VIVÊNCIA ACADÊMICA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO**

Alessandra Regina Müller Germani, Carlise Rigon Dalla Nora, Jonathan da Rosa,  
Priscila Orlandi Barth

Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões  
Campus de Frederico Westphalen  
Universidade Federal da Fronteira Sul  
priscilabarth@yahoo.com.br

**Introdução:** Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde –SUS, a partir da Lei Orgânica de Saúde - LOS 8.080/90 e sua complementar 8.142/90 fica exposto que os trabalhadores que estiverem prestando serviços pelo sistema deverão efetivar os princípios e diretrizes propostos pelo mesmo. Com isso faz-se necessário tratar a Gestão de trabalhadores no SUS como uma questão central, visto que estes necessitam se perceber como sujeitos das transformações na saúde. Nesta perspectiva <sup>1</sup> ressaltam que a LOS/90 traz a formação dos profissionais em destaque, para que os mesmos estejam atuando na área da saúde conforme o sistema vigente, do mesmo modo que esses necessitam estar em constante efetivação de processos educativos- reflexivos. Mais adiante, 2000/2003, é regulamentada a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos – NOB/RH – que apresenta aspectos a serem considerados para a implementação de uma Política de Recursos Humanos, quais sejam, a Gestão do trabalho no SUS, Desenvolvimento do trabalhador do SUS,

Saúde do trabalhador no SUS e controle social da gestão do trabalhador no SUS.<sup>2</sup> Diante disso, é visível a necessidade de adequação dos serviços de saúde e dos profissionais para que possa se efetivar a gestão do trabalho e trabalhadores do SUS de forma participativa e compartilhada. Neste contexto a NOB-RH-SUS traz as atribuições dos gestores de cada esfera de governo e dos profissionais da saúde, tendo em vista que a mesma abrange a gestão e a gerencia de todos que participam do processo de trabalho do SUS. Para tanto, a NOB-RH-SUS contará como instrumento de ordenação de trabalho no SUS para cada esfera de gestão com um Plano de Carreira, Cargos e Salários, considerando o nível de escolaridade e carga horária de trabalho, para assegurar a execução das ações e serviços de saúde. Com isso os trabalhadores deverão seguir o mesmo a fim de proporcionar um atendimento à saúde integral e humanizado, visando o processo de trabalho como produto final de suas ações.<sup>3</sup> Imbuídos deste espírito, a gestão dos trabalhadores do SUS visa a equidade entre os mesmos, proporcionando um ambiente de trabalho centrado na satisfação profissional, onde o trabalhador é o produto principal para que os serviços e ações sejam realizados de maneira a efetivar o SUS. Estimulando deste modo os trabalhadores a se qualificarem e estarem em aperfeiçoamento constante, através da educação permanente dos mesmos, no sentido de buscar a melhoria na resolubilidade das ações e serviços de saúde. Frente ao exposto, destaca-se o objetivo deste resumo em relatar o plano de trabalho de aluno voluntário de um projeto de extensão, sendo o mesmo intitulado, Implantação e/ou implementação de um processo de gestão do trabalho e trabalhadores da área da saúde no município de Erval Seco/RS na perspectiva da efetivação do Sistema Único de Saúde – SUS. O mesmo foi efetivado no período de agosto de 2009 á Janeiro de 2010, seguindo **quatro etapas** de planejamento em saúde proposto por <sup>4</sup>, o qual leva em consideração o **levantamento de dados, planejamento das ações, implantação e implementação das propostas e avaliação**. Na **primeira etapa** do projeto realizou-se a ampliação da literatura, através de consultas aos materiais disponíveis na biblioteca da Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões-Campus de Frederico Westphalen/RS, e ao sistema de informações on-line destacando artigos científicos, teses de mestrado e doutorado. No momento da coleta de dados dos sistemas disponíveis, priorizamos a busca de materiais atuais, uma vez que, esta estratégia foi escolhida com o propósito de fundamentar o presente projeto. Para dar continuidade nas atividades propostas pelo projeto, realizamos o mapeamento e diagnóstico de saúde do município de Erval Seco, na perspectiva de conhecer a realidade do

município, principalmente no que se refere a gestão dos trabalhadores da área da saúde. Já na **segunda etapa**, nos dedicamos ao planejamento das ações de intervenção frente à realidade encontrada no momento do mapeamento e diagnóstico. Neste momento, entendemos a necessidade de propormos encontros com os trabalhadores para discussões e reflexões acerca da temática gestão de trabalhadores, visto a necessidade de trabalharmos numa perspectiva de integração das ações a serem oferecidas a população. Desta maneira, para efetivar a **terceira etapa** do projeto, realizamos reuniões envolvendo os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social do referido município. Neste sentido, foram desenvolvidas seis reuniões com os profissionais de Saúde da secretaria municipal de saúde e de assistência social do município de Erval Seco, a fim de esclarecer os objetivos do projeto, e sensibilizar os mesmos quanto a importância da participação da equipe para construção de um planejamento em saúde tendo em vista a consolidação de uma gestão do trabalho e trabalhadores no SUS. A **avaliação** das atividades desenvolvidas ocorreram no decorrer da implementação do projeto, sendo para isso utilizada conversas informais, relatórios, entre outros instrumentos sinalizadores do caminho a ser percorrido, entre a acadêmica e orientadora. Diante disso foi possível evidenciar o crescimento pessoal e a busca por novos saberes proporcionado pelo referente projeto, bem como a efetivação de um processo educativo – reflexivo para a construção de novos caminhos a serem trabalhados dentro do mercado de trabalho, evidenciando a necessidade de se executar a gestão do trabalho e dos trabalhadores voltadas para práticas participativas e compartilhadas.

**Descritores:** Gestão, Profissionais da Saúde, Planejamento em Saúde.

**Referências:**

1. CECCIM, R. B.; ARMANI, T.B.; ROCHA, C.F. O que dizem a legislação e o controle social em saúde sobre a formação de recursos humanos e o papel dos gestores públicos, no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7(2):373 – 383, 2002.
2. GERMANI, Alessandra Regina Muller. *Gestão do Trabalho e Trabalhadores do SUS*. Material Didático. 2009.
3. BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS*. 2ed. Editora: MS. Brasília –DF, 2003.
4. TEIXEIRA, Carmem Fontes. *Planejamento Municipal em Saúde*. Salvador Bahia, 2001.

# *Enfermagem na Saúde do Trabalhador*

---

---

**ATENDIMENTO AMBULATORIAL AO TRABALHADOR COM DANO  
OCUPACIONAL: DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Ana Flávia Rodrigues Bohrer, Aline dos Santos Duarte, Tábata de Cavatá

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

anaflavia\_rb@yahoo.com.br

**Introdução:** O uso da Sistematização da Assistência de Enfermagem gera inúmeros benefícios, tais como: o uso da terminologia comum, a facilitação da comunicação, a qualificação da assistência de enfermagem e a promoção da visibilidade à profissão. O uso de terminologias padronizadas referidas na NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) e na NIC (Nursing Interventions Classification) busca reforçar a relevância da adoção de uma linguagem comum entre enfermeiros promovendo uma comunicação eficaz e a troca de experiências na assistência de enfermagem. A consulta de enfermagem, por sua vez, é uma atividade independente, realizada pelo enfermeiro, cujo objetivo propicia condições para melhoria da qualidade de vida por meio de uma abordagem contextualizada e participativa. Além da competência técnica, o profissional enfermeiro deve demonstrar interesse pelo ser humano e pelo seu modo de vida, a partir da consciência reflexiva de suas relações com o indivíduo, a família e a comunidade. O presente estudo propõe descrever o manejo dos sintomas relacionados ao dano ocupacional em trabalhadores assistidos em consulta ambulatorial com o objetivo de contribuir para o planejamento de recursos necessários à prática de enfermagem. **Objetivo:** Relatar o manejo da dor relacionada ao dano ocupacional em dois casos de pacientes atendidas no Ambulatório de Saúde do Trabalhador, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) através da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Método:** Trata-se de estudo de caso de duas pacientes atendidas em consulta de enfermagem. A primeira com diagnóstico médico de Síndrome de Colisão do Ombro e a segunda diagnosticada com Síndrome do Túnel do Carpo (STC) e Epicondilite Lateral do Cotovelo. Durante Consulta de Enfermagem, realizou-se anamnese e exame físico das pacientes e, a partir dos sintomas relatados e dos sinais apresentados, pesquisou-se na NANDA os diagnósticos de enfermagem adequados e, a partir destes, buscou-se na NIC (Nursing Interventions Classification) as intervenções de enfermagem para o manejo do quadro. **Resultados:** Para a paciente com Síndrome de Colisão do Ombro identificou-se o diagnóstico Dor crônica relacionada à incapacidade física/psicológica crônica

evidenciada por alteração da capacidade de continuar atividades prévias, interação reduzida com as pessoas e relato verbal de dor. Às intervenções Controle da Dor, Promoção do Exercício e Aplicação de calor/frio considerou-se adequada as seguintes atividades: oferecer informações sobre a dor como suas causas e tempo de duração; reduzir ou eliminar os fatores que precipitem ou aumentem a experiência de dor; encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir de forma adequada; ensinar princípios de controle da dor; ensinar o uso de técnicas não-farmacológicas (p. ex: relaxamento, distração, aplicação de calor/frio, massagem, acupuntura); orientar sobre métodos farmacológicos de alívio da dor; usar as medidas de controle da dor antes de seu agravamento; orientar o paciente quanto ao uso de técnicas de relaxamento; encorajar o indivíduo a iniciar ou continuar o exercício; auxiliar o indivíduo a desenvolver um programa de exercícios apropriado, que atenda as suas necessidades; auxiliar o indivíduo a fixar horários regulares para o programa de exercícios na rotina semanal; informar o indivíduo sobre os benefícios à saúde e os efeitos psicológicos do exercício; explicar o uso de calor ou frio, a justificativa do tratamento e a maneira como ele afetará os sintomas do paciente; examinar as contra-indicações ao uso de frio ou calor; determinar o impacto do uso de medicamentos na vida do paciente; fixar metas; auxiliar o paciente a identificar metas apropriadas a curto e longo prazo. Para a paciente com Síndrome do Túnel do Carpo e Epicondilite Lateral do Cotovelo identificou-se os seguintes diagnósticos: Dor crônica relacionada à evolução da doença/ incapacidade física; Controle ineficaz do regime terapêutico relacionado à descrença no regime terapêutico e Mobilidade física prejudicada relacionada à diminuição da força. Às intervenções Controle da Dor; Administração de analgésicos; Aplicação calor/ frio; Controle de medicamento; Promoção do exercício; Estabelecimento de metas mútuas e Posicionamento considerou-se adequadas as seguintes atividades: determinar o local, as características, a qualidade e a intensidade da dor; oferecer informações sobre a dor, a saber, suas causas, tempo de duração e desconfortos antecipados decorrentes de procedimentos; encorajar o paciente a monitorar a própria dor e a interferir adequadamente; oferecer alívio com os analgésicos prescritos; explicar o uso de calor ou frio, a justificativa do tratamento e a maneira que afetará nos sintomas; monitorar os efeitos adversos da droga; determinar o impacto do uso de medicamentos na vida do paciente; fixar metas; investigar barreiras ao exercício; encorajar o paciente a envolver-se nas trocas de posição; estimular o paciente a posicionar-se considerando o alinhamento correto do corpo; incentivar o paciente a utilizar recursos adequados

para apoiar os membros (braços, mãos); monitorar parestesia (dormência, formigamento) em membros; estabelecer metas realistas a curta e longo prazo em relação a mudança do estado nutricional; ajudar o paciente a analisar fatores como idade, lesão, conseqüências da STC e planejamento de forma e satisfazer as necessidades corporais; determinar o reconhecimento, por parte do paciente, de seu problema; ajudar o paciente a priorizar atividades para que tenha melhor qualidade de vida e auxiliar o paciente e família na identificação de metas realistas e recursos disponíveis para alcançá-las. **Conclusão:** No contexto apresentado, as intervenções de enfermagem colaboram para a manutenção da capacidade funcional, a qual possui implicações sociais, laborais e familiares. Percebe-se uma limitação neste estudo relacionada ao curto período em campo de estágio o que impossibilitou o acompanhamento mais a longo prazo para a aplicação de todas as intervenções elencadas e avaliação dos resultados de enfermagem. Além do relato de experiência acadêmica, buscou-se enfatizar a contribuição do acesso a uma linguagem padronizada cujo uso promove o desenvolvimento do conhecimento, permite documentação adequada e favorece a compreensão e comunicação entre enfermeiros de diferentes instituições e países. Nesta perspectiva, a SAE se constitui um instrumento essencial para o trabalho do enfermeiro, a partir do qual se estabelecem as atividades, baseadas nas necessidades do paciente, buscando atenção integral à saúde e qualificação do trabalho da enfermagem.

**Descritores:** Enfermagem do Trabalho, Diagnóstico de Enfermagem e Ambulatório Hospitalar.

## **SENTIMENTOS DESPERTADOS NOS EDUCADORES QUE ATUAM COM A INCLUSÃO SOCIAL - VISÃO DE UMA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

Adriana da Rosa Pereira

Centro Universitário Franciscano – Unifra

adrianada.rosa@hotmail.com

**Introdução:** As pesquisas em saúde têm contribuído para a melhoria do atendimento às pessoas bem como aponta caminhos para a melhora dos cenários de cuidado em que os profissionais estão inseridos. Neste ínterim, as pesquisas na área de saúde têm a finalidade de entender o processo saúde doença e os aspectos que melhor se

relacionam com o cuidado que deve ser prestado aos diferentes profissionais. Neste contexto, há uma preocupação enquanto acadêmica de enfermagem compreender e investigar sentimentos despertados nos profissionais educadores que atuam diretamente com questões relativas à inclusão social. Para isso, é fundamental o olhar estratégico e integral da enfermagem no que tange buscar soluções, juntamente aos educadores, no intuito de promover a saúde destes, visto que estão susceptíveis ao desencadeamento de morbididades de cunho orgânico e psíquico, buscando uma solução para que se mantenha íntegra a saúde destes profissionais. É afirmado ainda, <sup>(1)</sup> que muitas vezes a precariedade das condições trabalhistas, a violação dos direitos, a insegurança no posto de trabalho e de seu ambiente, o aumento do ritmo da produção e as exigências da rotina interferem na saúde dos trabalhadores e também no modo de pensar, agir e sentir. Diante do exposto acima e na tentativa, enquanto acadêmica, de investigar e contribuir com os profissionais da educação emerge a seguinte questão norteadora para esta pesquisa: Quais os sentimentos despertados pelos profissionais educadores que trabalham com a inclusão social? Este questionamento, se respondido, pode propiciar esclarecimentos sob a ótica da enfermagem e assim, corroborará com a promoção e prevenção de comorbidades e morbididades relacionadas com o trabalho destes profissionais. Entende-se que a carga psíquica dos trabalhadores que atuam diretamente com a inclusão social deva ser um tanto quanto diferenciada dos demais, pois engloba além dos fatores sociais, os culturais, genéticos e ambientais. Neste constructo a enfermagem insere-se como um elo entre o educador, o portador de uma deficiência e a sociedade, elo este, que promove aptidões e transcende ações para a melhor qualidade de vida. **Objetivo:** refletir teórica e criticamente acerca dos sentimentos despertados nos profissionais da educação que trabalham com a inclusão social **Metodologia:** reflexão teórica - crítica fundamentada em documentos, livros, revistas e periódicos, ou seja, na literatura pertinente à temática. **Resultados:** Não tem sido fácil pensar sobre a inclusão, até porque não existe meia inclusão. Ou se defende a inclusão concordando com todos seus princípios ou não se defende a inclusão. O movimento pela sociedade inclusiva é internacional, há regras bem definidas. Foi divulgado pela primeira vez no ano de 1990 pela Resolução 45/91, da Assembléia Geral das Nações Unidas, onde defendia uma sociedade para todos. Essa sociedade para todos, consiste da diversidade da raça humana, onde estaria estruturada para atender às necessidades de cada ser humano, das majorias às minorias, dos privilegiados aos marginalizados. Crianças, jovens e adultos com deficiência seriam naturalmente inseridos na sociedade inclusiva, definida

pelo princípio: “todas as pessoas têm o mesmo valor”, e assim, trabalhariam juntas, com papéis diferenciados, dividindo iguais responsabilidades por mudanças desejadas para atingirem o bem comum <sup>(1,2)</sup>. O programa de educação inclusiva tem como base tornar a educação acessível a todas as pessoas e com isso atender as exigências de uma sociedade que vem combatendo preconceitos, discriminação, barreiras entre indivíduos, culturas e povos. Um breve histórico da deficiência no mundo, que aponta para uma triste realidade, cujos fatos revelam longo período de exclusão. O autor descreve ainda que Benjamin Rush, médico norte-americano do fim da primeira década do século XVIII, foi um dos pioneiros na introdução do conceito de educação de pessoas deficientes <sup>(3)</sup>. Nos Estados Unidos, até 1800, os alunos com deficiência não eram considerados dignos de educação. Ao longo do tempo, apesar de iniciativas, não houve grandes evoluções dos programas de educação para pessoas com deficiência. Somente no início do século XX começaram a surgir escolas que eram destinadas as pessoas com necessidades especiais. Em muitos lugares do mundo surgiram escolas para surdos, cegos e portadores de outras deficiências. Em uma perspectiva um pouco mais avançada, a educação pública criou as chamadas “classes especiais”, que, embora dentro das escolas regulares, eram destinadas a alunos portadores de deficiências, sobretudo de aprendizagem <sup>(1,2,3)</sup>. A autonomia intelectual torna-se relevante como conhecimento, noção a ser assumida principalmente pelos professores que ainda acreditam que é possível existir uma classe que seja homogênea onde todos possam aprender as mesmas coisas ao mesmo tempo <sup>(3)</sup>. É preciso, portanto, em uma perspectiva didática inclusiva, considerar os diferentes modos e tempos de aprendizagem como um processo natural dos indivíduos, sobretudo àqueles com evidentes limitações físicas ou mentais. Muitos professores lutam contra a falta do próprio preparo e formação, outros ainda vivem fazendo-se de artistas, buscando enfrentar situações inesperadas, sozinhos, sem encontrarem eco ou apoio nos colegas ou na estrutura, tanto da escola como do sistema, quando existe. Na escola, o educador enfrenta o aluno, a instituição, o sistema, e a sociedade. Conspiram contra ele as dificuldades econômicas, falta de recursos, equipamentos didáticos, má vontade e falta de estímulo do sistema e autoridades, os alunos negligentes, arrogantes e desinteressados, a incompreensão de diretores e dos próprios pais. Além disso, a sociedade costuma lançar sobre a escola e o professor a culpa de todos os problemas sociais <sup>(4)</sup>. O interessante de toda esta história, é que o professor/educador, feito de uma fibra especial, é teimoso, pois resiste incansavelmente. E, enquanto isso vai renovando suas forças, pois são muitas as

alegrias colhidas durante uma vida de trabalho árduo. A nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB – Lei 9.394 de 20.12.1996) vem tentando quebrar a hegemonia de matérias seculares e abrir horizontes para que os profissionais e instituições tenham condições de criar, inovar e atender a enorme e diversificada população que vai a procura das escolas <sup>(1)</sup>. No entanto, sempre houve sérias dificuldades impostas aos docentes. De um lado vem à dificuldade de formação acadêmica e as poucas chances que este profissional encontra em sua necessidade de se atualizar, de outro lado, vem a incompetência dos poderes públicos aliada à grande extensão territorial, comum a diversidade muito grande de culturas e condições sócio-econômicas, o descaso e o pouco valor que é dado ao trabalho do professor e de toda a educação <sup>(4)</sup>. **Conclusão:** diante dos achados acerca da temática supracitada, conclui-se que a inclusão social foi “imposta” aos educadores de forma surpresa, visto que, estes profissionais não estavam preparados para lidar com questões éticas somada a sua excessiva e estressante carga horária de trabalho com uma turma de inúmeros alunos de diferentes patologias, sendo que em sua formação não existe suporte para tal. Este assunto deve ser mais abordado e discutido com secretarias de educação, famílias, comunidades, grupos de inclusão social, profissionais da área da saúde e, principalmente os educadores que estão no dia-a-dia com estes inclusos, para que se chegue a um comum acordo acerca desta temática que ainda causa estranhamento em relação a sua forma como foi imposta sem ter sido ao menos levado em conta os sentimentos dos educadores que corroboram com o tema exposto. É de importância também destacar que, nós, enquanto acadêmicos de enfermagem devemos sim nos preocupar com o bem-estar destes profissionais assim, como demais, para que só dessa forma possamos ter um aumento na qualidade de vida.

**Descritores:** Saúde do trabalhador; Cuidados de Enfermagem; Educação da População.

**Referências:**

1. LOURENÇO, Edvânia. A. S.; BERTANI, Iris, F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. São Paulo: Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2007.
2. WERNECK, Cláudia. Ninguém mais vai ser bonzinho na sociedade inclusiva. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
3. RAMOS, Rossana. Passos para a inclusão. São Paulo: Cortez, 2005.
4. FELTRIN, Antônio E. Inclusão Social na escola: quando a pedagogia se encontra com a diferença. São Paulo: Paulinas, 2004.

## **INTERFERÊNCIA DOS RUÍDOS PRODUZIDOS PELOS APARELHOS DE UTI NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

Rafaela Bramatti Silva Razini Oliveira, Hugo Razini Oliveira, Roseli Skottki, Solange Schmidt

Faculdade Assis Gurgacz  
rafaelabramatti@hotmail.com

Propusemos neste estudo, pesquisar qual a interferência dos ruídos produzidos pelos aparelhos na assistência de enfermagem da unidade de terapia intensiva (UTI), e quais são as conseqüências do excesso de ruído para equipe de enfermagem na execução das suas atividades, e na recuperação do cliente. Entrevistamos oito membros da equipe de enfermagem da UTI do hospital São Lucas/FAG, de Cascavel Paraná. O objetivo deste artigo é a análise da interferência dos ruídos na assistência de enfermagem e na qualidade do atendimento prestado, através de entrevista e pesquisa de literatura especializada avaliar melhorias no ambiente de trabalho. O grupo pesquisado era composto por três enfermeiras e cinco técnicos de enfermagem, independente de turno e tempo de carreira. Todos os entrevistados responderam que os ruídos acabam interferindo em suas atividades, ficando inseguros e não tendo concentração necessária, afetando na recuperação dos pacientes, deixando-os estressados e agitados. Sendo relatado que os principais ruídos no ambiente da UTI são provocados, por conversas desnecessárias, o que acabam gerando conflito entre a equipe, sendo proposto pela equipe, a reeducação dos mesmos. Percebemos que a qualidade da assistência de enfermagem é prejudicada pelos ruídos, não bastando apenas o conhecimento de técnicas, e o funcionamento de aparelhos, pois a equipe acaba não executando a assistência com a mesma qualidade e segurança, podendo trazer prejuízos para o cliente, os ruídos também contribuem para que o paciente fique estressado, assim dificultando a sua melhora, e que também algumas vezes acaba interferindo na vida extra-hospitalar dos funcionários, causando-lhes pesadelos, dor de cabeça, musculares podendo acarretar prejuízo na sua saúde mental e problemas familiares.

**Descritores:** Assistência de enfermagem, UTI, ruídos.

## **EFEITOS BIOLÓGICOS DA RADIAÇÃO IONIZANTE: UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO SOBRE OS RISCOS A QUE ESTÃO EXPOSTOS OS TRABALHADORES DA ÁREA DA SAÚDE**

Ingrid de Souza Pinheiro, Fernanda Sant' Ana Tristão  
Curso de Enfermagem ULBRA Gravataí  
ingridspinheiro@yahoo.com.br

**Introdução:** a radiação é a transmissão de energia de um sistema para outro através de ondas eletromagnéticas como raios ultravioleta e raio-X ou partículas dotadas de massa como radiações alfa e beta. A radiação ionizante é utilizada como um meio de diagnóstico que tem grande importância na avaliação clínica. No entanto também pode ser lesiva ao organismo humano se este for exposto excessivamente. **Objetivo:** apontar os principais riscos a que estão suscetíveis os profissionais da área de saúde expostos à radiação ionizante. **Material e Método:** trata-se de um estudo de revisão bibliográfica por meio de uma revisão sistematizada onde foram selecionadas pesquisas na base de dados da Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no *National Library of Medicine* (MEDLINE) e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), publicados no período de 1997 a 2007. Utilizou-se os descritores e operadores booleanos: radiação *and* enfermagem *end* trabalho. **Discussão:** foram obtidos 18 trabalhos, excluídos 6 por não pertencerem ao período compreendido ou ao assunto de interesse. Restando 12 trabalhos para análise. As questões éticas foram respeitadas, todos os autores consultados foram referenciados no estudo. Dos estudos analisados, cerca de 60 % foram trabalhos de revisão, 35% forma trabalhos de pesquisa e 5% reflexões sobre o tema. 50% dos trabalhos evidenciou que as radiações ionizantes têm a capacidade de alterar as características físico-químicas das moléculas de um determinado tecido biológico. 20% dos trabalhos descreveu os efeitos da radiação como de natureza deletéria, podendo provocar malformações congênitas, esterilidade, reduzir a fertilidade, provocar câncer, leucemia, catarata e acelerar o envelhecimento. Das publicações pesquisadas apenas 15% fez referência a dose de radiação capaz de causar toxicidade reprodutiva. Apenas 10% dos trabalhos fez referência aos efeitos biológicos da radiação nos profissionais de saúde. **Considerações Finais:** os resultados demonstram que são insipientes os estudos que envolvem o tema. Seria relevante que mais estudos fossem realizados na tentativa de garantir a segurança dos profissionais de saúde expostos a radiação

atendendo, em especial, à prevenção de acidentes e à mitigação de suas conseqüências no organismo.

**Descritores:** radiação, enfermagem, trabalho.

# *Enfermagem na Saúde Mental*

---

---

## A INFLUÊNCIA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA NAS AÇÕES DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Roberta Manfro Lopes, Aline Fantin Cervelin, Clarissa Werle Ambrosi, Melina Maria Trojahn, Raissa Ribeiro Saraiva de Carvalho, Ana Luísa Petersen Cogo  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
betamanfro@hotmail.com

**Introdução:** A assistência de enfermagem em saúde mental vem passando por um processo de transformação que se iniciou na década de 1970 com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, ocorrendo uma transição do modelo asilar para o modelo psicossocial. **Objetivo:** Investigar através de revisão integrativa as mudanças ocorridas a partir da reforma psiquiátrica e como essas mudanças estão interferindo no papel do enfermeiro. **Método:** Revisão integrativa<sup>1</sup>. As etapas seguidas foram: formação da questão norteadora, coleta de dados, avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados. A questão norteadora foi como a reforma psiquiátrica está influenciando nas ações dos enfermeiros no cuidado à saúde mental? A coleta de dados ocorreu na base de dados LILACS nos últimos cinco anos através dos descritores: enfermagem, saúde mental e enfermagem psiquiátrica. **Resultados:** Foram analisados nove artigos que respondiam aos critérios de inclusão e a questão norteadora. As principais ações propostas pela Reforma são: a intervenção verbal, a criação dos CAPs, a utilização de oficinas terapêuticas que usam ferramentas que proporcionam o diálogo e as visitas domiciliares. Observa-se certa dificuldade dos enfermeiros em exercer essas ações, pois é fundamental que ocorra iniciativa, criatividade e flexibilidade para oferecer o atendimento diferenciado que cada paciente necessita. **Conclusão:** Após a análise dos artigos, conclui-se que as ações dos enfermeiros estão em transformação desde o início do modelo psicossocial. Por meio do cuidado humanizado dispensado à família e ao doente mental, buscam esclarecer dúvidas sobre o novo modelo e incentivar a reinserção social desse paciente como forma de tratamento.

**Descritores:** enfermagem, saúde mental e enfermagem psiquiátrica.

### Referência:

1. COOPER, H. M. *The integrative research review: a systematic approach*. Vol.2 Beverly Hills, Calif: Sage Publications, 1984.

## **DROGADIÇÃO É O TEMA DO ALERTA**

Machado, Dilma Terezinha Morais, Machado, Rosângela Silva, Nabor Alberto  
Escola de Saúde Hospital de Caridade e Beneficência. Cachoeira do Sul  
profnabor@yahoo.com.br

O consumo de drogas psicoativas faz parte da história do ser humano, observando-se nas últimas décadas um aumento do número e de espécies de drogas utilizadas. O abuso de drogas acarreta prejuízos sociais, psíquicos e biológicos, tratando-se, portanto, de um problema de saúde pública, especialmente por atingir, com frequência, adolescentes e adultos jovens. Segundo a literatura, a prevenção do uso de drogas pode ser facilitada pela presença de fatores protetores na vida do indivíduo. Entre os fatores protetores mais importantes destacados estão: família, religiosidade, disponibilidade de informação acerca da dependência, suas conseqüências e perspectivas de futuro. O presente trabalho visa descrever as atividades realizadas por um grupo de alunos do curso profissionalizantes da Escola de Saúde do Hospital de Caridade e Beneficência de Cachoeira do Sul. Trata-se do projeto de Educação em Saúde através da encenação de temáticas emergentes na sociedade. Esse relato diz respeito ao trabalho desenvolvido visando a redução da incidência do uso do crack no município. Construimos uma encenação que mostra o dia a dia dos adolescentes e o risco que correm ao se expor a essa substância, o sofrimento da família de um usuário no seu cotidiano, os danos que a drogadição provoca em mulheres grávidas e ainda de que forma podemos prevenir estes danos. Realizamos seis apresentações envolvendo doze alunos e dois professores supervisores. Este trabalho já foi apresentado a um público 1.200 pessoas. Acreditamos ter atingidos os objetivos proposto pelo trabalho de conscientização e orientação e também ter cumprido o dever de ensinar os novos profissional de saúde a repassar seus conhecimentos a quem necessite. Entendemos que todos ganham em conhecimento com essa atividade, pois favorece a interação, a comunicação e a vivência coletiva do novo profissional e dos jovens da comunidade.

**Descritores:** drogadição, alerta, tema.

## ENTENDENDO O PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO DO PACIENTE PSIQUIÁTRICO NO BRASIL

Aldo Beck Júnior, Luciele Correa, Miriã Avila, Tailine S. De Mello  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
aldobeck@gmail.com

**Introdução:** O doente mental sempre foi visto como uma pessoa incapaz de conviver em sociedade, sendo então, enclausurado em manicômios sem nenhum prognóstico de cura tendo ainda, na maioria das vezes, um tratamento inadequado agravando seu quadro clínico. Levando em conta tais fatos, veio a necessidade de substituir o modelo tradicional por uma nova política de tratamento ao doente mental, surgindo então à reforma psiquiátrica (AMARANTE, 1998). A reforma psiquiátrica pretende devolver a cidadania ao paciente psiquiátrico, ou seja, incluí-lo na sociedade, retirá-lo do sistema asilar proporcionando-lhe um tratamento individualizado e humanizado. A desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos possui alguns pontos que terão de ser levados em conta para garantir o resultado esperado. Por exemplo, será que a família desse paciente, quando encontrada, aceitará a tarefa de cuidar do seu familiar, e se aceitar estará capacitada para tal? E a sociedade os receberá? E o paciente quer ser desinstitucionalizado? E a rede extra-hospitalar de atendimento conseguirá dar sustentação aos pacientes e seus familiares? É certo extinguir os manicômios e sobrecarregar ainda mais os hospitais gerais? E se ao invés de fechar as portas dos hospitais psiquiátricos houvesse mudanças no seu funcionamento nas formas de tratamento extinguindo as internações asilares e não os hospícios? Dessa forma, o processo de desinstitucionalização é bastante delicado, deve ser pensado e repensado de vários ângulos, para tornar-se um processo mais eficaz e menos doloroso possível.

**Objetivo:** entender os aspectos envolvidos na reforma psiquiátrica que afetam a todos de um modo geral e principalmente o próprio paciente, sua família, a sociedade e os profissionais de saúde. **Método:** Para a realização desta revisão de literatura foram consultados alguns livros específicos do tema abordado, sites do Ministério da Saúde e sites de buscas de artigos científicos. **Resultados:** A reforma psiquiátrica tem como uma de suas principais propostas a desinstitucionalização do paciente psiquiátrico visando reinseri-lo na sociedade e devolver sua cidadania que há muito tempo encontrava-se perdida. Além disso, existe também o uso de novas formas de tratamento na rede extra-hospitalar (SADIGURSKY; TAVARES, 1998). A

desinstitucionalização não é a mera desospitalização, ou seja, fechar os hospitais psiquiátricos e deixar os doentes mentais a mercê nas ruas ou com as suas famílias para assim reduzir o número de leitos (AMARANTE, 1995). O modelo asilar praticado pela psiquiatria tradicional de nada ajuda na recuperação do doente mental com suas práticas medicamentosas consideradas abusivas, os pacientes com várias reinternações, acabam passando a maior parte de sua vida internados nestas instituições, sendo afastados da sociedade e do convívio de suas famílias, contribuindo para o enfraquecimento dos laços afetivos (SADIGURSKY; TAVARES, 1998). Por isso, há a necessidade de promover um tratamento mais humanizado e individualizado ao portador de transtornos mentais, com investimentos na criação de uma rede extra-hospitalar. Os pacientes que não precisam ficar internados são encaminhados para Centros de Atenção Psicossocial (CAPs) onde recebem um tratamento especializado através da orientação de psiquiatras, psicólogos, terapeutas ocupacionais, professores de educação física, assistentes sociais, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Aqueles que não possuem um cuidador, são acolhidos em Residências Terapêuticas alugadas com recursos do Ministério da Saúde, nas quais recebem cuidados e alimentação. Além disso, podem residir de uma a oito pessoas, sendo que existem mais de 470 destas Residências Terapêuticas no país (BRASIL, 2004). A partir de 2003 um outro benefício colocou-se a disposição do paciente de saúde mental, com o nome de Programa De Volta Para Casa que tem por objetivo a reinserção social dos pacientes e auxiliar àqueles que já foram internados, entregando um auxílio - pecuniário no valor de R\$240,00. Este benefício deve ser recebido pelo paciente, se ele não tiver condições, o seu representante legal poderá fazê-lo (BRASIL, 2003).

**Conclusões:** A reforma psiquiátrica com suas políticas de mudanças tem gerado algumas discussões e questionamentos em torno de termos, como a desinstitucionalização e o fechamento dos hospícios. Mudanças no modelo de tratamento psiquiátrico praticados desde o surgimento dos hospitais psiquiátricos até os dias de hoje, são necessárias para valorização da humanidade e individualidade do paciente. O modelo asilar dificulta muito o tratamento e qualquer possibilidade de cura, pois não tem caráter de recuperação, o paciente não é estimulado a desenvolver a sociabilidade, tornando-se incomunicável atrás de portões dos manicômios. Por outro lado, a abertura desses portões não significa somente a inserção destes indivíduos na sociedade através de tratamentos alternativos na rede extra-hospitalar, significa colocá-los em um mundo que não sabemos se está preparado para recebê-los e se suas famílias têm condições de cuidá-los. Ainda é cedo para avaliar os reais

resultados do processo de desinstitucionalização, e certamente seria necessária uma investigação rigorosa do dia a dia do paciente desinstitucionalizado, do seu tratamento com a rede extra-hospitalar, na sua relação com a família e com a sociedade e se realmente está sendo incluído e respeitado. Acima de todos os princípios da reforma psiquiátrica e das argumentações contra desinstitucionalizantes deve estar a preocupação com as reais necessidades do paciente psiquiátrico. Por essas razões concluímos que a reforma psiquiátrica é necessária sim, porém existem muitos ajustes e detalhes importantes que devem ser repensados e reformulados.

**Descritores:** Saúde Mental, Desinstitucionalização, Psiquiatria.

**Referências:**

1. Amarante, P. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil./ coordenado por Amarante, P. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1998.
2. Sadigursky, D.; Tavares, JL. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. Rev.latino-am.enferm.1998; 6(2):23-27.
3. Amarante Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. Cad. Saúde Pública [serial on the Internet]. 1995.
4. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Para quem precisa de cuidados em saúde mental, o melhor é viver em sociedade [Internet]. Brasília; 2004 [citado 2010 abril 03].
5. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. De volta para casa – Manual do programa [Internet]. Brasília; 2003 [citado 2010 abril 03].

**GRUPO MULTIFAMILIAR EM UM CAPSi: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Ana Cristina da Silva, Luciane Beatriz Marks Santos, Márcia Costa da Silva  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
lbsantos@hcpa.ufrgs.br

Os serviços substitutivos ao modelo psiquiátrico tradicional caracterizam-se pela utilização de um conjunto amplo e complexo de práticas terapêuticas e psicossociais (reabilitação), que proporcionem a família um suporte necessário para a resolução de conflitos. O CAPSi da infância e adolescência do HCPA é um serviço de saúde mental que oferece a crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico, o cuidado diário, intensivo, sistemático e personalizado. Funciona de acordo com a portaria 336 do Ministério da Saúde e proporciona um acompanhamento amplo, integrado e multidisciplinar desenvolvido através do atendimento individual, de grupo, de família, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e a instituições, visando a reintegração e inserção da criança na família, escola e comunidade. Um dos dispositivos utilizados no

cuidado à família e à criança, é o grupo multifamiliar que consiste num espaço terapêutico de reabilitação oferecendo às pessoas que participam, um momento para compartilharem suas vivências e experiências comuns. É utilizado por profissionais da Enfermagem e Serviço Social, com objetivo de integrar a família ao tratamento. O grupo ocorre uma vez por semana com duração de uma hora. As crianças atendidas estão na faixa etária de 6 a 13 anos incompletos, apresentando na sua grande maioria, prejuízo na relação social e familiar. As famílias são multiproblemáticas, com padrões disfuncionais e com dificuldades de serem continentais, necessitando manter a rotina doméstica regular e mais previsível possível. A intervenção que ocorre no grupo busca melhorar a qualidade na comunicação, através dos relatos de suas próprias experiências, levando os participantes a refletirem na busca de alternativas, amenizando as angústias e fortalecendo as relações.

**Descritores:** família, reabilitação, saúde mental.

## **PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE A SAÚDE MENTAL INFANTO-JUVENIL NO BRASIL: 2002-2009**

Mariam de Oliveira Gonçalves, Aline Cammarano Ribeiro

Universidade Federal de Santa Maria

mariamolive@hotmail.com

**Introdução:** Os transtornos mentais e comportamentais são comuns durante a infância e adolescência, no entanto dá-se insuficiente atenção a essa área <sup>(1)</sup>. Anterior ao processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, a rede de assistência às crianças e adolescentes em sofrimento psíquico estava constituída por instituições filantrópicas e privada, com forte componente tutelar, como educandários, abrigos, escolas especiais. Entretanto, esse modelo assistencial foi redirecionado pela Lei da Reforma Psiquiátrica Nº 10.216/2001 que privilegia a oferta de tratamento em serviços de base comunitária. Nesse contexto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) adquirem valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, pois, são dispositivos de cuidado intensivo e comunitário que têm a responsabilidade de organizar a rede de serviços de saúde mental <sup>(2)</sup>. No atendimento especializado de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis (CAPSi), criados pela Portaria 336/2002 para atender à demanda em saúde

mental nos municípios com mais de duzentos mil habitantes. Atualmente, observa-se o déficit entre a oferta de serviços especializados para o atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e a alta demanda para assistência dessa clientela. Conforme dados gerais da rede de atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS), há cento e doze Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenis em todo o país <sup>(3)</sup>. Nestes serviços substitutivos, percebe-se que os problemas de saúde mental em crianças e adolescentes podem estar associados a condições socioeconômicas desfavoráveis, como a baixa renda familiar, a má nutrição, o trabalho infantil, a escolaridade com recursos limitados, a violência intra e extrafamiliar <sup>(4)</sup>. Ainda, há indicações de que essas condições socioeconômicas desfavoráveis podem contribuir para a progressão dos transtornos mentais e comportamentais, uma vez que, estando associadas a reduzida oferta de serviços públicos de saúde mental, servem de entraves no acesso à atenção. Assim, torna-se necessário considerar a complexidade dos fatores envolvidos no sofrimento psíquico de crianças e adolescentes já que, a maioria das doenças mentais é influenciada por uma combinação dos aspectos socioeconômicos, biológicos e psicológicos <sup>(1)</sup>. Dentro desta proposta, o presente estudo traz uma revisão das produções realizadas em saúde mental com crianças e adolescentes. **Objetivo:** Teve como objetivo realizar um levantamento da produção científica referente à saúde mental infanto-juvenil, no Brasil. **Metodologia:** A busca das produções foi desenvolvida a partir dos seguintes descritores: "saúde mental" and "criança" or "adolescente", na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão foram: produções científicas nacionais (artigos) acerca da temática saúde mental na infância e adolescência publicados no período de 2002 a 2009. Considerou-se este recorte temporal a partir da Portaria 336/2002 que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi). Os critérios de exclusão foram: dissertações, teses, livros, capítulos de livros, manuais, resumos em eventos e artigos publicados em periódicos não editados no Brasil. Para seleção das produções científicas foi feita a leitura dos títulos e dos resumos do total de setenta e dois estudos. Assim, conforme a temática e mediante os critérios de inclusão e exclusão, a análise se restringiu a trinta artigos. **Resultados:** A distribuição dos artigos por subáreas do conhecimento, responsáveis pelas produções científicas: 36,6% multiprofissional, 26,7% psicologia, 26,7% medicina, 6,7% enfermagem e 3,3% pedagogia. Assim emergiu a partir da leitura dos títulos e resumos duas categorias: a) identificação dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes; b)

desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção em saúde mental infanto-juvenil. Na categoria de identificação dos problemas de saúde mental são salientados os critérios diagnósticos para os transtornos mentais e as práticas profissionais que visam esse objetivo; acesso aos serviços de saúde mental e perfil dos usuários em sofrimento psíquico; associação entre o uso de substâncias psicoativas à depressão e suicídio; repercussões da violência física, psicológica e sexual sobre a saúde mental infanto-juvenil; estrutura familiar que expõe a criança ou adolescente à violência. O ambiente social e emocional no interior da família também desempenha um relevante papel na saúde mental infanto-juvenil, pois, a família detém a primeira instância de cuidados e de relacionamentos cotidianos que deve primar pelo saber ouvir, pelo respeito e consideração com a criança e com o adolescente <sup>(4)</sup>. Além disso, a família constitui a principal fonte da estruturação do psiquismo humano e por isso, a abordagem terapêutica com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico deve também, abranger suas famílias. Quanto a categoria de desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção em saúde mental, as produções científicas analisadas neste estudo enfocaram as políticas públicas vigentes no país, as práticas de acolhimento aos usuários dos serviços de saúde mental e a rede de cuidados intersetorial na atenção a problemas emocionais e comportamentais infanto-juvenis. Em relação às políticas públicas de saúde destaca-se a escassa rede de atendimento para os problemas de saúde mental na infância e adolescência, e a carência de ações focadas na prevenção. Nesta perspectiva, a prevenção em saúde mental pode implicar a proposição de ações terapêuticas junto às famílias de crianças e adolescentes ainda saudáveis que, por alguma razão, estão em risco de adoecimento psíquico devido à negligência, ao uso de substâncias psicoativas, violência doméstica, abuso sexual ou, aos maus tratos sofridos. **Conclusão:** A partir desse estudo percebeu-se que a maioria das produções científicas está centrada na identificação dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, sob o viés biopsicossocial. Sendo em menor expressividade, para o desenvolvimento de estratégias de intervenção e prevenção, de acordo com o modelo de atenção psicossocial. A complexidade dos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes requer intervenções terapêuticas com foco na abordagem interdisciplinar. A interdisciplinaridade no âmbito da enfermagem propõe a articulação de conhecimentos específicos da área com o de toda a rede de saberes e práticas envolvidos no campo da saúde mental infanto-juvenil. No entanto, torna-se necessário ampliar a produção do conhecimento na enfermagem referente a

essa temática, com foco no modelo de atenção psicossocial em saúde mental a fim de qualificar o cuidado à criança e ao adolescente em sofrimento psíquico.

**Descritores:** Saúde Mental, Criança, Adolescente.

**Referências:**

1. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório Sobre a Saúde no Mundo 2001 – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Suíça: World Health Report, 2001
2. Ministério da Saúde (BR). Estratégias. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília (DF); 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Dados em Saúde Mental. Número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) por tipo e UF e Indicador CAPS/100.000 habitantes Brasil – 31 de outubro de 2009.
4. Zavaschi, M. L. S. (Org.) Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2009.

**RELATO DE EXPERIÊNCIA – ATENDIMENTO DE ADOLESCENTES COM ANOREXIA NERVOSA**

Andréia Barcellos, Rozemy Gonçalves, Ariane Gracioto, Tayane Nakamura, Ana Wunder, Neusa Picetti, Moema Costa, Rogério Marcolino  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
amacedo@hcpa.ufrgs.br

**Introdução:** O 6º. Sul possui 3 quartos para Psiquiatria do Adolescente. Uma das patologias atendidas é a Anorexia Nervosa, a qual acomete 10% da população de adolescentes. Caracteriza-se pela acentuada perda de peso, induzida pelo medo de engordar e imagem corporal distorcida. Para perder peso o indivíduo utiliza estratégias como longos períodos de jejum e uso de medicações (laxantes e diuréticos).<sup>(1)</sup> **Objetivo:** Relatar experiência do atendimento a adolescentes com anorexia na internação. **Metodologia:** relato construído a partir da experiência das Enfermeiras somado á revisão da literatura. **Resultados:** Os adolescentes da psiquiatria ficam em unidade aberta para aproximar a família do atendimento, monitorar a relação desta com o paciente e treina-la para o manejo adequado da doença. O comportamento do paciente é supervisionado para avaliarmos quais estratégias de emagrecimento são utilizadas. Dentre os cuidados, podemos citar controle do peso diário (o paciente não pode ver o valor); banheiro trancado, aberto sob supervisão do familiar ou enfermagem; monitorização da alimentação e ingestão da medicação; controle de gasto energético e em casos mais graves, uso de SNE e

contenção. São várias as tentativas de burlar o ganho de peso, como ingerir muita água antes do peso, colocar objetos dentro da roupa para pesar mais, induzir o vômito após alimentação, jogar alimentação pela janela ou esconder no colchão, realizar atividades com objetivo de gasto calórico, abrir a SNE para retorno do conteúdo administrado, retirar ou obstruir a sonda, entre outros. **Conclusões:** O tempo de internação, por vezes, é longo, mas o paciente recebe alta com boa recuperação do peso e segue acompanhamento no ambulatório para evitar recaídas.

**Descritores:** anorexia, imagem corporal, cuidados de enfermagem.

**Referências:**

1. Cordás, Táki Athanássios. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. *Rev. psiquiatria clínica.*, 2004, vol.31, no.4, p.154-157. ISSN 0101-6083.

**RELATO DE EXPERIÊNCIA DE MONITORIA DE SAÚDE MENTAL EM  
INTERNAÇÃO DE HOSPITAL GERAL**

Sandro Tubino Ferreira, Adriana Fertig  
Universidade Federal de Rio Grande do Sul  
sandroshow@pop.com.br

**Introdução:** a formação de profissionais enfermeiros requer um ensino de qualidade, que lhes confira competência na realização de atividades assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa. O presente trabalho é um relato de experiência de um serviço de monitoria da disciplina de Saúde Mental, do quinto semestre, do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A atividade teve duração de quatro meses e foi realizada às quintas e sextas feiras à tarde, das 13h às 17h e 30min, no quarto andar do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), na ala F, na cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A disciplina é ministrada pela Professora Doutoranda Adriana Fertig e é formada por um grupo de cinco alunos da citada faculdade. **Objetivo:** relatar a experiência vivenciada durante a monitoria realizada na ala psiquiátrica de um hospital geral da cidade de Porto Alegre, RS, durante a disciplina de Saúde Mental II. **Método:** relato de experiência; descritivo. **Resultados:** após a realização dos seminários, os alunos eram orientados a manter contato direto com os pacientes, realizando entrevistas sem a obrigatoriedade dos estudos de caso tradicionais, mas sim através de conversas informais com os usuários conforme afinidade e motivações despertadas nos entrevistadores, seguido de

pesquisa nos prontuários para levantamento de dados. Este tipo de trabalho exercita o poder de análise e observação dos alunos, pois possibilitam que haja uma idéia subjetiva das patologias, as quais serão confirmadas ou não posteriormente, segundo o diagnóstico nos prontuários. **Conclusões:** o serviço de monitoria consiste num trabalho de orientação e de suporte teórico e prático aos alunos, fazendo um serviço intermediário ao binômio professor/aluno. O apoio técnico prestado é importante, pois auxilia os alunos nas análises e traz segurança aos mesmos durante o contato com os pacientes. São comuns os equívocos no manejo com os usuários, fato este que torna importante a presença do monitor. Nesta fase, há um acompanhamento direto aos alunos, os quais são orientados a fazer entrevistas em dupla, facilitando o contato e evitando que a ansiedade e o medo causem algum constrangimento aos alunos e aos pacientes.

## **VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTO-JUVENIL: UM DESAFIO INTERDISCIPLINAR PARA OS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTIL**

Mariam de Oliveira Gonçalves, Aline Cammarano Ribeiro

Universidade Federal de Santa Maria

mariamolive@hotmail.com

**Introdução:** Os maus tratos infanto-juvenis existem desde os primórdios da humanidade. Nas civilizações antigas o infanticídio era considerado um meio de eliminar as crianças que nasciam com malformações físicas. Além disso, crianças eram mortas ou abandonadas para morrerem desnutridas ou devoradas por animais, por razões como: equilíbrio de sexos, medida econômica nos grandes flagelos, por motivos religiosos, por ser direito do pai reconhecer ou não o direito de viver de seu filho <sup>(1)</sup>. A mudança desse cenário começou na metade do século XIX e no início do XX, com um movimento de bem-estar infanto-juvenil e aprovação de leis para sua proteção. O século XX foi apontado como século da criança <sup>(1)</sup>. Ainda nesse período histórico, no Brasil, com apoio da sociedade civil organizada, foi aprovada a Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 que “Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente” a qual trata sobre a proteção integral à criança e ao adolescente. Nesse sentido, essa lei de proteção integral abrange a população infanto-juvenil vítimas de abandono, abuso sexual, negligência, maus tratos ou em conflito com a lei,

decorrente da prática de ato infracional <sup>(2)</sup>. O abuso sexual é uma forma de violência sexual definido como a participação de uma criança ou de um adolescente em atividades sexuais não incorporadas à sua idade e ao seu desenvolvimento psicossocial. A vítima é forçada fisicamente, coagida ou seduzida a participar da relação sem ter necessariamente a capacidade emocional ou cognitiva para consentir ou julgar o que está acontecendo<sup>2</sup>. Nesse contexto de violência sexual contra crianças e adolescentes, inclui-se uma variedade de situações, tais como: carícias não desejadas; exposição obrigatória à material pornográfico, exibicionismo; uso de linguagem erotizada; ser forçado a presenciar relações sexuais com outras pessoas, entre outros <sup>(3)</sup>. Ainda, as manifestações clínicas em criança ou adolescente vítima dessa forma de violência, pode incluir: comportamento sexual inadequado com brinquedos e objetos (brincadeira sexualizada); temas sexuais em desenhos, histórias e jogos; comportamento sexual inapropriado para idade; pesadelos e distúrbios do sono ("terror noturno"); declínio do rendimento escolar; retração e isolamento social; comportamento regressivo (retoma comportamentos de quando tinha menos idade, como por exemplo, urinar na cama, chupar o dedo, dependência); medos inexplicáveis de lugares e pessoas em particular; comportamento autodestrutivo, como machucar a si mesma, tentativas de suicídio (depressão infantil); choro fácil e inexplicável; alterações nos hábitos alimentares; presença de sinais físicos, como dor e feridas sem explicação nos genitais, ou doenças sexualmente transmissíveis. As crianças e adolescentes submetidas à violência sexual podem apresentar alguns problemas ao longo de seu desenvolvimento, tais como: automutilação, tentativas de suicídio, uso indevido de drogas, depressão, isolacionismo, despersonalização, impulsividade, transtornos de conduta, como mentiras, fugas de casa, roubos, etc. Ainda, o abuso sexual na infância e adolescência pode estar associado a consequências desastrosas para homens e mulheres, podendo influenciar negativamente seus relacionamentos afetivos na idade adulta <sup>(4)</sup>. A violência sexual pode ser vista como um problema sério de saúde pública, devido a complexidade do contexto dessa forma de violência e sua repercussão nas vidas de crianças e adolescentes vitimizados. Assim, o atendimento desses casos requer uma abordagem interdisciplinar e intersetorial: judiciário, assistência social, educação e saúde. Na área da saúde, ressalta-se a oferta de atenção em saúde mental a essa clientela e suas famílias, que podem ser assistidos nos Centros de Atenção Psicossocial Infantil. Estes serviços substitutos são especializados no atendimento de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, também decorrente de violência sexual. Nesta proposta, o

presente estudo traz uma revisão das produções realizadas sobre a violência sexual infanto-juvenil. **Objetivo:** Teve como objetivo realizar um levantamento da produção científica referente à violência sexual de crianças e adolescentes, no Brasil. **Metodologia:** A busca das produções foi desenvolvida a partir dos seguintes descritores: "violência sexual" and "criança" or "adolescente", nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Os critérios de inclusão foram: produções científicas nacionais (artigos) acerca da temática violência sexual infanto-juvenil publicados no período de 2002 a 2009. Considerou-se este recorte temporal a partir da Portaria 336/2002 que instituiu os Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi), porque podem servir de referência na rede de assistência para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Os critérios de exclusão foram: dissertações, teses, livros, capítulos de livros, manuais, resumos em eventos e artigos publicados em periódicos não editados no Brasil. Para seleção das produções científicas foi feita a leitura dos títulos e dos resumos do total de dezesseis estudos. Assim, conforme a temática e mediante os critérios de inclusão e exclusão, a análise se restringiu a seis artigos. **Resultados:** A distribuição dos artigos por subáreas do conhecimento apresentam a respectivamente a seguinte frequência: psicologia, multiprofissional e enfermagem. A partir da leitura dos títulos e resumos, emergiram três categorias: a) identificação das vítimas infanto-juvenis de violência sexual; b) contexto familiar de crianças e adolescentes submetidos à violência sexual; c) atendimento às vítimas de violência sexual infanto-juvenil. Na categoria de identificação das vítimas infanto-juvenis de violência sexual destaca-se a importância do contexto escolar na detecção e intervenção dos casos de violência sexual, principalmente quando a família, por algum motivo, não denuncia seu membro agressor, expondo cada vez mais a criança ou adolescente a essa forma de violência. Nesse contexto, a família deveria ser a primeira instância de medidas à criança ou adolescente vítima de violência sexual. Medidas que primem pela gentileza e pelo cuidado, pelo saber ouvir, pelo respeito e consideração com a criança e com o adolescente <sup>(4-20)</sup>. Quando esta primeira instância é insuficiente, vislumbra-se a segunda instância de medidas que são as professoras de creches, escolas de ensino fundamental e médio que por meio da educação podem atuar contra a violência <sup>(4)</sup>. Na segunda categoria, o contexto familiar de crianças e adolescentes submetidos à violência sexual, pode se encontrar situações opostas: ambientes em que agressor, vítima e demais familiares convivem juntos, por medo ou omissão perante a situação de violência, configurando-se o silêncio; ou, ao contrário,

há famílias que rompem o silêncio para denunciar o agressor e proteger a vítima. Nesta última situação, os estudos apontaram que as famílias podem vivenciar um sofrimento sem atenção, visualizados nas dificuldades de acesso para atendimento especializado na rede de assistência à saúde mental. Na terceira categoria: atendimento às vítimas de violência sexual infanto-juvenil destaca-se a necessidade de adequada formação profissional para atuação nos serviços de atendimento à crianças e adolescentes submetidos a essa forma de violência. Além disso, por a violência sexual infanto-juvenil apresentar certa complexidade de fatores envolvidos, a abordagem terapêutica deve estar pautada no trabalho interdisciplinar para o atendimento dessa clientela. **Conclusão:** A partir desse estudo percebeu-se que as famílias denunciadoras geralmente, recebem acompanhamento judicial, mas podem sofrer com as dificuldades de acesso para atendimento especializado na saúde mental. Ainda, salienta-se a importância de profissionais qualificados e dispostos a intervir junto aos casos de violência sexual, de forma interdisciplinar e articulados em rede - judiciário, assistência social, educação e saúde. Vislumbra-se que na saúde mental a enfermagem amplie a sua produção de conhecimento investigando com profundidade essa temática, de modo que possa contribuir para uma maior qualificação do cuidado prestado à criança e adolescente vítimas de violência sexual, na atenção psicossocial.

**Descritores:** Violência sexual, Criança, Adolescente.

**Referências:**

1. Scherer EA, Scherer ZAP. A criança maltratada: uma revisão da literatura. Rev. Latino-Am. Enfermagem [serial on the Internet]. 2000 Aug [cited 2010 Apr 10] 8(4): 22-29.
2. Azambuja MRF de. Interfaces entre os sistemas de saúde e justiça no âmbito do CAPSi. In.: Zavaschi MLS. (Org.) Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 101-18.
3. Ministério da Saúde (BR). Violência Intrafamiliar: orientações na prática em serviço. Brasília(DF); 2001
4. Zavaschi MLS(Org.). Crianças e adolescentes vulneráveis: o atendimento interdisciplinar nos Centros de Atenção Psicossocial. Porto Alegre: Artmed, 2009.

## O IMPACTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNO DE PÂNICO NO USO DE ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO (COPING)

Ana Cristina Wesner, Giovanni Salum Junior, Gisele Gus Manfro, Carolina Blaya,  
Elizeth Heldt

Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Introdução:** Estratégias de enfrentamento (*coping*) são esforços cognitivos e comportamentais constantemente alteráveis para controlar (vencer, tolerar ou reduzir) demandas internas ou externas específicas que são avaliadas como excedendo ou fatigando os recursos da pessoa. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para TP pode ser uma alternativa para a modificação do uso de estratégias de enfrentamento melhor adaptadas aos eventos estressores. **Objetivo:** Avaliar o impacto da TCC para pacientes com TP na mudança de estratégias de enfrentamento comparada a um grupo controle. **Métodos:** Quarenta e oito pacientes com TP que completaram 12 semanas de TCC foram comparados com um grupo controle de 76 indivíduos sem transtorno mental. As medidas de desfecho foram avaliadas pela Impressão Clínica Global, Inventário do Pânico e Hamilton Ansiedade. Para identificar as estratégias de enfrentamento foi aplicado o Inventário de Estratégias de *Coping* (IEC) nos pacientes (antes e após a TCC) e nos controles. **Resultados:** O tratamento foi efetivo na redução da gravidade dos sintomas do TP ( $p \leq 0,001$ ) em todas as medidas de desfecho. As estratégias de enfrentamento não apresentaram alterações significativas quando comparada com o início do tratamento. Entretanto, quando comparado ao grupo controle observa-se que os pacientes antes de da TCC, utilizam significativamente menos as estratégias de enfrentamento de aceitação de responsabilidade, resolução de problemas e reavaliação positiva; e mais fuga e esquiva ( $p < 0,05$ ). Após a TCC, a estratégia de fuga e esquiva não foi mais significativamente diferente dos controles. **Conclusão:** A TCC utilizada foi específica para sintomas do TP. Portanto, para que de fato resulte em mudança de estratégias de enfrentamento, os resultados sugerem que estratégias cognitivas específicas para modificar os enfrentamentos desadaptados poderiam ser incluídas no protocolo atual de TCC.

**Descritores:** Estratégias de enfrentamento, Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtorno do Pânico.

**ACADÊMICA DE ENFERMAGEM E PACIENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO:  
VIVÊNCIAS EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA**

Adriana Fertig, Karen Chisini Coutinho

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

karenchisini@gmail.com

**Introdução:** Este relato de experiência é baseado nas vivências de uma acadêmica do 5º semestre de enfermagem da UFRGS, durante o estágio da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II, na Unidade de Internação Psiquiátrica – 4ºF - do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), entre os meses de setembro e novembro de 2009. Essa unidade atende pacientes psiquiátricos em um hospital-geral, visando a extinguir a imagem de que essas patologias devem ser tratadas somente em hospitais específicos, os antigos manicômios. Durante esse período, Transtorno de Humor Bipolar e Esquizofrenia, em seus diferentes graus, foram as psicopatologias mais acompanhadas. **Objetivo:** Relatar as experiências vividas no estágio curricular da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental II em uma unidade de internação psiquiátrica. **Método:** Utilizou-se de conversas individuais e da realização de atividades terapêuticas, como oficinas de beleza e de dança, para observar o comportamento dos pacientes e as características típicas de suas respectivas psicopatologias. **Resultados:** Os nomes fictícios citados foram retirados do livro “O Arquipélago”, de Érico Veríssimo. A escolha dessa obra se deu porque, na minha visão, cada uma dessas pessoas é uma ilha, com uma história particular cheia de segredos e de detalhes. Muitas dessas pessoas são ilhas à parte dentro de sua família, que não consegue lidar com as dificuldades e as limitações de seus transtornos. Todas elas unidas formam um arquipélago que compartilha um problema em comum, mas ao mesmo tempo, são tão diferentes no modo como reagem às situações da vida. Floriano, 31 anos, diagnóstico de Esquizofrenia hebefrênica com delírios paranóides e de controle, pensamento mágico e histórico de má adesão ao tratamento, parecia sofrer muito ao relatar tudo o que deixou de fazer na vida em

função de sua psicopatologia, apontando-a como a “culpada” por não poder trabalhar e ter liberdade. Disse que fazia faculdade de História e que estudou muito para passar no vestibular, justificando: “*não quero mais voltar a estudar, porque isso me fez mal, fiquei estressado e fiquei doente*”. Passar os dias andando de ônibus e aproveitar a vida, saindo com um amigo para festas, eram seus principais projetos quando voltasse a “ter liberdade de novo”, apontando para as grades e os cadeados nas janelas. Enquanto relatava suas idéias, Floriano sempre parecia querer aprovação para tudo o que dizia, esperando que dissessem a ele se era certo ou errado o que queria para sua vida. Analisando tudo o que ouvi do paciente, percebi que toda aquela euforia e animação ao relatar seus planos, pareciam uma forma de querer demonstrar a todos que ele estava bem o suficiente para ir embora, que não tinha nada de errado com sua saúde mental e que havia encontrado um sentido para sua vida. No final do mês de outubro de 2009, foi transferido para uma pensão protegida, com melhora parcial de seu quadro psicótico. Na primeira oficina de beleza que organizamos na unidade, Maria Valéria, 46 anos, foi a primeira paciente com quem conversei. Valéria tem diagnóstico de Transtorno esquizofrênico do tipo misto com idéias paranóides e grandiosas, alucinações auditivas e visuais, histórico de má-adesão ao tratamento, episódios de descontrole, agressividade com a mãe, gastos excessivos e psicose. Depois de falarmos sobre outros assuntos sem muita importância, perguntei-lhe sobre o motivo de sua internação. Ela disse que há 12 anos ouve vozes que a enganam, dizendo que desde então “está desse jeito”, referindo-se a sua aparência (ela tem obesidade mórbida). Contou que tem um casal de filhos e que se considera culpada pela situação dos filhos, já que o rapaz entregou-se às drogas e a moça não teve a oportunidade de chegar à universidade. Relatou-me que os surtos, as internações e a instabilidade psicológica por que passou prejudicaram o futuro de seus filhos. Valéria sempre respondeu bem quando abordada, mas havia algo de desafiador em sua fala. Em alguns momentos, parecia incomodada com a presença de mulheres mais jovens, como quando disse “*vocês são muito bonitas e jovens, estão até na faculdade já. Na idade de vocês eu era bonita também [...], fui até rainha das piscinas quando tinha 15 anos. Adoeci e fiquei desse jeito, virada nessa coisa, até o marido me largou. Tudo por culpa desse monte de remédios...*” Nos últimos dias de estágio, durante um passeio no pátio do hospital, conversando novamente com Valéria, depois de algum tempo sem fazermos contato, ela disse que estava mais tranqüila e que as vozes que ouvia diminuíram bastante. Contou-nos que a filha alugou um apartamento para elas morarem e que depois que a mudança estivesse concluída, receberia alta da unidade

e que o filho estava bem e que já havia saído da reabilitação em que estava internado, inclusive vindo visitá-la algumas vezes. Mostrou-se mais disposta a seguir o tratamento e a continuar a dieta passada pela nutricionista, já que conseguiu perder 13 kg durante os dois meses de internação. Em nosso último contato, já no fim do estágio, ela aguardava pelo passeio pré-alta, no qual o paciente vai visitar o local para onde vai após a alta, e parecia sofrer menos por conta do tratamento. Uma paciente que me chamou muito a atenção foi Bibiana, 33 anos, Esquizofrenia paranóide e Transtorno de identidade sexual, delírios de grandeza e que se irrita quando chamada de mulher. Alega que, após sofrer um acidente de carro junto com sua namorada, *“era um homem grandioso, depois de um acidente que sofri, perdi a inteligência e meu corpo de homem entrou pra dentro”* e que ainda conseguirá voltar a ser “ele”. Quando questionada sobre o que as vozes lhe diziam e ela respondeu *“ah, antes elas ficavam gritando no meu ouvido, dizendo que eu tinha que morrer [...] mas depois que vim pra cá, fiquei amiga delas e agora elas não me incomodam mais, são minhas amigas até”*. Bibiana estava muito ansiosa para receber alta, pedindo constantemente para que lhe dessem o remédio para diminuir a ansiedade e o nervosismo, que segundo ela, lhe davam *“vontade de pegar alguém pelo cabelo e sacudir”*. Tentei fazê-la entender que precisava se comportar melhor para que os médicos lhe deixassem sair, pelo menos para uma visita à amiga com quem morava. Incentivei-a participar mais das atividades desenvolvidas na unidade e ocupar seu tempo com alguma coisa que goste de fazer. Segundo sua amiga, que a internou, Bibiana foi abusada pelo cunhado quando morou na casa da irmã, onde era mal-tratada, chegando a passar algum tempo na rua. Talvez o trauma do abuso seja responsável pela crença de que é homem, negando constantemente ser do sexo feminino. Essa opinião foi reforçada por uma fala dela: *“homem e mulher não conseguem ficar muito tempo juntos, tu conhece alguém? Homem só bate em mulher e mulher é tudo sem-vergonha, não presta”*. O querer ser homem parece a forma encontrada por ela para se defender de tudo o que passou quando foi abusada. Mulher para ela é submissa, passiva, fraca, suja, enquanto o homem é grandioso, inteligente, rico, feliz e poderoso. Até nosso último contato, não havia previsão de alta para ela. Casos de depressão pós-parto, de agressão de um paciente contra o outro, da mãe que tentou matar a filha de três meses afogando-a em uma privada, da jovem de vinte e quatro anos que tentou suicídio por enforcamento e de pessoas que mergulharam no álcool e nas drogas em busca de ajuda para se livrar das vozes e dos vultos com que conviviam também fizeram parte dessa experiência na unidade 4ºF. **Conclusão:** Realizar estágio de

saúde mental em uma unidade de internação é um desafio. Nela, encontram-se pacientes psiquiátricos que tiveram de ser internados para controlar os sintomas de suas psicopatologias, já que seu convívio familiar e social tornou-se prejudicial para eles mesmos e para os outros, por má-adesão ao tratamento, por agravamento de seu caso ou por negligência de seus cuidadores em garantir-lhes condições sociais adequadas. O estágio proporcionou-me uma revisão de conceitos sobre a patologia psiquiátrica, sobre seu portador e sobre a forma que ele deve ser tratado, derrubando alguns preconceitos, medos e equívocos quanto a essa área da saúde. Dessa experiência, levo muitas lições para minha vida pessoal, acadêmica e profissional. A cada conversa com os pacientes e a cada tarde de estágio aprendi a como lidar com essas pessoas, como fazer o manejo correto para cada situação, como agir em determinados casos e quais os recursos disponíveis para que o cuidado seja feito. Muitas vezes, parar e sentar para conversar com aquele paciente sentado sozinho no corredor, nem que seja para ouvir seus delírios, lhe oferecer uma palavra, um consolo, um minuto do seu tempo, pode trazer resultados mais significativos do que uma injeção ou um comprimido.

**Descritores:** Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental; Transtornos Mentais.

### **APLICANDO O MODELO CALGARY EM FAMÍLIAS VINCULADAS À ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO BAIRRO SANTA TEREZA - PORTO ALEGRE**

Caroline Bello Soares, Franciele Anziliero, Gustavo Costa de Oliveira, Irmgard Neumann, Jacó Fernando Schneider, Renata Alba  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS  
francieleanziliero@gmail.com

**Introdução:** Como acadêmicos do 5º semestre do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS temos por propósito prestar assistência no nível primário de atenção com enfoque na família. Este estudo foi realizado durante a disciplina de Saúde Mental II com a finalidade de qualificar os acadêmicos no atendimento a famílias, nas quais, muitas vezes, é possível encontrar indivíduos com transtornos psíquicos. O sistema psiquiátrico no Brasil vem mudando nas últimas décadas. A chamada Reforma Psiquiátrica representou a substituição do antigo sistema manicomial por outros como Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), leitos

psiquiátricos em hospitais, oficinas e residências terapêuticas como tentativa de reinserção do indivíduo na sociedade. Aliada a essas propostas a Estratégia de Saúde da Família (ESF) leva os profissionais de saúde para dentro das casas e, principalmente, junto às famílias. O acompanhamento, a intervenção e a resposta dos indivíduos estão intimamente ligados a sua rede de relações. A família representa, atualmente, a principal fonte de apoio dos indivíduos, visto que se algum membro dela é afetado ou está em algum tipo de sofrimento, toda a família deve ser tratada e fortalecida<sup>(1)</sup>. Para tal ação exigiu-se do profissional da saúde o emprego de saberes necessários para intervir de forma positiva tanto na recolocação do indivíduo com problemas mentais no seu âmbito familiar e social, quanto para dar suporte à família que o receberá e o mantém. Neste estudo lançamos mão do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção na Família (MCAIF) como instrumento com a finalidade de auxiliar na compreensão e nas orientações do indivíduo e da família dentro dos seus contextos, das suas realidades e das suas relações. O MCAIF consiste de três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento e funcional. **Objetivo:** Explicar a utilização do MCAIF em famílias vinculadas à ESF no bairro Santa Tereza em Porto Alegre. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no segundo semestre de 2009 ao longo da disciplina de Saúde Mental II. Foram realizadas visitas domiciliares nas quais aplicou-se um questionário semi estruturado que contemplou as esferas preconizadas pelo MCAIF. **Resultado:** Ao avaliar a família utilizamos as três categorias principais do MCAIF e suas subdivisões. Na avaliação estrutural pontuou-se itens como a composição familiar, famílias extensas, etnia, classe social, religião e ambiente, através da elaboração do genograma e ecomapa que permitem obter um grande número de informações auxiliando na compreensão de problemas reais e potenciais para posterior intervenção. O genograma é o desenho resumido da árvore genealógica da família acompanhada, já o ecomapa consiste no mapeamento das relações internas e externas da família <sup>(2)</sup>. Na avaliação do desenvolvimento das famílias buscou-se compreender os estágios do ciclo de vida familiar, papéis representados por cada indivíduo dentro do contexto familiar e a intensidade dos vínculos entre seus membros e sistemas mais amplos. A esfera funcional abarca as atividades diárias, os padrões de comunicação entre seus componentes, soluções de problemas, crenças e alianças, e através dessa buscou-se conhecer quais recursos foram utilizados pelas famílias para o bom convívio familiar e social. Durante a aplicação do instrumento de avaliação foram levantados alguns problemas como a dificuldade no manejo familiar frente ao

indivíduo com transtorno psíquico, conflitos familiares internos e externos, dificuldade de inserção do indivíduo com transtorno mental nas redes de atendimento a saúde mental, o abuso de substâncias lícitas e ilícitas, baixo nível socioeconômico e maus tratos infantis. Baseado nos problemas levantados traçou-se planos de intervenções integrando os serviços de saúde, o compromisso entre profissional e usuário, e principalmente, entre os membros da família. Desenvolveram-se orientações para esclarecimentos de cada transtorno mental específico desmistificando crenças populares acerca das doenças psíquicas, bem como ensinando a família a lidar com a pessoa acometida. Visitas domiciliares para acompanhamento medicamentoso e psicológico foram realizadas para garantir aderência do usuário ao tratamento. Encaminhamentos para rede de atendimento psiquiátrico especializado foram propostos a fim de oportunizar a convivência com outras pessoas e a possibilidade de uma atividade ocupacional. Aliado ao baixo nível socioeconômico e estruturação familiar problemática verificou-se o abuso de álcool e drogas, destacando-se o *crack*, nesse contexto as intervenções deram-se no reforço positivo das potencialidades do indivíduo e da família buscando o fortalecimento das relações familiares e do vínculo com instituições de apoio ao dependente químico. Em algumas visitas domiciliares detectaram-se sinais de descaso com menores, evidenciados pela falta de higiene, precariedade no cuidado, riscos de acidentes e exposição a drogas. Casos como esse foram repassados a equipe da ESF num trabalho conjunto para orientações e, a hipótese de intervenção do Conselho Tutelar foi levantada em consonância com a equipe. **Conclusão:** Tratar a saúde do corpo é tarefa inerente aos profissionais da saúde de forma geral, porém tratar a saúde da mente requer, sobretudo, autoconhecimento e aperfeiçoamento por lidar diretamente com atividades que suscitam inúmeros sentimentos e questionamentos, de tal forma que podem alterar a relação profissional/usuário. Torna-se evidente a diferença para o profissional da saúde quando o atendimento se dá a domicílio, visto que nesse contato direto com a realidade do usuário as intervenções são propostas sob as condições impostas pelos limites financeiros, socioeconômicos, culturais, religiosos e cognitivos do indivíduo e da família. Neste contexto pode-se, aplicar a Avaliação e Intervenção em Família seguindo o Modelo Calgary, que nos permitiu sistematizar os achados com relação à construção e organização familiar, seus arranjos e vínculos. Levantamos as fraquezas e potencialidades encontradas nos indivíduos e nos seus, para realizar as intervenções pertinentes buscando contemplar o preconizado pelo modelo e, assim sendo, fortalecendo o cognitivo, afetivo e comportamental, obtendo como resultado o

progresso e a adesão da maioria dos usuários. A noção de trabalho do enfermeiro em Saúde Mental junto à comunidade possibilita compreender a importância da assistência por meio da escuta, instrumentos de avaliação como o MCAIF, saberes do profissional/usuário e da importância da capacitação permanente dos profissionais da saúde no reconhecimento e atendimento de transtornos psíquicos. A partir daí tem-se a possibilidade de conhecer o indivíduo assistido, saber o seu problema e orientá-lo quanto a tratamento e cuidados essenciais para a manutenção da saúde.

**Descritores:** Avaliação em Enfermagem, Saúde Mental, Família.

**Referências:**

1. MACHADO, Tatiane Carolina Martins et al. Cuidando de uma família de acordo com o modelo calgary em uma unidade básica de saúde da cidade de Marília - SP. Rev. Min. Enferm. Belo Horizonte, v. 10, n. 1, jan. 2006.
2. MOURA, L.S et al. Avaliação e Intervenção nas Famílias Assistidas pela equipe de Saúde da Família. Rev. Gaúcha de Enfermagem. Porto Alegre, 2006.

**GRUPOS OPERATIVOS PARA O ENSINO APRENDIZADO EM SAÚDE MENTAL –  
DESCOBRINDO POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS**

Adonias Santos da Rosa, Gabriela Zenatti Ely, Marlene Gomes Terra, Katiele Hundertmarck, Adão Ademir da Silva, Márcia Gabriela Rodrigues de Lima  
Universidade Federal de Santa Maria/RS  
asr1690@hotmail.com

A Lei da Reforma Psiquiátrica, do ano de 2001, no seu direcionamento para serviços de rede em Saúde Mental prevê o acolhimento e a escuta do sofrimento da pessoa substanciada pela clínica ampliada em ações individuais e coletivas. Essa filosofia de assistência visa inserir a pessoa em sua rede familiar e social enfatizando as suas potencialidades<sup>(1)</sup>. As dificuldades para o avanço da Reforma Psiquiátrica está centrada no estigma social e na visão até mesmo de alguns profissionais da área da saúde quando realizam uma assistência embasada na ideologia manicomial, numa “assistência regida e focada no transtorno mental, esquecendo a integridade e o contexto no qual o paciente está inserido”<sup>(2)</sup>. Uma das ferramentas que estimula o processo de reinserção social é a atividade em ação coletiva na realização de grupos de intervenção de ensino-aprendizagem. Esta estratégia prevê ampliar o conhecimento acerca da doença e seu tratamento, mas, sobretudo, incentiva habilidades de enfrentamento de situações associadas que poderão ajudar na

compreensão a experiência vivida. O processo também possibilita a compreensão da equipe profissional a entender o direito do usuário a serem informados sobre sua condição de saúde. Os grupos operativos abrangem outros tipos de grupos, e envolvem os campos de ensino aprendizagem, institucionais, comunitários e os terapêuticos. A autoria que se ressalta nesta área é do psicanalista argentino Pichon Rivière, pois propiciou um vasto leque de aplicações para o grupo operativo. Estes instituem por finalidade "operar numa determinada tarefa objetiva, como, por exemplo, a do ensino - aprendizagem"<sup>(3)</sup>. O motivo para utilização da estratégia de grupo existe no sentido de mobilizar, sensibilizar, educar e sensibilizá-los para enfrentamento de uma vida em sociedade. Para tanto, a educação em saúde para promover saúde é pautada na sua conformação horizontal, na pedagogia dialógica, na troca de conhecimento, no processo contínuo e reflexivo de saberes, ou seja, no aprender a aprender<sup>(4)</sup>. Freire na área da saúde é relevante, pois teoricamente, propicia uma efetiva educação em saúde para um ato crítico do aprender a ser e fazer enfermagem. Este estudo emerge de inquietações provenientes da vivência de acadêmicos de Enfermagem em um serviço substitutivo em Saúde Mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Este serviço tem por prioridade o atendimento a pacientes com transtornos mentais graves e persistentes, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor da vida, que busca desta forma uma atenção integral. A realização de grupos operativos voltados para o ensino - aprendizagem configura-se como uma necessidade do serviço, sendo verbalizada pela equipe de enfermagem e pelas pessoas que o frequentam. A concretização destes grupos torna-se um desafio e uma ferramenta de trabalho que prevê uma educação em saúde em rodas de conversas. Tal proposta enfatiza a autonomia do sujeito como participante ativo de seu tratamento. Nesta perspectiva, este estudo objetiva relatar a realização de atividades em grupos operativos voltados ao ensino - aprendizagem de pessoas em sofrimento psíquico em um Centro de Atenção Psicossocial. Trata-se de um relato de experiência das vivências dos acadêmicos de enfermagem em grupos operativos voltados para o ensino aprendizagem em um Centro de Atenção Psicossocial, entre os meses de novembro a dezembro do ano de 2009. Tendo em vista o aprender a aprender de Freire e instigar a participação dos participantes na valorização do seu saber, cultura e sentimentos, intui-se por meio do realizar de um grupo operativo voltado para o ensino-aprendizado. Neste contexto de grupo é essencial o "aprender a aprender" sendo "mais importante do que encher a cabeça de conhecimento é

formar cabeças”<sup>(3)</sup>. Os grupos foram realizados pelos acadêmicos e enfermeiro orientador, semanalmente e/ou de acordo com as necessidades de cada serviço, em uma sala apropriada, ou em ambiente calmo ao ar livre, com duração máxima de uma hora e com a participação voluntária das pessoas. Trata-se de um grupo aberto de orientação, reflexão, vivência e troca de experiências entre os pacientes com a enfermagem. O conteúdo de discussão emergiu das necessidades expostas pelo grupo e foi exposto de maneira atrativa, sugerida pelas pessoas que participaram de cada grupo, a citar: atividades lúdicas recreativas; dinâmicas em grupo; discussão de textos, parábolas e poesias. Todas as atividades realizadas incluíam um objetivo claro e coeso voltado para a educação em saúde e pensamento crítico reflexivo. Essa atividade possibilitou a troca de experiências a fim de potencializar a autonomia e o viver da pessoa em sofrimento psíquico. Contatou-se a necessidade das pessoas em serem ouvidas como presença, ou seja, da escuta sensível e qualificada do profissional em saúde. Observou-se que os usuários mostraram interesse pelo seu quadro clínico, pela sua doença, pelo seu tratamento, pelas suas potencialidades e possibilidades como pessoa. Há relatos de pessoas com sentimentos de angústia e tristeza diante do preconceito e estigma social que enfrentam, sendo rotulados como loucos, e por isso taxado por incapacitados de desenvolver atividades intelectuais, de interrelacionamento pessoal ou vínculo empregativo. A reflexão das temáticas sociais são um grande desafio e uma estratégia terapêutica, pois possibilitam um ambiente de troca de conhecimento e pensamentos que subsidiam o enfrentamento de muitas questões, a citar o estigma social e as relações familiares. A busca pelo pensamento crítico, por meio da discussão de temas sociais, oportuniza instigar uma visão cidadã e o empoderamento da pessoa em sofrimento psíquico perante seu tratamento. Portanto, a realização de grupos operativos voltado ao ensino aprendizagem configura-se como uma ferramenta terapêutica no que diz respeito ao sensibilizar as pessoas em sofrimento psíquico de suas escolhas informadas, a fim de promover sua autonomia. Aos profissionais da saúde, possibilita o repensar de seu fazer enfermagem em Saúde Mental, no que tange ao romper com a mentalidade manicomial do assistir. Aos futuros profissionais da saúde, instiga o desenvolvimento de atividades criativas e atrativas de promover saúde, reconstruindo ideologias e promovendo os princípios e preceitos da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista o repensar os fazeres profissionais e efetivar saúde em Saúde mental.

**Descritores:** Grupos de Apoio, Pessoa em Sofrimento Psíquico, Enfermagem.

## Referências:

1. Delgado P. HUMANISMO, CIÊNCIA E DEMOCRACIA - Os princípios que nortearam a transição para o novo modelo de assistência aos portadores de sofrimento psíquico. In: Proceedings 1º Congresso Brasileiro de Saúde Mental. Conferência: Reforma Psiquiátrica no Brasil; 2008 dez 04; Florianópolis (SC), Brasil.
2. Terra MG, Sarturi F, Ribas D, et al. Saúde mental: do velho ao novo paradigma – uma reflexão. Esc. Anna Nery. Rev. Enf.[periódico na internet] 2006 [acesso em: 2009 nov. 07]; 10 (4): 7 11-7.
3. Zimerman DE. Fundamentos básicos das grupoterapias. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2000
4. Freire P. Educação e mudança. 12ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2001.

## **TRANSTORNO DE PERSONALIDADE *BORDERLINE*: UM ESTUDO DE CASO**

Bibiana Fernandes Trevisan, Sharlene Teixeira de Souza, Verônica Fontoura Mendes

Riveiro, Bruna Bruzamarello

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

bibi.trevisan@ig.com.br

**Introdução:** Os pacientes com Transtorno de Personalidade *Borderline* situam-se no limite entre a neurose e a psicose, e caracterizam-se por afeto, humor, comportamento, relações objetais e auto-imagem extraordinariamente instáveis. Relata a história uma paciente internada em uma unidade psiquiátrica, e a partir das informações coletadas através de entrevistas, com a paciente e sua família, foi realizado um estudo de caso buscando saber onde a enfermagem poderia intervir, de forma a melhorar a qualidade de vida da mesma. **Objetivos:** Entender a complexidade do paciente internado em uma unidade de internação psiquiátrica, através de um estudo de caso, analisando o ser humano como um ser biopsicosocial. **Métodos:** A observação e a coleta de dados foram obtidas através de entrevista individual e com a participação dos membros da família, no período de setembro a novembro de 2008, com posterior revisão bibliográfica sobre a patologia. **Resultados:** Houve o surgimento de um vínculo terapêutico entre paciente/estudante de enfermagem que possibilitou listar os principais problemas da paciente. Através do exame do estado mental, foi possível identificar sinais e sintomas, embasando os diagnósticos e as intervenções de enfermagem. **Conclusões:** A disponibilidade para ouvir a história da paciente e sua família evidencia a necessidade de uma visão abrangente, através de uma visão global da pessoa, na qual possibilite a compreensão de vários aspectos de sua realidade e de possíveis sintomas associados a patologia, a

fim de melhorar seu prognóstico e traçar estratégias terapêuticas para uma melhora na qualidade de vida.

**Descritores:** Transtorno de Personalidade *Borderline*, Enfermagem, Saúde Mental.

## **ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CAPS E SUAS OFICINAS: DA ALIENAÇÃO À CIDADANIA**

Juliana Correia de Holanda Cavalcanti, Agnes Olschowsky

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

jchcavalcanti@yahoo.com.br

A partir do século XV, surgem diversas instituições com a finalidade de esconder o que não se desejava ser visto, os doentes mentais, que, abrigados nestes locais, tinham a sua cidadania renegada, à medida que eram excluídos, esquecidos e enclausurados. A clausura deixou de ser sinônimo de exclusão no século XVII, assumindo um caráter terapêutico, através do movimento alienista, tendo Pinel como um de seus representantes. No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico foi fundado em 1852, no Rio de Janeiro. A assistência era baseada, principalmente, na terapia medicamentosa abusiva, os indivíduos eram excluídos e isolados da família e os profissionais vigiavam e controlavam. O cuidado era padronizado, gerando a perda da individualidade. No final da década de 1970, nascia a Reforma Psiquiátrica, opondo ao hospital como única forma de tratamento e, resgatando a cidadania da pessoa com doença mental. No Brasil, esse movimento obteve uma consolidação e direcionamento da política de saúde mental, com a lei nº 10.216, de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos pessoais das pessoas portadoras de transtornos e doenças mentais, proibindo a construção de novos hospitais psiquiátricos e estabelecendo critérios para a internação. Assim, a Reforma Psiquiátrica propõe o abandono da segregação, violência e exclusão, buscando produzir autonomia e convívio social. Surgem, então, novos serviços substitutivos ao manicômio, dentre eles, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS devem garantir acesso integral a todos os cidadãos, sendo lugares efetivos na prevenção e substituição da internação por longos períodos. Algumas atividades dos CAPS são: tratamento medicamentoso, orientação, atendimento às famílias, atendimento psicológico, atividades sociais, visitas domiciliares e oficinas terapêuticas e culturais. As oficinas terapêuticas são uma das principais atividades do

CAPS e atuam como formas eficazes de tratamento. São consideradas terapêuticas, pois por meio do trabalho em grupo promove a convivência, apoio, cumprimento de tarefas, amizade, transmissão de conhecimentos e estimulação de liderança. Para melhor interação e andamento das oficinas, alguns fatores devem ser considerados como as condições físicas do local e o tamanho do grupo, bem como o fato do mesmo ser aberto ou fechado, além da liderança, que deve facilitar a participação e autonomia dos integrantes. A enfermagem, no âmbito das oficinas terapêuticas, contribui buscando junto ao participante, por meio da relação com o outro e pelo trabalho/atividade, facilitar a realização de uma "obra" e, desse modo, resgatar a pessoa com capacidade, não sendo alguém alienado e incapaz. O estudo foi realizado no 5º semestre da graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na disciplina de Saúde Mental II, cujo campo de estágio se desenvolveu no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAPS-HCPA). A vivência no CAPS – HCPA despertou o interesse pelo conhecimento das oficinas oferecidas no serviço, em que evidenciava uma orientação e promoção pela inserção do trabalho, da convivência grupal, da conversa, da fala em público, buscando resgatar a autonomia e a cidadania dos participantes: Temos objetivo de refletir sobre a Atenção Psicossocial, a partir das oficinas terapêuticas oferecidas pelos Centros de Atenção Psicossocial. O estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica de acordo com Gil (2002), trabalhando-se com as seguintes fases: escolha do tema – escolheram-se artigos que respondessem à temática proposta, estando, estes, no período de 2005 a 2009 e em língua portuguesa; identificação – as referências teóricas estão publicadas no portal *SciELO – Scientific Electronic Library Online*. Na busca utilizou-se dos seguintes descritores: Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Após realizou-se a compilação do material; elaboração de fichas bibliográficas dos artigos em questão e análise das mesmas; e redação do trabalho. Foram utilizados cinco artigos. A busca também se deu através de consulta a livros sobre o tema. O estudo descritivo consistiu na análise e descrição de características do CAPS – HCPA e suas oficinas, realizadas durante os dias de estágio da acadêmica, visando observar, registrar, analisar e correlacionar fatos deste universo. O CAPS – HCPA proporciona um espaço de humanização na qual as oficinas realizadas são atividades terapêuticas, pois promovem o convívio social, o resgate da auto-estima por meio da realização de um trabalho seu, possibilitando o prazer de algo que fez e/ou pode fazer. Durante o estágio teve-se a oportunidade de participar de quatro das oficinas: cestaria, pintura, beleza e leitura. Os coordenadores destas

atividades atuam como líderes democráticos, o envolvimento, a responsabilização pela atividade são aspectos marcantes na busca da autonomia dos usuários. Na vivência das oficinas é evidente com seu desenvolvimento, a característica terapêutica, uma vez que as funções dos grupos como convivência, apoio, cumprimento de tarefas, amizade e transmissão de conhecimentos proporcionam uma inserção social e um relacionamento com o outro. As oficinas do CAPS se caracterizam como grupos abertos, de ensino e/ou de apoio/terapêutico e, em sua realização observamos a oportunidade do usuário sentir-se gratificado com sua obra e participação, na qual sua subjetividade era considerada como um sujeito que pode produzir algo que é seu, que lhe mostra como uma pessoa. As oficinas são terapêuticas, pois tem possibilitado o convívio com o grupo, em que surgem amizades e sentimentos de parceria e confiança entre os participantes. Isso ocorre pela possibilidade da execução de uma atividade que exige uma integração no grupo, sendo assim um lugar de interação, de fala, de acolhimento, de convivência e de vida cotidiana. Portanto, o trabalho das oficinas terapêuticas do CAPS – HCPA tem sua relevância evidenciada por todos os aspectos supracitados, mas, sobretudo, porque se objetiva em transformar, através do trabalho, os indivíduos participantes ativos do mundo em que vivem. A elaboração do trabalho proporcionou um entendimento da atenção psicossocial, na qual busca um conceito mais positivo da pessoa com doença mental, resgatando sua autonomia e cidadania. Tal concepção acarreta um novo olhar, em que a atenção psicossocial deve ser uma exigência ética, tendo em vista o modo como a loucura era tratada; um modo excludente, que leva à ruptura dos laços afetivos, familiares e sociais. Faz-se necessário, portanto, estratégias que rompam com o olhar estigmatizante da loucura como incapacidade, como alienação. E, as oficinas terapêuticas são práticas da atenção psicossocial, uma vez que tem possibilitado nas pessoas com diagnóstico psiquiátrico sentirem-se “gente de novo”, pois observamos a construção de vínculos, afetos, respeito à pessoa como expressões do resgate da cidadania. O estágio, bem como a elaboração do trabalho, auxiliou a quebrar idéias errôneas a respeito do indivíduo com transtorno mental, idéias, estas, recheadas de preconceitos impostos sutilmente, sobretudo, pela sociedade e pela cultura.

**Descritores:** Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica.

**Referências:**

1. Amarante, P. Saúde Mental, Políticas e Instituições: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
2. Townsend, M. C; M. N.; C. S.; Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

3. Brasil, Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990 – 2004. 5ª Ed. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/aquivos/pdf/legislacao.pdf>> Acesso em: 30 de março de 2010.
4. Merhry, E. E.; Amaral, H. A Reforma Psiquiátrica no Cotidiano II. Editora Hucitec. 2009
5. Schrank, G.; Olschowsky, A. O Centro de Atenção Psicossocial e as Estratégias para a Inserção da Família. In: Ver. Esc. Enf. USP, Vol. 42, Nº1. São Paulo, 2008.

## DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NA CONSULTA AMBULATORIAL

Renata Cardoso Centena, Patricia da Silva, Emi Thomé, Elizeth Heldt  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
recc@terra.com.br

**Introdução:** A consulta de enfermagem em Saúde Mental tem evidenciado uma prática que visa definir prioridades de cuidado, promovendo a saúde dos indivíduos. A implementação de uma classificação diagnóstica na prática clínica permite aos enfermeiros nomear com maior clareza os focos do cuidado pelos quais são responsáveis. **Objetivo:** Verificar a frequência dos diagnósticos de enfermagem, de acordo com a *North American Nursing Diagnoses Association International (NANDA-I)*, de clientes que consultaram no Programa de Enfermagem em Saúde Mental Ambulatorial (PESMA). **Método:** Trata-se de um estudo transversal que avaliou 29 pacientes que consultaram no PESMA. Os dados sociodemográficos, os clínicos e os diagnósticos de enfermagem foram coletados após a consulta conforme um instrumento elaborado para padronizar a coleta. **Resultados:** Observou-se o predomínio do sexo feminino em 93% (n=27), com escolaridade até o ensino fundamental em 72% (n=21) e a maioria (83%) fazia uso de pelo menos um tipo de medicação (n=24), apresentando no mínimo um diagnóstico médico (n=27; 93%). Foram identificados um total de 12 diagnósticos de enfermagem diferentes, com uma mediana de 2 (mínimo de 1 e máximo de 3) diagnósticos por paciente. Os mais frequentes foram “Interação Social Prejudicada” em 38% (n=12), “Ansiedade” em 35% (n=11) e “Controle ineficaz do regime terapêutico” em 31% (n=9). Não foi encontrada associação significativa entre os diagnósticos de enfermagem e as características clínicas dos pacientes (uso de medicação e diagnóstico médico). **Conclusão:** O estudo contribuiu para a identificação dos diagnósticos de enfermagem

mais frequentes e confirmou que os mesmos estão embasados na avaliação clínica realizada pelo enfermeiro em consulta ambulatorial de saúde mental.

**Descritores:** consulta de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, saúde mental.

## **SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO**

Sheila da Cunha de Ávila Alves

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

sofiavila@bol.com.br

**Introdução:** A Síndrome de Munchausen por procuração (SMPP) é uma doença mental em que o paciente de forma compulsiva, deliberada e contínua causa, provoca e simula sintomas, com a finalidade de obter cuidados médicos e de enfermagem. Ela consta no DSM-III desde 1980 na categoria dos transtornos fictícios. A SMPP ocorre quando um parente, geralmente a mãe, de forma persistente ou intermitentemente produz de forma intencional sintomas em seu filho e faz com que este seja considerado doente, ou provoca a doença, e o coloca em risco e situação que requeira investigação e tratamento. **Objetivo:** Conhecer a patologia de difícil diagnóstico, a fim de aprimorar conhecimentos técnicos para o profissional da enfermagem. **Metodologia:** Revisão bibliográfica com consulta a revistas científicas eletrônicas. **Resultados:** Nesta síndrome, os sintomas são fabricados, isso ocorre de três modos: relatos falsos, alterando-se material de laboratório ou provocando sintomas no corpo da criança. O filho é o objeto da necessidade de atenção. Desta forma, há um pedido de atenção transferido dela para o filho e um pedido de atenção do que se passa com ele. O pedido de atenção se realiza. A mãe vai de hospital em hospital, às vezes muda de cidade e muda também a descrição clínica do quadro. Os sintomas não coincidem com doença clássica. A criança é internada para ser examinada e tratada, e a mãe quando suspeitam dela, solicita a alta, assim o diagnóstico de enfermagem e médico, muitas vezes é falho. **Conclusão:** Os enfermeiros, pela própria estrutura da profissão, se sentem compelidos a agir, investigar, intervir, tratar. Por isso, é importante a enfermagem conhecer para poder agir significativamente em um caso suspeito.

**Descritores:** Cuidados de Enfermagem, Síndrome de Munchausen, Saúde Mental.

**CONSULTA DE ENFERMAGEM NO AMBULATÓRIO DE TRANSTORNOS  
ALIMENTARES EM ADULTO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
(HCPA)**

Elizeth Heldt, Emi da Silva Thomé, Patrícia Silva da Silva  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
patriciairan@ig.com.br

**Introdução:** Trata-se da descrição do papel do enfermeiro no ambulatório de transtornos alimentares do HCPA. Estas são condições psiquiátricas com baixa prevalência, alta morbidade e mortalidade, especialmente em pacientes adultos. O tratamento nestes casos requer uma equipe multidisciplinar por serem transtornos complexos, crônicos e com importantes perdas nos relacionamentos interpessoais.

**Objetivo:** Relatar sobre as consultas de enfermagem realizadas no programa de transtornos alimentares do ambulatório do HCPA. **Metodologia:** Relato de experiência de aluno, professor da Escola de Enfermagem da UFRGS e enfermeiro do HCPA referente às vivências do Estágio Curricular III do curso de Enfermagem realizado no Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP) do HCPA. O acompanhamento destes pacientes caracteriza-se pela escuta de suas dificuldades em relação ao ato de alimentar-se (compulsivos ou restritivos). **Resultados:** O enfermeiro realiza abordagens cognitivo-comportamental objetivando a identificação e a mudança na relação do cliente com o alimento; auxilia na interpretação da imagem corporal, geralmente distorcida nestes pacientes. **Conclusão:** Desta experiência percebeu-se que é necessário o enfermeiro psiquiátrico estar inserido em uma equipe multiprofissional, participando da identificação, do planejamento, da implementação e da avaliação da saúde mental do paciente. Este enfermeiro tem de promover a saúde mental do paciente e dos familiares, acolhendo as dificuldades destes, auxiliando-os na compreensão da doença, nos cuidados e na adesão ao tratamento.

**Descritores:** Papel do Profissional de Enfermagem, Hábitos Alimentares, Saúde Mental.

# *Enfermagem no Cuidado à Criança*

---

---

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL: REVISÃO DE LITERATURA

Andria Machado da Silva, Franciele Dal Forno Kinalski  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
andria\_2@hotmail.com

**Introdução:** A hiperbilirrubinemia neonatal é freqüentemente observada em recém-nascidos a termo e prematuros, consistindo em um aumento dos níveis séricos de bilirrubina total <sup>(1)</sup>. A manifestação clínica mais comum da hiperbilirrubinemia é a icterícia (coloração amarelada de intensidade variada da pele e mucosas do recém-nascido) e a principal complicação é o *kernicterus* (impregnação do tecido cerebral pela bilirrubina, acarretando evidência de lesão neuronal) <sup>(1,2)</sup>. **Objetivo:** Este trabalho tem como objetivo descrever as formas de tratamento da hiperbilirrubinemia, destacando a relevância da assistência de enfermagem nas diferentes modalidades de tratamento. **Metodologia:** Este trabalho trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo do tipo revisão bibliográfica. **Resultados:** A atuação do enfermeiro inclui a identificação dos sinais de icterícia e cuidados durante o tratamento, que pode envolver fototerapia, exsanguíneo transfusão e utilização de medicamentos que acelerem seu metabolismo e excreção. **Conclusão:** A assistência de enfermagem ao recém-nascido com hiperbilirrubinemia possibilita um tratamento mais efetivo e eficaz, diminuindo as complicações decorrentes dessa patologia.

**Descritores:** recém-nascido, assistência de enfermagem, hiperbilirrubinemia neonatal

### Referências:

1. Nader SS, Pereira DN. Atenção integral ao recém-nascido: guia de supervisão de saúde. Porto Alegre: Artmed; 2004.
2. Sousa ALTM, Florio A, Kawamoto EE. Neonato, a criança e o adolescente. São Paulo: Epu; 2001.

## **CARACTERIZANDO RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À INSERÇÃO DO CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA**

Geovana Rhoden Estorgato, Jéssica Quaresma da Silva  
Hospital Regina  
supegeo@hotmail.com

**Introdução:** O avanço tecnológico instrumentalizou o profissional enfermeiro que presta atendimento ao recém-nascido (RN) internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O cateter central de inserção periférica (PICC) tornou-se uma boa opção para a administração de terapia intravenosa em neonatos que necessitam de um acesso venoso seguro e de longa permanência, uma vez que a rede venosa destes pacientes é limitada. A imaturidade do sistema vascular faz com que os acessos venosos sejam perdidos com grande frequência, trazendo como conseqüências a interrupção da terapêutica adotada e os danos secundários ao extravasamento de soluções. Além disso, há um maior risco de infecção nestes pacientes, devido às inúmeras punções venosas que são realizadas. Todos estes fatores geram estresse e dor no neonato, contribuindo para uma recuperação mais lenta e um maior tempo de internação hospitalar. O PICC é um dispositivo inserido por uma veia periférica, que migrará até a veia cava superior ou inferior e que apresenta baixos riscos de infecção e de complicações desde o momento da inserção até a sua retirada<sup>1</sup>. É indicado o uso em neonatos prematuros extremos; RN com indicação terapêutica de nutrição parenteral total (NPT) por um tempo prolongado; pacientes submetidos a cirurgias, portadores de malformações e síndromes; e na administração de soluções hiperosmolares e com pH não fisiológico. O PICC é contra-indicado em RN com lesão/infecção cutânea próxima ao local de inserção; em neonatos com edema ou dissecção venosa prévia; nos casos de alteração anatômica, que interfiram na progressão do cateter; em pacientes com policitemia, pelo risco de obstrução do cateter; e se houver recusa dos pais. Além disso, têm-se como desvantagens para o uso deste tipo de dispositivo a exigência de treinamento especial para sua inserção, a utilização de veias íntegras para punção e uma maior vigilância para a manutenção do cateter<sup>2</sup>. O enfermeiro devidamente habilitado e capacitado está respaldado legalmente para realizar o procedimento de inserção do PICC, conforme a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 258/2001, artigos 1º e 2º. Sendo assim, cabe ao enfermeiro inserir, manipular e retirar este tipo

de cateter<sup>3</sup>. **Objetivo:** O objetivo principal deste estudo foi caracterizar os neonatos submetidos à inserção do PICC durante a internação em UTIN. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, retrospectiva. A coleta dos dados ocorreu através de informações colhidas de indicadores de qualidade pertencentes a uma UTIN, de um hospital privado da Região do Vale do Rio dos Sinos. Foram analisadas 20 ferramentas que continham informações sobre o neonato submetido à inserção do PICC e o procedimento, no período de dezembro de 2008 a julho de 2009. **Resultados:** Dos 20 cateteres inseridos, somente 17 (85%) migraram com sucesso, sendo que 3 cateteres (15%) não progrediram no lúmen do vaso, não obtendo o resultado desejado. Dos 20 neonatos submetidos ao procedimento, 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino. Referente ao Capurro, 25% eram neonatos com Capurro entre 25/30 semanas; 40% com 30/35 semanas; e 35% superior a 35 semanas. Os diagnósticos dos pacientes deste estudo foram: 45% prematuridade, 25% sepse associada a prematuridade, 10% sepse isolada, 10% hipertensão pulmonar e 10% outros. Quanto à idade na data do procedimento: 5% dos neonatos tinham menos de 24 horas de vida no momento da inserção do cateter; 35% possuíam mais de 24 horas de vida; 25% mais de 48 horas de vida; 15% possuíam 72 horas de vida; e 20% superior a 72 horas de vida. Indicação para passagem do cateter: 65% dos casos para instalação de NPT, 10% para infusão de volume e eletrólitos e 25% para infusão de NPT combinado com antibioticoterapia. Obteve-se sucesso na primeira tentativa de punção venosa com o introdutor em 60% dos casos, na segunda tentativa em 20%, na terceira tentativa em 15% dos casos e em 5% ultrapassaram-se três tentativas de punção. O membro de primeira escolha para passagem do cateter foi o membro superior direito (50%). O membro superior esquerdo corresponde a 30% das escolhas e o membro inferior direito a 5%. No entanto, 15% dos procedimentos foram sem sucesso, no qual o cateter não migrou. Não houve punções venosas para introdução do PICC em membro inferior esquerdo e região cefálica. Referente ao tempo de permanência do cateter, a média maior de tempo foi de 5 a 10 dias em 30% dos casos; inferior a 5 dias em 20% dos casos; e de 10 a 15 dias em 20% dos pacientes. O cateter permaneceu entre 15 e 20 dias em 10% dos neonatos e superior a 20 dias em 5% destes. Motivos que sucederam à retirada do PICC: 41,1% por término do tratamento; 17,6% por obstrução do cateter; 23,5% por óbito do RN; 11,8% por infiltração do acesso venoso e extravasamento de medicação; e 5,9% por suspeita de infecção. Não houve casos de rompimento do cateter. **Conclusões:** Este estudo disponibilizou um maior conhecimento acerca do

uso do PICC, caracterizando os neonatos que fizeram uso deste tipo de dispositivo endovenoso durante a internação na UTIN. Sabe-se que o PICC vem sendo muito utilizado pelas equipes de saúde, por ser um acesso venoso seguro e de longa permanência, minimizando, assim, os riscos de infecção ao RN. Uma outra vantagem deste tipo de acesso é a melhor resposta do neonato ao tratamento, por estar menos exposto à dor e ao estresse. Neste estudo, a maior parte dos pacientes submetidos à inserção do PICC foi do sexo feminino, prematuros, com idade gestacional de 30/35 semanas. A indicação para uso do cateter foi para infusão de NPT. O sucesso na inserção do cateter ocorreu, em sua grande maioria, na primeira tentativa de punção venosa, sendo que o membro superior direito foi o membro de maior escolha para a realização das punções. O maior tempo de permanência do cateter foi de 5 a 10 dias e o motivo de sua retirada foi pelo término do tratamento. A inserção do PICC traz benefícios não somente para os neonatos e suas famílias, mas também para as instituições de saúde, que terão menores índices de infecção hospitalar e uma maior satisfação dos clientes. Portanto, deve-se investir na capacitação e qualificação, para se tenha um maior número de profissionais habilitados para realizar este tipo de procedimento.

**Descritores:** Recém-Nascido, Cuidados de Enfermagem, Cateterismo Periférico.

**Referências:**

1. CAMARGO PP, KIMURA AF, TOMA E, TSUNECHIRO MA: Localização inicial da ponta de cateter central de inserção periférica (PICC) em recém-nascidos. Revista Enf USP v 42, p 10-22, 2008.
2. JESUS VC, SECOLI SR: Complicações acerca do cateter venoso central de inserção periférica (PICC). Revista Cienc Cuid Saúde v 6, p 252-260, 2007.
3. RODRIGUES ZS, CHAVES EMC, CARDOSO MVLML. Atuação do enfermeiro no cuidado com o Cateter Central de Inserção Periférica no recém-nascido. Rev Bras Enferm. v 59, p 626-629, 2006.

## SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DE MECÔNIO E O PAPEL DO ENFERMEIRO: REVISÃO DE LITERATURA

Andria Machado da Silva, Franciele Dal Forno Kinalski  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
andria\_2@hotmail.com

A síndrome da aspiração de mecônio é presença de desconforto respiratório em recém-nascidos com líquido amniótico meconial ao nascimento, com quadro radiológico pulmonar compatível e cujos sintomas não podem ser explicados por outra causa <sup>(1)</sup>. Esta síndrome é importante causa de morbi-mortalidade neonatal caracterizando-se por variados graus de insuficiência respiratória <sup>(2)</sup>. O mecônio é composto por secreção gastrointestinal, muco, bile e ácidos biliares, suco pancreático, restos celulares, lanugo, vernix caseoso, líquido amniótico e sangue. Existem duas hipóteses para explicar a eliminação de mecônio intra-útero: processo asfíxico, sinal de maturidade fetal. Ocorre devido ao aparecimento de movimentos respiratórios do tipo *gasping* intra-útero. As complicações incluem ação direta do líquido amniótico meconial sobre os vasos umbilicais e fetais (vasoconstrição), doença pulmonar iniciada pelo processo de aspiração meconial para as vias aéreas: obstrução de vias aérea, inflamação (pneumonite química), inibição da ação do surfactante (atelectasia) e hipertensão pulmonar. O presente estudo tem como objetivo descrever as modalidades de tratamento da síndrome de aspiração do mecônio destacando o papel do enfermeiro. Este trabalho trata-se de em estudo qualitativo, exploratório, descritivo do tipo revisão bibliográfica. O tratamento da síndrome envolve aspiração traqueal em sala de parto, seguida de suporte ventilatório para assegurar uma oxigenação adequada, cobertura antibiótica e tratamento das complicações. O enfermeiro é responsável pela administração do suporte ventilatório e de medicamentos, monitorização, avaliação de sinais de infecção e complicações, contribuindo para o sucesso do tratamento.

**Descritores:** recém-nascido, assistência de enfermagem, síndrome de aspiração de mecônio.

### Referências:

1. Navantino AF. Perinatologia básica. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
2. Gomella TL. Neonatologia: manejo, procedimentos, problemas no plantão, doenças e farmacologia neonatal. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.

## SÍNDROME DO BEBÊ SACUDIDO: UM DESAFIO NO CUIDADO DE ENFERMAGEM

Gabriele Jongh Pinheiro Bragatto, Simone Algeri, Sheila Rovinsk Almoaquerg, Simone Shenckel, Talitha Raffo da Silva

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

[gabriele.gabriele@ig.com.br](mailto:gabriele.gabriele@ig.com.br)

**Introdução:** A violência contra crianças é um grave problema de Saúde Coletiva, responsável em todo mundo por altas taxas de mortalidade e morbidade. Nesse sentido, há um tipo específico de violência física praticada contra bebês classificada como Síndrome do Bebê Sacudido. A Síndrome do Bebê Sacudido (SBS) ou, em inglês, "*Shaken Baby*", caracteriza-se pela presença de um conjunto de sinais e sintomas decorrentes do ato de sacudir vigorosamente o bebê, causando-lhes danos cerebrais de intensidade variável, podendo ocasionar seqüelas neurológicas permanentes e morte (CAMPOS, 2006). A real freqüência da SBS é imprecisa ou subestimada, mas estima-se que a taxa anual de incidência esteja entre 11 a 24 casos por 100.000 crianças menores de um ano de idade (BARLOW, MINNS, 2000). Uma em cada 4 vítimas de SBS morrem e mais da metade sofrerá déficit visual e/ou neurológico. (CARBAUGH, 2004). **Objetivo:** Visa oferecer subsídios aos acadêmicos e profissionais de saúde, em especial de enfermagem, de modo que estes possam se instrumentalizar para identificação e manejo adequado da Síndrome do Bebê Sacudido, uma vez que a relevância desse trabalho para a enfermagem reside no fato de que estes profissionais permanecem grande parte do tempo em contato direto no cuidado com a criança e seus familiares, o que difere em relação a outros membros da equipe de saúde. **Metodologia:** O estudo é do tipo Pesquisa Bibliográfica conforme a metodologia descrita por Gil (2002). Segundo este autor, a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, sendo estes livros e artigos científicos principalmente. **Fisiopatologia:** Crianças choram muito. Estima-se que menores de 01 ano possam passar até 20% do tempo chorando (MIEHL, 2005). Este fato pode produzir extrema angústia nos cuidadores da criança, assim na tentativa de acalmá-la a qualquer custo, estes podem assumir atitudes bruscas ou violentas tais como puxões ou empurrões, sacudidas e apertões. Tais forças desproporcionais entre um adulto e uma criança, conjuntamente com particularidades óssea e vascular da criança (especialmente ossos longos e encéfalo) podem promover lesões em áreas mais suscetíveis, tais como retina, vasos subdurais, tábua óssea e

ossos longos. O mecanismo preciso da lesão neurológica permanece desconhecido. Ocorrem a partir de movimentos rápidos e repetitivos de flexão, extensão e rotação da cabeça e do pescoço ao redor e sobre um tronco estável. A estabilidade deste decorre do movimento do perpetrador que usualmente segura a criança justamente pelo tronco ou ainda pelos braços e ombros. Ainda em adição as seqüelas dos movimentos rápidos e repetitivos, as vítimas costumam sofrer as conseqüências de um impacto, pois após a sacudida costumam ser arremessadas. A cinemática dessas lesões é diferente daquelas causadas por acidentes de balanço ou carrossel, explicando a diferença do quadro clínico (CARBAUGH, 2004). O cérebro infantil contém uma maior proporção de água e menor taxa de mielina em relação ao adulto, sendo assim ele é mais gelatinoso e mais facilmente compressível e maleável dentro do crânio durante uma sacudida. A rápida aceleração seguida de também de rápida desaceleração, adicionadas de forças rotacionais costumam resultar em lesão difusa. Ainda o dano costuma advir quando o cérebro choca-se com a face interna dos ossos do crânio. Além das batidas do conteúdo neuronal encefálico, os vasos do crânio também sofrem. A vasculatura da tábua óssea, das meninges, do globo ocular e do parênquima igualmente sofrem as forças de tração. Agravando o quadro, a microvasculatura do encéfalo contém paredes delgadas tornando-as mais suscetíveis ao rompimento e sangramento (CARBAUGH, 2004). São reconhecidos na SBS alguns tipos de acometimento ocular: hemorragia retiniana e/ou vítrea, podendo haver conseqüente isquemia e descolamento de retina. Diversos mecanismos são propostos para estas alterações, como trauma direto à retina, hipertensão intracraniana ou intra-ocular e ruptura traumática da vasculatura. A lesão ocular mais característica da SBS consiste na hemorragia retiniana, causada pelo aumento súbito na pressão venosa central em função da compressão das veias cava superior e jugular pelos apertões e sacudidas no tórax e ombros (PANTRINI, 2002). **Resultados:** O objetivo do tratamento é garantir prioritariamente que a criança esteja segura e evitar abusos futuros. O cuidado da criança com Síndrome Do Bebê Sacudido é individualizado. A detecção e intervenção precoces melhoram o prognóstico. A enfermagem tem um papel importante na identificação e na atuação frente estes casos. **Considerações Finais:** Identificar os fatores de risco é uma etapa crucial na prevenção da SBS. Uma combinação de fatores está relacionada a SBS, seja em relação à criança, cuidadores ou riscos sociais e ambientais. Fatores ambientais e sociais influenciam nos níveis de tensão de todos os indivíduos. Inúmeros fatores podem aumentar o nível de tensão e conseqüentemente o risco par SBS, como baixa renda familiar, problemas financeiros,

falta de recursos sociais de apoio, insatisfação com a nova condição, seja pelo espaço na moradia, pelo tempo despendido no cuidado a criança, pela mudança nos hábitos de lazer, entre outros (WALLS, 2006). Pais de crianças hospitalizadas têm freqüentemente muitos fatores de risco como níveis aumentados de ansiedade, hostilidade, depressão, perda do auto-controle e baixa adaptação. O cuidador pode sentir-se exausto, cansado, bravo, frustrado, triste e culpado. E podem sofrer medo, baixa estima, decepção e aflição pela perda de um bebê normal ou perfeito. A administração do tempo, da vida diária, da vida social, das necessidades médicas e custos podem ser subjugados e exige grandes demandas emocionais e financeiras nas famílias das crianças doentes ou com cuidados especiais (CARBAUGH, 2004). Pais de crianças que foram abusadas ou negligenciada durante o do primeiro ano de vida, mostraram possuir arranjos de cuidado inadequados, pouco uso dos serviços de saúde, pouco espaço para a criança, decepção no gênero do bebê, consideraram abortar a criança e tiveram uma história familiar de abuso ou negligência (CARBAUGH, 2004). O quadro clínico da SBS é um desafio para o profissional da saúde, pois se apresenta das mais variadas formas e mimetiza as mais diversas situações, desde quadros graves até simples e breves sintomas. O diagnóstico diferencial já começa na anamnese, onde informações importantes já podem ser colhidas. Nos casos de SBS, geralmente encontra-se uma história inconsistente, com queixas vagas e sem cronologia de tempo comnexo causal. Ainda, costuma haver um período de tempo desproporcional entre os eventos clínicos e a procura pela assistência (MIEHL, 2005). A partir da suspeita da SBS pela anamnese e exame físico, complementação diagnóstica deve ser encaminhada para não atrasar o tratamento e alterar o prognóstico. Exames complementares de imagem são as melhores ferramentas nesse sentido. Importante ressaltar que o prognóstico depende tanto do tipo de lesão sofrida como do tipo de intervenção terapêutica e da rapidez com que esta é instituída. As complicações mais freqüentes, e infelizmente sérias também, são convulsão, hidrocefalia, paralisia cerebral, retardo mental, microcefalia e cegueira (CARBAUGH, 2004). Ainda há associação da SBS com algumas formas de demência (CARBAUGH, 2004). A prevenção é ponto chave na abordagem do problema, onde evitar é muito mais eficaz que tratar. Assim, ao abordar a questão da prevenção, é fundamental que as pessoas que lidam com a SBS tenham conhecimento e treinamento acerca desta condição. As intervenções de prevenção podem ser classificadas em primária, secundária e terciária. As primárias são aquelas atividades dirigidas para a população geral, com orientações universais e programas que visem

lembrar a importância da SBS e suas repercussões. As secundárias são os mesmos tipos de atividade, porém algo mais intensificadas pois são direcionadas para as populações de risco para receber ou praticar maus-tratos. As terciárias são dirigidas para aquelas pessoas que já tenham sofrido maus-tratos ou vítimas de SBS, com o intuito de evitar a recorrência e minimizar as conseqüências negativas (MIEHL, 2005).

**Descritores:** síndrome do bebê sacudido, violência, enfermagem pediátrica.

## **VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A CRIANÇA, UM DESAFIO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Talitha Raffo da Silva, Gabriele Jongh Pinheiro Bragatto, Simone Algeri

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

talitharaffo@yahoo.com.br

**Introdução:** A violência sexual contra a criança é um grave problema de saúde pública e apresenta-se de diferentes formas. Considera-se abuso sexual todo o tipo de contato sexualizado, desde falas eróticas ou sensuais e exposição da criança a conteúdos pornográficos até o estupro seguido de morte (Pereira,2002). O abuso sexual muda a vida da criança para sempre, pois ele deixa conseqüências psicológicas e/ou físicas na vítima. A suspeita de que a criança possa estar em situação de abuso sexual deve ser investigada e denunciada para os órgãos competentes para que previna-se a recorrência da violência e, a criança deve ser encaminhada para acompanhamento multidisciplinar, com profissionais capacitados para trabalhar formas de minimizar danos. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre possui o Programa de Proteção a Criança, que trabalha de forma multiprofissional visando à atenção as crianças em que há suspeita de violência, confirmação ou vulnerabilidade e suas famílias. O PPC foi criado em 1993, a partir da necessidade de um atendimento mais amplo às crianças em situação de violência e conta com uma equipe multiprofissional composta por assistentes sociais, enfermeiras, pediatras, psiquiatras, psicólogas, representantes do serviço de recreação e uma representante do Ministério Público. No ano de 2009, entre estas crianças, o índice de pacientes com suspeita de abuso sexual foi alto e, os encaminhamentos foram diversos. **Objetivo:** Este trabalho objetiva oferecer subsídios aos acadêmicos e profissionais de saúde, em especial de enfermagem, de modo que estes possam se instrumentalizar para identificação e

manejo adequado da criança com suspeita de abuso sexual, uma vez que a relevância desse trabalho para a enfermagem reside no fato de que estes profissionais permanecem grande parte do tempo em contato direto no cuidado com a criança e seus familiares, o que difere em relação a outros membros da equipe de saúde.

**Metodologia:** O estudo é do tipo Pesquisa Bibliográfica com comparação ao banco de dados do Programa de Proteção a Criança do HCPA do ano de 2009. Segundo Gil(2002), a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de materiais já elaborados, sendo estes livros e artigos científicos principalmente. **Fisiopatologia:** O abuso sexual infantil é considerado, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como um dos maiores problemas de saúde pública. A sua real prevalência é desconhecida, visto que muitas crianças não revelam seu abuso, somente conseguindo falar dele na idade adulta (BERLINER, 1995). Entre os anos de 2000 e 2003 a Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Criança e ao Adolescente (ABRAPIA) recebeu 1547 denúncias de suspeita de abusos sexual sofridas por crianças no país todo, destas 76% meninas e 17% meninos, o restante não foi notificado. Sabe-se que este número não vem de dados absolutos. O abuso sexual é um assunto tapado por um “muro de silêncio”, do qual fazem parte os familiares, vizinhos, e, algumas vezes os próprios profissionais que atendem as crianças vítimas de violência (Braun, 2002). Abuso sexual é comumente entendido apenas como o ato sexual em si, com penetração ou sexo oral, porém entende-se por abuso sexual qualquer contato sexual com a criança. No caso de abuso sexual contra a criança alguns elementos são adicionados ao fato de a criança não poder se defender e muitas vezes aceitar o abuso como uma forma de carinho do abusador, se esse é alguém de sua confiança. O abuso sexual na criança gera uma série de problemas físicos e psicológico na criança, e muitas vezes na família em que ela está inserida. Segundo Santos (2009), o abuso sexual pode ser dividido entre intrafamiliar e extrafamiliar. As situações de abuso sexual extrafamiliar geralmente acontecem apenas uma vez, em um episódio de estupro, envolvendo uma pessoa desconhecida. Já o abuso sexual intrafamiliar uma dinâmica de funcionamento específica, conforme o abusador adquire a confiança da criança, os contatos sexualizados tornam-se mais íntimos. Muitas das crianças que sofrem ou sofreram abuso sexual demoram ou até mesmo não contam ao seu cuidador sobre o abuso. A revelação do abuso vai depender da forma com a qual o abuso aconteceu, qual a relação da criança com o abusador, e a confiança da criança com a pessoa na qual ela revelará o abuso. Existe uma série de comportamentos recorrentes observados nas crianças que sofrem abuso, esses se observados por

outros podem ser entendidos como "sintomas" de crianças que sobrem abuso, podendo assim essas pessoas identificarem o abuso a fim de intervenção. Alguns desses comportamentos podem ser: regressão de comportamento infantilizado, não condizente com a idade, baixo desempenho escolar, tristeza, isolamento, ansiedade, agressividade, impulsividade, medo excessivo, sentimento de culpa (pedido excessivo de desculpas), desconfiança, fuga de casa, comportamento muito sexualizado não condizendo com a idade da criança, abuso de outras crianças, distúrbios do sono (pesadelos, terror noturno), distúrbios alimentares (anorexia, bulimia), tentativa de suicídio(em crianças mais velhas), masturbação compulsiva, dores abdominais recorrentes, problemas em controle de esfíncteres já controláveis para a idade (FLORES; CAMINHA, 1994). O abuso sexual é um acontecimento que ocasiona uma série de questionamentos e pensamentos na criança, o que afeta diretamente seu desenvolvimento psicológico. O abuso força a criança a avançar uma etapa normal de seu desenvolvimento sexual, pois ela não tem como evitar a estimulação sexual durante o ato(FURNISS, 1993). Segundo a OMS transtornos psicológicos ocasionados pelo abuso podem ser: stress psicológico, depressão, ansiedade, a criança sente-se suja/danificada, pensamento/comportamento suicida, e os resultados comportamentais, tais como baixa auto-estima, medo, auto-mutilação, transtorno do estresse pós-traumático,e queixas psicossomáticas. Segundo Furniss(1993) existem sete fatores que estão ligados aos danos psicológicos do abuso sexual: idade do início do abuso; tempo de duração do abuso; grau de violência ou ameaça de violência; diferença de idade entre abusador e criança; grau de estreitamento da relação entre abusador e criança; ausência de figuras parentais protetoras; grau de segredo. A violência sexual tem grande impacto no desenvolvimento físico das crianças, quanto mais nova a criança é quando abusada, maiores problemas físico podem acontecer. Segundo a OMS as complicações físicas mais comuns são: complicações ginecológicas, tais como sangramento vaginal, dor pélvica crônica e infecções do trato urinário, problemas de saúde reprodutiva, incluindo gravidezes não desejadas, infecções como HIV / AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs); quando há resistência da criança podem ocorrer ainda fraturas, escoriações, hematomas. Segundo a ABRAPIA (2002) o abusador pode ser agressivo, mas na maioria das vezes, ele ameaça, ou consegue convencer a criança a não reagir ao abuso. Tem medo e sempre vai negar o abuso quando for denunciado ou descoberto. Segundo Peter (2009) em uma amostra de 345 abusadores, apenas 10% destes eram do sexo feminino, notando-se assim um prevalência do abusador do sexo masculino. O adulto não abusador tem papel

fundamental na proteção e auxílio da criança em situação ou perigo de abuso sexual. Estes adultos enquanto integrantes da família tem o papel de cuidar e fazer com que a criança sintam-se segura. As mães das crianças abusadas podem ter diferentes reações ao serem informadas sobre o abuso, algumas podem apresentar depressão, ansiedade ou transtorno de estresse pós-traumático. A crença da mãe na criança é fundamental à sua proteção e no seguimento do tratamento físico e psicológico da criança (SANTOS, 2009). **Resultados:** O objetivo do tratamento multidisciplinar é garantir prioritariamente que a criança esteja segura, minimizar danos e evitar abusos futuros. O cuidado da criança com suspeita de abuso sexual é individualizado, demanda dedicação de tempo e capacidade de observação. Através dessa "rede de cuidado", o Programa de Proteção à Criança consegue atuar de maneira a proteger a criança, intervir nos casos de doença física ou psíquica, proporcionando tratamento e seguir com os encaminhamentos legais, além de qualificar os profissionais do Hospital acerca do assunto de violência. Faz-se essencial em qualquer caso ou suspeita de abuso, que a pessoa faça denúncia, afim de que imediatamente essa criança estará recebendo auxílio e proteção de um órgão responsável. A psicoterapia é um recurso utilizado para ajudar a criança a entender melhor a si mesma e a situação de abuso, ajudando-a a enfrentar as dificuldades decorrentes do abuso. **Considerações Finais:** A temática de abuso sexual da criança ainda é um assunto que é tratado como "tabu", muitas crianças seguem em situação de abuso por negligência de familiares que não denunciam e/ou não acham que o abuso é algo com o que se preocupar. Pela dificuldade em identificar e manejar corretamente as vítimas de abuso sexual, muitas destas crianças acabam sem atendimento ou qualquer tipo de encaminhamento acerca do abuso, o que gera uma série de transtornos. Os adultos envolvidos com a criança em situação de abuso tem o dever de denunciar o abuso, pois caso não o façam estarão sendo coniventes com a situação, tornando-se cúmplices do caso e é dever do profissional de saúde encaminhar esta criança e sua família para os recursos que possam melhor assisti-las, tratar e acompanhar posteriormente.

**Descritores:** Violência Sexual, Criança, Pediatria.

## A CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS TRATOS: INTERDISCIPLINARIEDADE NA ÁREA DA SAÚDE

Grassele Denardini Facin Diefenbach, Maria da Graça Corso da Motta, Viviane Marten  
Milbrath

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
grassele@hotmail.com

**Introdução:** A violência é algo que sempre esteve presente no contexto da sociedade, devido sérias dificuldades de relacionamento as pessoas acabam cometendo atitudes agressivas, podendo se manifestar de diferentes formas, sendo considerada como um problema social. A violência infantil envolve negligência, violência psicológica, violência física e violência sexual, que geralmente acontece dentro da própria casa da criança, e na maioria das vezes o agressor são os próprios genitores. Assim é de suma importância que os profissionais da saúde mantenham-se atentos a todos os sinais e sintomas que possam sugerir maus tratos a criança. O conceito de interdisciplinaridade surgiu no século XX e só a partir daí começou a ser enfatizado como necessidade de transcender o conhecimento fragmentado, embora tenha existido sempre a idéia, em maior ou menor grau, da união do saber<sup>1</sup>. No caso da interdisciplinaridade, deve-se levar em consideração a complexidade dessa área de atuação para os profissionais da saúde, pois apesar de não possuir um sentido único pode ser caracterizada como a troca de saber entre os especialistas e pelo grau de integração real entre os profissionais desta área, como também a reciprocidade, mutualidade, o que se torna fundamental na atenção a criança que sofre violência.

**Objetivo:** Discutir a cerca da importância da equipe interdisciplinar no cuidado a criança que sofre violência. **Metodologia:** Reflexão teórica embasada em literatura científica de periódicos, bases de dados e livros. **Discussão:** Devido aos avanços científicos e tecnológicos, são crescentes as pesquisas relacionadas à Enfermagem, bem como o número de alunos e pesquisadores envolvidos no processo de produção de conhecimento. Conhecida como ato de cuidar dos enfermos, a Enfermagem se consolida e se constitui através de inúmeras tecnologias que surgem como estratégias e/ou instrumento de trabalho do enfermeiro, fazendo com que estes profissionais deixem de ser apenas cumpridores de tarefas, e que possam cuidar da criança na sua integralidade. Para tanto, discute-se a importância do papel da enfermagem no setor da saúde, bem como sua participação no enfrentamento às causas e problemas gerais

da saúde, em especial a interdisciplinariedade do cuidado a criança vítima de maus tratos, assunto inovador para uma boa parcela desses profissionais. A violência contra crianças e adolescentes não é um fato recente. Por muito tempo foi considerada uma prática comum, justificada e aceita pelas diferentes sociedades. Atos como o infanticídio, abandono em instituições, escravidão, exploração do trabalho infantil e mutilação de membros para causar compaixão e facilitar a mendicância estão abundantemente relatados na literatura<sup>2</sup>. Um projeto de cunho interdisciplinar envolve a colaboração entre os assistentes, visando um conhecimento do “todo”; tal complexidade se acentua quando se procura entender a saúde da criança como um todo; portanto, é fundamental tomar a interdisciplinaridade como um processo e também uma filosofia de trabalho, que é tomada na hora de enfrentar problemas e questões que preocupam o indivíduo. Para tanto a interdisciplinaridade vem propor o questionamento nas relações, no sentido do interagir, do comunicar, do trocar, do agir comunicativo e da suspeita crítica, além de reafirmar a importância das diferenças, da individualidade e especificidade nas relações profissional de saúde – paciente e inter-profissional. É importante ressaltar que esta criança requer uma assistência que exceda das atividades desenvolvidas no contexto hospitalar, ou seja, requer articulação com outros setores da sociedade tais como o Conselho Tutelar e o Poder Judiciário. Conforme a Lei nº 8.069 de 13/07/90<sup>3</sup>, dispõe em seu artigo 13 que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescentes serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais. Bem como em seu artigo 245. Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra a criança ou adolescente: Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência. A interdisciplinaridade, portanto, é um desafio, já que investe na formação de vínculos e laços sociais, além de propor uma ação conjunta entre os profissionais para que, na convivência, surja o aprendizado e, com isso, uma mudança de referencial teórico prático de cada categoria profissional, que com a articulação entre os saberes faz com que ocorra uma visão mais integral e compreensiva, sendo também cobrada a competência na área específica de atuação, porém, antes mesmo que a interdisciplinaridade praticada no externo ocorra, ela tem que ser sentida dentro do sujeito, pela presença na falta e, conseqüentemente, fazendo com que busque no outro algo que possa completá-lo<sup>4</sup>. A melhor maneira de

uma criança cooperar com a equipe de saúde depende da forma e do grau de respeito e confiança que a mesma demonstra em relação a criança. Quanto ao grau de confiança, essa deve ser adquirida mediante conversa e disciplina da equipe, a criança vítima de maus tratos deve ser abordada durante todo o tratamento, e suas dúvidas discutidas constantemente entre a equipe, até que suas dúvidas possam ser sanadas, a fim de proporcionar um cuidado integral, conseqüentemente melhorando a qualidade de vida desta. É com o diálogo contínuo e a conduta profissional comprometida com a ação, que se deve consertar algumas distorções, permitindo que a criança expresse suas fantasias e discuta suas expectativas. **Considerações finais:** Pode-se completar que a situação de sofrimento da criança que passa por maus tratos aponta para uma significativa importância do trabalho conjunto da equipe de saúde interdisciplinar, em especial do enfermeiro, por ser o profissional que atua mais diretamente com esta, bem como os demais profissionais da área. Destacou-se a importância que assume a detecção dos sinais e sintomas da violência infantil, tendo em vista o encaminhamento dessa criança antes mesmo que novas situações ocorram, não proporcionando assim a devida atenção a esta criança bem como o conforto necessário dentro de uma unidade de internação. Como provedora de cuidados, a enfermagem deve colaborar para a saciedade do problema, bem como, com os outros profissionais da saúde, de forma que possam evoluir os resultados das intervenções administradas como também ser a defensora da criança, quando a mesma se mostrar ineficaz. Assim, toda a equipe deve rever suas condutas e avaliar suas concepções, assumindo assim, sua responsabilidade frente a criança que sofre de maus tratos. Essa percepção é o que se pode denominar de uma abordagem interdisciplinar, pois implica na integração dos diversos conhecimentos disciplinares, presentes na equipe de saúde e na criança. Embora, equipe de saúde e sujeito, tenham lógicas diferentes para compreender a os sinais de violência, a interdisciplinariedade (enquanto compreensão teórica-prática) é a representação do possível, no combate a violência infantil que se apresenta para criança como obstáculo intransponível.

**Descritores:** Maus-Tratos Infantis, Enfermagem, Interdisciplinaridade

**Referências:**

1. Vilela, Elaine Morelato; Mendes, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enfermagem., Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, 2003.
2. Ana L.D. Pires, Maria C.O.S. Miyazaki; Maus-tratos contra crianças e adolescentes: revisão da literatura para profissionais da saúde. Arq Ciênc Saúde 2005 jan-mar;12(1):42-9

3. Lei 8069, de 13 de julho de 1990. Dispões o estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências. Título II. Dos Direitos Fundamentais. Capítulo I Do Direito à Vida e à Saúde.
4. Castro, José R. Siqueira. Interdisciplinaridade na saúde. Associação Brasileira de Medicina Psicossomática-ABMP. 2007.

## **CRIANÇA QUE CONVIVE COM HIV/AIDS: PERCEPÇÕES DE EDUCADORES DE UMA CRECHE**

Franciele Dal Forno Kinalski, Nair Regina Ritter Ribeiro  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
francy0108@hotmail.com

**Introdução:** Atualmente, grande parte das crianças vai para creche após os quatro meses de idade, quando termina o período de licença maternidade da maioria das mães que trabalham com vínculo empregatício no Brasil. Entres estas, incluem-se crianças que convivem com HIV/Aids. Sabe-se que muitas pessoas pouco ou nada sabem sobre este tema. Por isso, tem-se como objetivo deste estudo, identificar a percepção de educadores de uma creche sobre o vírus HIV e a criança que convive com este, e assim, conhecer suas dúvidas e detectar mitos e preconceitos sobre o assunto. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, no qual a coleta de dados foi realizada através de entrevistas semi-estruturadas com nove educadores de uma creche do município de Porto Alegre. Os dados foram avaliados conforme técnica de análise de conteúdo proposta por Minayo (2008)<sup>1</sup>. Os aspectos éticos foram contemplados e o projeto recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS. Entre os resultados, destaca-se que os educadores possuem conhecimento sobre o tema HIV/Aids, no entanto, este provém de meios de comunicações informais, e não, da orientação de profissionais especializados. Quanto aos cuidados para com esta criança, houve presença de medo, inquietações, dúvidas e preconceitos por desconhecerem quais, realmente, são estes. Salienta-se a necessidade de preparação dos educadores sobre este tema. Sugere-se uma parceria continuada entre saúde e educação, proporcionando orientações que acabem com o risco de discriminação que a criança que convive com HIV/Aids possa vir a sofrer no ambiente educacional infantil.

**Descritores:** HIV, Creches, Cuidado da Criança.

**Referências:**

1. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008. 407 p.

**PERCEPÇÃO E VIVÊNCIAS DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL E DA ADESÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DOS FAMILIARES/CUIDADORES NOS MUNICÍPIOS DE PORTO ALEGRE E SANTA MARIA/RS.**

Maria da Graça Corso da Motta, Eva Neri Rubim Pedro, Aramita Prates Greff, Cristiane Cardoso de Paula, Débora Fernandes Coelho, Eliane Tatsch Neves, Helena Issi, Nair Regina Ritter Ribeiro, Neiva Isabel Raffo Wachholz, Regis Kreitchmann, Stela Maris de Mello Padoin, Aline Goulart Kruehl, Aline Ribeiro, Everton Eduardo Dellamora Raubustt, Franciele Dal Forno Kinalski, Gabriela Bottan, Gláucia Bohusch, Laís Machado Hoscheidt, Marcelo Padoin, Marina Rizza Fontoura, Paula Manoela Batista Poletto  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
paulampoletto@gmail.com

**Introdução:** Trata-se de um estudo multicêntrico, transversal apresentando duas etapas: quantitativa e qualitativa. Intitulado: IMPACTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NOS MUNICÍPIOS DE PORTO ALEGRE E SANTA MARIA/RS. O presente estudo é relevante não somente por investigar um tema que tem despertado a atenção de estudiosos e pesquisadores na atualidade em relação à epidemia do HIV/aids, mas, também, por investigar questões pouco exploradas do cotidiano de crianças e adolescentes que realizam tratamento antirretroviral. Aborda-se, nesta apresentação, a etapa qualitativa do estudo referente ao cotidiano medicamentoso da criança e do adolescente na perspectiva da família. **Objetivos:** O estudo tem por objetivos gerais avaliar o impacto da adesão à terapêutica antirretroviral de crianças e adolescentes na perspectiva da família, criança e adolescente e desvelar a percepção e as vivências, em relação ao tratamento antirretroviral e à adesão, desse grupo nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS. O objetivo dessa apresentação é abordar os achados referentes à percepção e as vivências dos familiares/cuidadores de crianças e adolescentes que convivem com HIV/aids e tem indicação para tratamento antirretroviral. **Método:** O estudo

desenvolveu-se em dois municípios do Estado do Rio Grande do Sul – Porto Alegre e Santa Maria. Apresentando, inicialmente, como locais de realização do estudo, três serviços de referência para o atendimento às crianças e aos adolescentes com diagnóstico de aids e que realizam o tratamento antirretroviral: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), o Serviço de Assistência Especializada em DST's e aids (SAE) localizado no Centro de Saúde Vila dos Comerciantes, e o Hospital de Clínicas de Porto Alegre, além de serem incluídos, no decorrer desta pesquisa, o Serviço de Atenção Terapêutica (SAT) do Hospital Sanatório Partenon e o Grupo de Atenção a aids Pediátrica do Ambulatório de Pediatria Hospital da Criança Conceição. Os critérios para a seleção dos casos para inclusão no estudo foram crianças (de zero a 12 anos) ou adolescentes (de 13 a 19 anos) com diagnóstico de aids e em tratamento com antirretroviral por, pelo menos, três meses. No caso das crianças, os respondentes do formulário quantitativo foram os familiares/cuidadores/responsáveis, e, no caso dos adolescentes, foi necessária a autorização dos próprios. A investigação pretende avaliar a realidade em suas múltiplas dimensões e complexidades e compreender suas diferentes interfaces; sendo assim, se elegeu a abordagem quantitativa para desenvolver a primeira etapa e, para a segunda etapa, a abordagem qualitativa. Assim, após a coleta dos dados quantitativos deu-se início à produção dos dados qualitativos por meio do desenvolvimento das dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) propostas pelo Método Criativo Sensível <sup>[1]</sup>. As dinâmicas de criatividade e sensibilidade foram realizadas com três grupos diferentes: familiares/cuidadores, crianças e adolescentes. Tendo por participantes 12 familiares/cuidadores, cinco crianças e cinco adolescentes, selecionados a partir da fase quantitativa. Assim, foram desenvolvidas as DCS Mapa Falante, Modelagem e Livre para Criar em cinco encontros, envolvendo crianças, adolescentes e familiares/cuidadores, totalizando 22 sujeitos nos dois municípios participantes do estudo. O grupo dos familiares/cuidadores apresentou faixa etária entre dezesseis e oitenta anos, sendo responsáveis por 50% ou mais das doses diárias de ARV das crianças ou dos adolescentes. Dentre os familiares/cuidadores há um sujeito do sexo masculino e onze do sexo feminino. Em relação ao parentesco, foram identificados: bisavô, mães biológicas, mães adotivas, irmã e avó materna. A DCS Mapa Falante foi desenvolvida com um grupo de cinco familiares/cuidadores de crianças e adolescentes vivendo com aids, tendo por objetivo conhecer a percepção da família que convive com a aids em relação ao tratamento medicamentoso no longo prazo e desvelar a vivência em relação ao uso de antirretrovirais das crianças e adolescentes. A dinâmica

Mapa Falante consiste na produção de um mapa desenhado pelos participantes com o intuito de demonstrar suas redes de relações com a comunidade referente ao objeto de estudo - adesão ao tratamento medicamentoso. Nesse estudo, essa DCS teve como questão geradora de debate: Qual é o lugar do tratamento medicamentoso da criança no percurso do adoecimento? De que forma esse(s) lugar(es) são percebidos e vivenciados em sua história de familiares? **Resultados:** Na análise temática emergiram as seguintes categorias: implicações do cotidiano medicamentoso para as famílias; cuidado familiar na convivência com a síndrome; implicação em revelar o diagnóstico de HIV/Aids e diferentes modos de silêncio no discurso dos familiares. Na categoria implicações do cotidiano medicamentoso para as famílias, os resultados da pesquisa apontaram para as dificuldades em cumprir o horário, fazer a criança tomar o remédio, tomar fora de casa, o gosto da medicação e o tamanho do comprimido, além dos efeitos colaterais. O cuidado familiar foi percebido como um processo de retomada e reorganização da unidade de cuidado que representa a família. Para não esmorecer diante das dificuldades que surgem quando a criança/adolescente adoecer, as famílias buscam formas de enfrentamento, com elementos facilitadores. A decisão da família em revelar o diagnóstico de aids para a criança ou ao adolescente é um dos maiores desafios, o qual poderá ser enfrentado com o apoio de profissionais de saúde. Dado os fatos de a epidemia ser acompanhada de estigma, gravidade e letalidade, passa a ser um processo de difícil enfrentamento. No discurso dos familiares cuidadores sobre o cotidiano medicamentoso emergiu o silêncio representado por não falarem no assunto em casa ou na sociedade; que somente em casa tomam o medicamento, pois os colegas não sabem de sua condição sorológica e, por isso, também escondem o remédio. **Conclusões:** O cuidador familiar, para seguir nessa caminhada junto ao filho que vive com o HIV/aids, precisa reorganizar-se e, com frequência, abre mão do trabalho para assumir integralmente seus cuidados. Essas famílias precisam poder contar com um atendimento de saúde comprometido, através de uma equipe preparada para acolher suas necessidades, enfatizando-se o vínculo e o acolhimento eficiente, eficaz e resolutivo.

**Descritores:** Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Anti-Retrovirais e Família.

**Referência:**

1. CABRAL, I. E. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. IN: CARDOSO, G.C; ARRUDA A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2005;10(1):151-62.

## **PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES QUE VIVEM COM HIV/ AIDS ACERCA DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL**

Maria da Graça Corso da Motta, Eva Neri Rubim Pedro, Aramita Prates Greff, Cristiane Cardoso de Paula, Débora Fernandes Coelho, Eliane Tatsch Neves, Helena Issi, Nair Regina Ritter Ribeiro, Neiva Isabel Raffo Wachholz, Regis Kreitchmann, Stela Maris de Mello Padoin, Marina Rizza Fontoura, Aline Goulart Kruehl, Aline Ribeiro, Everton Eduardo Dellamora Raubustt, Franciele Dal Forno Kinalski, Gabriela Bottan, Gláucia Bohusch, Laís Machado Hoscheidt, Marcelo Padoin, Paula Manoela Batista Poletto

**Introdução:** A aids, identificada no início da década de 1980, foi associada, inicialmente, aos grupos de risco e adotou proporções diferenciadas nas questões de saúde relacionadas à assistência e à prevenção. Contudo, a infecção pelo HIV, nos últimos anos, tem acometido, principalmente, indivíduos femininos, em idade reprodutiva, com baixa renda e escolaridade e em cidades do interior do país, expondo o grupo de crianças e adolescentes da população. Pode-se considerar a aids uma pandemia, pois, atingiu simultaneamente os cinco continentes. Caracterizada uma síndrome, impõe inúmeras implicações e desafios à saúde da população, tanto na prevenção quanto na assistência. Assim, reafirma-se a necessidade de aprofundar estudos que indiquem de que modo estão sendo desenvolvidas essas práticas no cotidiano familiar/cuidador e das equipes de saúde, visando propor estratégias e ações de saúde que atinjam a esse grupo, revertendo em melhor adesão e qualidade de vida. Trata-se de um estudo multicêntrico, transversal apresentando duas etapas: quantitativa e qualitativa. Intitulado: IMPACTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NOS MUNICÍPIOS DE PORTO ALEGRE E SANTA MARIA/RS, CONTRATO Nº (UNESCO): ED03756/2006 TRPJ Nº As-3833/2006. Tendo como objetivos gerais avaliar o nível de adesão ao tratamento antirretroviral (ARV) em crianças e adolescentes com aids e desvelar a percepção e a vivência, em relação ao tratamento antirretroviral, na perspectiva da família, da criança e do adolescente que vive com aids nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria (RS). Aborda-se, nesta apresentação, a etapa qualitativa referente ao cotidiano medicamentoso do adolescente. Para tanto, utilizou-se a dinâmica de criatividade e sensibilidade (DCS), proposta pelo Método Criativo Sensível<sup>(1)</sup>. O método caracteriza-se pela valorização da singularidade de cada participante do grupo e pela coletivização das experiências.

Esse método possibilita múltiplos olhares sobre determinado tema, a partir do encontro de saberes singulares que constroem o conhecimento coletivo. A interação grupal cria um espaço privilegiado que favorece aos participantes o conhecimento de si e do outro de maneira mais completa, revelando o modo de ser de cada um, seus juízos de valor, seu imaginário, dentre outros. A DCS Livre para Criar foi desenvolvida com um grupo de cinco adolescentes, com idades entre onze e catorze anos, que realizam tratamento antirretroviral. A dinâmica Livre para Criar consiste em oferecer materiais lúdicos diversos, possibilitando a criação artística livre para produção dos dados qualitativos, a fim de responder as questões geradoras do debate. Neste estudo, essa DCS teve como questão geradora do debate com o grupo de crianças e adolescentes: Como é para ti tomar o remédio sempre, todos os dias, o dia todo? Os resultados apontaram os seguintes temas: conhecimento da doença e tratamento; cotidiano medicamentoso; cuidado à saúde; e silêncio. O relato dos adolescentes demonstra a percepção da doença através das informações relacionadas aos exames de carga viral e CD4, formas de infecção do HIV e revelação do diagnóstico. Destacase a carga viral como elemento presente na fala de todos os adolescentes deste estudo, quando abordam as questões relacionadas à doença. O exame simboliza a relação entre saúde e doença, a partir da qual o adolescente percebe o seu tratamento. No cotidiano medicamentoso observa-se que os adolescentes receberam orientações sobre o armazenamento e percebem a importância de tomar a medicação para sua saúde, porém, uma das dificuldades é a rigidez dos horários e a pontualidade para tomar os ARV, o que implica adaptações em seu cotidiano. Para tomar os ARV, os adolescentes e sua família buscam estratégias para terem doses fora do horário da escola. O adolescente toma o ARV nos períodos em que está em casa, o que possibilita a privacidade em seu tratamento e a manutenção do sigilo diagnóstico. Outra dificuldade relatada pelos adolescentes é a apresentação dos ARV referente ao tamanho, ao gosto, à quantidade e ao uso permanente. Fica evidente nos depoimentos que há uma preocupação acerca da necessidade de ter consigo a “sacola” dos medicamentos para não atrasar o horário de tomada. No entanto, os medicamentos geram atenção quanto a sua integridade, revelando a aquisição de responsabilidades para com o seu tratamento. Quanto ao cuidado à saúde, os adolescentes expressam a compreensão do cuidado que precisam ter com sua saúde, devido à condição sorológica e o tratamento ARV. A infecção pelo HIV e o consequente adoecimento por aids demandam cuidados aos adolescentes referentes as suas necessidades especiais de saúde, tanto da doença em si quanto em suas

repercussões no processo de crescimento e desenvolvimento puberal. Outra questão refere-se à importância do diálogo na relação de cuidado entre a família e o adolescente. Na adolescência, a família e os profissionais passam a perceber a necessidade de revelar o diagnóstico, tanto pelo desabrochar da sexualidade quanto pela adesão ao tratamento. Precisam falar abertamente, sem silêncios ou segredos, para que o adolescente possa comprometer-se conscientemente com o seu cuidado, com os conhecimentos e as ferramentas necessários para proteger a sua saúde e a de outros. Quanto ao silêncio, percebe-se que poucas pessoas na rede de relações sabem do diagnóstico. É possível supor que a revelação do diagnóstico na escola esteja relacionada à necessidade de pessoas-chave saberem, caso ocorra algum incidente com o adolescente nas dependências da escola. O adolescente que vive com aids precisa aprender a cuidar de si, assumir a responsabilidade com suas necessidades de saúde e descobrir estratégias de manter o tratamento diante das dificuldades que vivencia no cotidiano. O modo de cuidar de si é apreendido paulatinamente pelo adolescente, que necessita ser apoiado para apropriar-se de responsabilidades com a sua própria saúde. Isso pode ser percebido na possibilidade, por exemplo, de começar a ir sozinho ao serviço de saúde e demonstrar compreender a doença que possui, suas repercussões na saúde e as demandas de cuidado. O desenvolvimento da autonomia para o cuidado precisa estar em consonância com o desenvolvimento psico-cognitivo-social de cada adolescente. Cada um tem seu modo e tempo próprio de adquirir competências e habilidades em seu desenvolvimento para refletir, entender e assumir suas possibilidades e limitações.

**Descritores:** Adolescente, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Anti-Retrovirais.

**Referência:**

1. Cabral I. Evangelista, Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 1999.

## **ATIVIDADE EM GRUPO COM PAIS DE BÊBES PREMATUROS HOSPITALIZADOS**

Melissa de Azevedo, Eliane Norma Wagner Mendes

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

melissadeazevedo@yahoo.com.br

A Organização Mundial da Saúde classifica como recém-nascido pré-termo (RNPT) aquele bebê que nasce, independente do seu peso ao nascer, com menos de 37 semanas de gestação. De acordo com os indicadores de saúde do Ministério da Saúde/DATASUS, observa-se que entre os anos de 1998 e 2008 houve uma redução da natalidade e da mortalidade neonatal; entretanto, os índices de prematuridade e de baixo peso ao nascer aumentaram. O nascimento prematuro de um filho é uma situação difícil para toda a família, especialmente quando o bebê necessita de cuidados especializados e permanece por vários dias e até meses em unidades de internação neonatais; quanto maior a imaturidade do bebê e menor o peso ao nascer, mais este precisa de cuidados diferenciados e de período de hospitalização prolongado para a sua recuperação. A hospitalização do bebê, por sua vez, é um momento de crise para toda a família, pois repercute na interação afetiva entre eles, podendo também interferir no estabelecimento de relações afetivas futuras. Em vista disso, acredita-se que o acolhimento oferecido pelos profissionais de saúde ao RNPT e seus pais deva ser estendido aos demais membros da família envolvidos nessa situação tão particular. Em virtude da hospitalização prolongada, o bebê prematuro permanece exposto a um ambiente estressante, que, além de afetar a formação do vínculo e do apego com os pais, comprovadamente interfere no seu crescimento e seu desenvolvimento. Os recém-nascidos pré-termo precisam do contato íntimo e do convívio com os pais para manterem seu crescimento e desenvolvimento durante o período pós-natal. Além disso, a participação da família, em especial da mãe, nos cuidados para com o bebê mostra-se essencial na perspectiva do cuidado humanizado em unidades neonatais, pois oportuniza a interação com a criança, favorecendo o estabelecimento do apego e do vínculo entre eles. Deve-se ainda considerar que, muitas vezes, os pais, por desempenharem a função parental prematuramente, não estão preparados e se sentem inseguros quanto ao seu papel junto ao bebê. Assim, salienta-se a importância do trabalho de orientação e de apoio dos profissionais da saúde com relação aos familiares dos prematuros internados, auxiliando-os a enfrentar esse momento tão difícil para o bebê e sua família. O Ministério da Saúde

preconiza que sejam desenvolvidas atividades lúdicas e práticas que possibilitem a troca de experiência entre os familiares durante a hospitalização da criança e que se discutam experiências individuais vivenciadas nesse período. A atividade desenvolvida em grupo, por sua vez, apresenta-se como uma estratégia para o trabalho em saúde que propõe apoio aos pais e familiares na situação de prematuridade e hospitalização do bebê, favorecendo a manifestação de sentimentos, assim como o esclarecimento do processo de cuidado do prematuro internado. O “Grupo de Pais de Bebês Prematuros” constitui-se em uma das atividades que compõem a ação de extensão denominada de ESTUDOS SOBRE O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO, registrada na Pró-Reitoria de Extensão da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e iniciada em 2005. Trata-se de um relato de experiência a partir das atividades desenvolvidas com o “Grupo de Pais de Bebês Prematuros”. Esta atividade em grupo é realizada semanalmente na Sala dos Pais, localizada na Unidade de Internação Neonatal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O “Grupo” tem como objetivo principal incentivar os pais a prestarem cuidados e contribuírem para o crescimento e o desenvolvimento do filho prematuro, e, como objetivos secundários, preservar a relação familiar e promover a inserção do bebê no seu meio social; oferecer aos pais a oportunidade de falarem sobre a sua participação no cuidado ao filho no ambiente hospitalar e conversarem sobre as vitórias e as dificuldades que vivenciam neste período. A captação dos pais para participarem da atividade é feita semanalmente através de busca ativa, mediante a identificação dos bebês prematuros internados e um contato prévio com os pais ou dos familiares presentes, momento em que eles são orientados acerca dos objetivos do encontro. Além disso, são afixados cartazes informando sobre a realização da atividade nos murais da Unidade de Internação Neonatal, e é colocado um convite na incubadora do bebê, que serve como lembrete e para divulgar o local e o horário dos encontros. O grupo de pais vem sendo desenvolvido desde o ano de 2005, com a realização de três a quatro encontros mensais. Além dos familiares dos bebês, participam dessa atividade bolsistas de extensão universitários, alunos do curso de graduação e pós-graduação em enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS e de enfermeiros voluntários. Os temas apresentados nos grupos, sob a forma de discussões, enfocam a prematuridade e suas implicações para o cuidado hospitalar e domiciliar, sendo desenvolvidos através de palestras informais com recursos audiovisuais, atividades lúdicas e práticas. Até o momento, contamos com a presença de pais, avós, tios e irmãos de bebês prematuros internados no HCPA. Observou-se o predomínio da presença materna.

Acredita-se que esse predomínio se deve ao fato de que é a mãe que geralmente permanece mais tempo com o filho durante a sua hospitalização. As preocupações mais frequentes manifestadas pelos participantes durante a realização do grupo enfocam o ganho ponderal diário; a terapêutica; o regime nutricional e o pequeno volume tolerado na alimentação; a manutenção da lactação, a introdução e a manutenção do aleitamento materno; o estabelecimento da respiração e a apnéia da prematuridade; o método canguru; o vestuário; o uso de bico; o banho; a higiene do coto umbilical; os acidentes na infância; a alta hospitalar do bebê com baixo peso e os cuidados com a criança no domicílio. Os participantes se dizem motivados a manifestarem suas dúvidas, pois têm condições de compartilhar suas experiências e reforçar sua função parental com pessoas em situação semelhante. Ao final de cada encontro, questionam-se os pais a respeito de outros temas que eles consideram relevantes para serem trabalhados e discutidos na semana seguinte. O desenvolvimento do grupo de pais de prematuros oportuniza um momento de reflexão e de apoio para os familiares envolvidos com a hospitalização do bebê, além de auxiliar no estabelecimento da competência parental, prejudicada pelo afastamento da criança em decorrência da necessidade de internação.

**Descritores:** prematuro, pais, educação em saúde.

## **O ESGOTE MAMÁRIO E A ESTÍMULAÇÃO DA LACTAÇÃO EM MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO HOSPITALIZADOS**

Aline Maser de Souza, Melissa de Azevedo, Maria Luzia Chollopetz da Cunha  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

alinems08@gmail.com

**Introdução:** A prematuridade é uma das principais causas de internação e de altos índices de morbimortalidade no período neonatal. Os recém-nascidos pré-termo - aqueles nascidos antes da 37ª semana de gestação -, muitas vezes, devido a sua imaturidade, precisam ser cuidados em unidades de internação neonatais por longos períodos<sup>1</sup>. Assim sendo, a mãe e família têm um importante papel junto ao recém-nascidos pré-termo (RNPT), e a sua inclusão no cuidado ao bebê hospitalizado objetiva o fortalecimento e a manutenção do vínculo parental com a criança. Da

mesma forma, o ato de incentivar a manutenção láctea e a amamentação é uma maneira de aproximar a mãe do cuidado ao filho<sup>2</sup>. O leite materno é considerado a forma mais natural e apropriada para a alimentação dos RNPT, pois, em sua composição, são encontrados elementos nutricionais essenciais adequados para alimentação desses bebês<sup>3</sup>. Além das vantagens nutricionais, outros aspectos são apontados para a importância da oferta de leite materno, entre eles: colaborar com a maturação gastrointestinal; reduzir a incidência de infecção, de re-internações e de mortalidade; favorecer o desenvolvimento neurocognitivo e psicomotor; auxiliar na maturação da retina e diminuir a gravidade da retinopatia da prematuridade. Sabe-se que a lactogênese humana ocorre em três estágios, um durante a gestação e os outros após o nascimento do bebê; ela depende de muitos fatores e da ação de dois hormônios essenciais, a ocitocina e a prolactina. A prolactina - na gestação - é responsável por preparar as mamas para a secreção do leite, e - durante a lactação -, por sintetizar e secretar o leite, em resposta ao esvaziamento das mamas. O outro hormônio essencial, a ocitocina, é responsável pelo reflexo da ejeção do leite, sendo que a sua liberação pode ser motivada pela sucção do seio materno, por estímulos que façam a mãe lembrar do bebê, pensamentos, sons, imagens ou odores<sup>4</sup>. Para as mães de bebês que ainda não mamam, orienta-se fazer a retirada do leite através do esgote das mamas, obtendo-se, assim, um resultado semelhante ao da sucção do bebê para a produção do leite. Nesses casos, os métodos da ordenha manual ou com bombas manuais e elétricas podem ser ensinados a essas mães. O sucesso na ordenha mamária depende de alguns cuidados, como a lavagem efetiva de mãos, a escolha de um lugar tranquilo para o esgote e a realização de massagens delicadas nas mamas e no mamilo, que auxiliam a preservar a integridade das mamas e a produção de leite. Preconiza-se que o esgote mamário seja iniciado o mais cedo possível, até 6 horas após o parto, favorecendo o estabelecimento da produção láctea. Outro fato importante a ser ressaltado é a frequência da ordenha que deve ser parecida com o número de mamadas diárias de um bebê, de 8 a 10 vezes por dia. Estudos apontam e recomendam que o início precoce do esgote mamário após o parto e a frequência diária são fatores importantes para o estabelecimento da lactação em mães de prematuros hospitalizados<sup>5</sup>. **Objetivo:** Identificar quando ocorre o primeiro esgote mamário após o parto, bem como a frequência do esgote nos primeiros quatro dias após o nascimento. **Método:** Trata-se de um estudo de coorte realizado na Unidade de Internação Neonatal e no Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O Banco de Leite Humano do HCPA permanece aberto 24

horas por dia e atende preferencialmente mães de recém-nascidos e de crianças internadas nas unidades do HCPA, mulheres lactantes do quadro funcional do HCPA ou da comunidade em geral. As mães que realizam o esgote mamário nesse ambiente utilizam uma bomba de sucção a vácuo. O leite materno coletado é pasteurizado antes da sua utilização na alimentação das crianças. A amostra do estudo será composta por 130 mães e seus RNPT que nascerem com idade gestacional  $\geq 32$  e  $< 37$  semanas, que estejam internados na Unidade de Internação Neonatal e que estejam sendo amamentados na alta hospitalar. A coleta de dados envolve consultas aos prontuários e entrevista com a mãe na véspera da alta do bebê. O projeto foi aprovado pela Comissão de Ética e de Pesquisa do HCPA sob o número 09.291.

**Resultados Parciais:** A pesquisa, iniciada em setembro de 2009, encontra-se em fase de coleta de dados. Até março de 2010, foram incluídas e analisadas 59 mães e seus filhos. Dentre as características dos bebês prematuros estão as seguintes: idade gestacional média de  $34,59 \pm 1,27$  semanas; peso médio ao nascer de  $2178,98 \pm 536,81$ g; 54,24% nascidos de parto cesáreo; peso médio na alta hospitalar de  $2363,31 \pm 426,82$ g; mediana do tempo de internação hospitalar de 14 dias (8-85). Quanto às características das mães, destacam-se: idade média de  $26,73 \pm 7,41$  anos; escolaridade média de  $9,31 \pm 3,53$  anos; tempo médio de internação hospitalar após o nascimento de  $3,29 \pm 1,46$  dias; cor branca; média de  $5,49 \pm 2,41$  consultas de pré-natal; 55,93% primíparas; 88,14% têm companheiro; 71,18% residente na capital ou cidade metropolitana e 54,24% não trabalha fora de casa. O primeiro esgote mamário foi realizado no Banco de Leite Humano do Hospital do HCPA com mediana de 24 (8,5-57,25) horas após o parto e a média de  $3,17 \pm 1,62$  esgotes diários nos primeiros quatro dias depois do nascimento. **Conclusão:** O esgote mamário vem sendo iniciado tardiamente e realizado com frequência inferior à recomendada para o estabelecimento da lactação em mães de prematuros. As descobertas deste estudo podem auxiliar os profissionais de saúde – especialmente os enfermeiros – a avaliarem as condutas vigentes e a otimizarem estratégias de orientação e apoio às mães de RNPT no estabelecimento da lactação e da amamentação.

**Descritores:** prematuro, lactação, enfermagem neonatal.

**Referências:**

1. Gaiva MAM, Gomes MMF. Cuidando o neonato: uma abordagem de enfermagem. Goiânia: AB; 2003.
2. Howard KM, Allen M. Breastfeeding. In: Cloherty JP, Eichenwald EC, Stark AR. Manual of Neonatal Care. 5ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 139-45.

3. Scochi CGS et al. Alimentação Láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. Ciênc Cuid e Saúde. 2008; 7(2): 145-54.
4. Júnior WM, Romualdo GS. A anatomia e Psicofisiologia da lactação. In: Carvalho MR, Tamez RN. Amamentação: bases científicas. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p. 3-14.
5. Jones E. Initiating and establishing lactation in the mother of a preterm infant. J Neonatal Nurs. 2009; 15 (2): 56-9.

## **SATISFAÇÃO DE PAIS E ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**

Sinéia Machado, Fátima Helena Cecchetto, Fernando Riegel, Eveline Franco da Silva  
Faculdade Nossa Senhora de Fátima

**Introdução:** Pacientes e familiares constituem membros ativos da equipe de cuidados. Quando a assistência pediátrica se estende às necessidades e preocupações familiares, proporciona uma estrutura de apoio aos profissionais de saúde, ademais ao receber informações adequadas, a família sente-se reconhecida e se interessa pelo tratamento terapêutico, influenciando positivamente no prognóstico da criança. Para os pais, as unidades pediátricas representam ambientes de esperança e de medo. Esperança por saber que este é um local preparado para atender melhor seu filho e aumentar as chances de sobrevivência. Medo, por saber dos riscos inerentes aos pacientes que vão para tal ambiente, e ainda, sentimentos de frustração, por não estarem, em geral, preparados para esta separação. Portanto, é importante que o profissional esteja capacitado para atender às necessidades dos familiares, quanto às suas angústias e ansiedades em relação ao ambiente, em que se encontra o filho, proporcionando respostas às suas dúvidas, o que torna a hospitalização mais humana. O processo de trabalho, as normas e rotinas das unidades, geralmente, são elaborados em função das necessidades dos serviços e não dos clientes. Horários de visitas, de alimentação e outros não são adequados, de modo a favorecer o familiar cuidador, mas à conveniência dos serviços. O direito de que os pais ou responsáveis pela criança participem do diagnóstico, tratamento e prognóstico, sendo informados sobre os procedimentos que a mesma será submetida, é assegurado através da Resolução 41/95 do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e Adolescente. Apenas permitir à família estar junto da criança não significa que se esteja cuidando e auxiliando a família. Para tanto, é importante que se exerça, na prática da Enfermagem, uma abordagem que contemple a família como parte do foco

do cuidado, exigindo da equipe mudança na perspectiva do cuidado, incluindo os familiares como colaboradores do cuidado, estimulando a sua participação e salientando a importância da sua participação no cuidado, como peça importante na recuperação do filho. Assim, o profissional deve estar atento e entender que a hospitalização de uma criança modifica, em muito os aspectos, a rede familiar, pois a criança fica em poder de pessoas desconhecidas, e seus parentes têm que confiar nesses indivíduos. A criança fica com medo, por não saber nada do que lhe está acontecendo, por não entender os vários aparelhos, e procedimentos que, enfim, são realizados. Estende, então, as ações de enfermagem ao cuidado da família no âmbito hospitalar; as ações educativas estarão voltadas aos cuidadores familiares e profissionais, enquanto participa ativamente das decisões da equipe interdisciplinar.

**Objetivos:** identificar a satisfação dos pais e acompanhantes de crianças hospitalizadas acerca da assistência prestada pelos profissionais de saúde. **Método:** Estudo exploratório-descritivo, transversal, de campo, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na unidade de internação pediátrica de um hospital filantrópico, localizado na Região Nordeste do Estado do Rio Grande do Sul, que conta com 120 leitos para atendimento da população pelo Sistema Único de Saúde, convênios e particular. O setor de internação pediátrica é constituído por doze leitos, sendo dois apartamentos privativos e cinco semi-privativos, anexo ao setor encontra-se uma capela e uma sala de recreação pediátrica. Os serviços de enfermagem são prestados por uma equipe composta por doze integrantes: quatro enfermeiras e oito técnicos de enfermagem, sendo uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem para cada turno. Para participar da pesquisa os sujeitos deveriam seguir critérios de inclusão e exclusão. Foram excluídos do estudo acompanhantes sem grau familiar com o paciente internado, que não estivessem acompanhando a criança há mais de dois dias e a recusa de participação. Incluíram-se então os acompanhantes responsáveis pela guarda da criança que estivessem acompanhando a mesma a partir do segundo dia de internação, com idade igual ou superior a 18 anos. Portanto, a amostra do estudo ocorreu por conveniência, totalizando 35 familiares responsáveis por crianças internadas no setor de internação pediátrica do hospital. A coleta de dados ocorreu no período de 07 a 15 de outubro de 2009 através de um questionário estruturado tendo como base o referencial teórico sobre a satisfação dos pais durante a internação do filho, elaborado e aplicado pela autora principal. As informações coletadas foram organizadas e codificadas manualmente nos instrumentos as dimensões demográficas, os aspectos sociodemográficos e o conhecimento dos pais em relação aos cuidados

prestados ao filho, sendo que, para cada resposta, houve um único valor. Após essa etapa, deu-se a análise de dados através do banco de dados do *software* EPI INFO 2002, sendo utilizada dupla digitação à comparação das freqüências das variáveis. A análise das questões quantitativas ocorreu pela estatística descritiva, as variáveis categóricas foram expressas por meio de freqüência absoluta e relativa, bem como de tabelas. Esta pesquisa contemplou a Resolução 196/1996, onde os sujeitos são esclarecidos sobre os objetivos do estudo e implicações de sua participação, recebendo garantia de sigilo, anonimato e possibilidade de desistir o estudo a qualquer momento. Foi garantido a todos participantes do estudo que não haveria nenhuma forma de coação em decorrência de seus depoimentos. Cada sujeito assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foi mantido com uma cópia a qual continha os dentre outros, o contato da pesquisadora responsável. A pesquisa somente teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Nossa Senhora de Fatima Os princípios bioéticos de beneficência, não maleficência, justiça, confiabilidade, privacidade e veracidade foram respeitados. **Resultados:** A pesquisa revela que 62,9% (22) das crianças já estiveram internadas outras vezes. À medida que as internações se repetem, mãe e criança vão ficando cada vez mais fragilizadas. O estudo demonstra que a grande maioria dos entrevistados, 94,3%, está satisfeita com o tratamento realizado e apenas 5,7% estão descontentes, demonstrando que em relação ao tratamento, a equipe está desempenhando seu papel Nesta investigação o que favoreceu a satisfação dos acompanhantes e a satisfação com o tratamento pode estar relacionado a uma comunicação constante. Quanto aos serviços realizados com atenção ao cuidado, 100% dos sujeitos entrevistados declararam-se satisfeitos com o tratamento realizado. Em relação ao que poderia ser feito para melhor atendê-los, 12,6% (5) relataram que seria mais importante que os funcionários tivessem mais atenção nos procedimentos realizados e 5,7% (2) que seria necessário mais médicos no pronto-atendimento; outros motivos somaram 8,57% (3). **Conclusões:** Neste contexto, os resultados apontam que os familiares em sua maioria estão satisfeitos com os cuidados prestados ao seu filho. A elevada satisfação identificada neste estudo sugere a exigência do processo de humanização da assistência, o que garante aos familiares atendimento humanizado e integral suprindo todas as necessidades de saúde existentes. Outro dado importante a realçar é a presença do pai no cuidado da criança internada. Apesar de a mulher assumir ainda o papel de mãe, responsável pelo cuidado a sua prole, a figura paterna vem ganhando um forte espaço como cuidador, dividindo as tarefas que até então

eram atribuídas apenas pela mulher. Acrescenta-se que esta investigação obteve subsídios para o alcance da excelência na qualidade dos serviços e na assistência as crianças hospitalizadas. Além disso, teve o intuito de contribuir e divulgar cientificamente os resultados e as reflexões acerca da satisfação dos pais, durante a hospitalização do filho doente, como forma de contribuir à consolidação dos conhecimentos na área de saúde pediátrica. Dessa forma, é possível ampliar as discussões e o conhecimento, por meio de especializações que valorizem e intensifiquem os cuidados, de modo a capacitar ainda mais os profissionais para o papel que irão desempenhar. Frente ao exposto, as informações provenientes deste estudo podem ser utilizadas pela equipe de enfermagem das instituições, como proposta de adequação, ou intensificação das ações de promoção da saúde, no que se refere à satisfação dos pais, durante internação de filho.

**Descritores:** Criança hospitalizada, Satisfação do usuário, Enfermagem pediátrica.

## **A PERCEPÇÃO DA CRIANÇA QUE CONVIVE COM CÂNCER ACERCA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Bruna Rocha da Rosa, Cibele Borges Mendonça, Janilce Quadros, Kellyn Vargas,  
Laura Silveira da Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

b.rocha.rosa@gmail.com

**Introdução:** A infância é uma fase de desenvolvimento cognitivo crítico a qual qualquer instabilidade poderá acarretar numa modificação no progresso intelectual dessa criança. O câncer nessa faixa etária é um fator desorganizador, logo, quando uma criança é hospitalizada, as pessoas que irão cuidar de sua saúde poderão influenciar em seu desenvolvimento emocional, podendo essa influência ser tanto positiva quanto negativa em sua vida. Portanto compreender a percepção da criança é um fator fundamental para um cuidado expressivo e o enfermeiro, sendo o integrador de todo o cuidado, tem o dever de entender esse infante e efetivar essa assistência baseado em suas percepções. **Objetivo:** Compreender as percepções da criança que convive com o câncer acerca dos cuidados de enfermagem. **Método:** Trata-se de uma Revisão Integrativa, segundo Cooper (1982), realizada em cinco etapas: formulação do problema; coleta de dados; avaliação dos dados; análise e interpretação dos

dados; e apresentação dos resultados. **Resultados:** Consultando a base de dados LILACS foram encontrados 247 artigos, porém, apenas quatro respondiam à questão levantada. O medo e a dor prevalecem em todos os artigos selecionados, enquanto que outras percepções - raiva, tristeza,- percebidas pelos artigos, tiveram uma menor expressão. **Conclusões:** O enfermeiro, como membro efetivo do cuidado, tem necessidades de conhecer as diferentes etapas do desenvolvimento humano a fim de prestar os cuidados adequados ao nível de desenvolvimento do paciente, despindo-se assim de conceitos retrógrados e percebendo a criança como um ser que tem sentimentos e emoções próprias, necessitando de cuidados ímpares e relacionados a essas necessidades relatadas pela criança, reduzindo o medo e os possíveis eventos traumáticos que possam surgir.

## **AS REDES DE CUIDADOS DE CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE**

Bárbara Andrés, Eliane Tatsch Neves

Universidade Federal de Santa Maria

babiandress@gmail.com

**Introdução:** Nos últimos anos, no Brasil, houve uma mudança significativa na Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), de 70,9 em 1984 para 22,5 por mil nascidos vivos em 2004 (BRASIL, 2008). Conseqüentemente, se por um lado constata-se o aumento da sobrevivência das crianças, por outro, verifica-se a elevação da morbidade de crianças clinicamente frágeis. Crianças que apresentam condições especiais de saúde, necessitando de cuidados e serviços além do exigido por crianças em geral, são classificadas como crianças com necessidades especiais de saúde, as CRIANES (McPHERSON, 1998). Em se tratando de cuidados domiciliares, encontra-se a família como unidade de saúde, sendo esta, entendida como relacionamentos em que pessoas vivem juntas e estão comprometidas, formando uma unidade econômica e cuidando-se umas das outras (KENDALL, LINDEN, MURRAY, 1998). Além da família, a rede social é importante no cuidado as CRIANES. As redes sociais referem-se ao número e tipo de membros que fazem parte de suas relações sociais, sendo definidas como aquelas que compreendem não apenas a família nuclear ou extensa, mas aos vínculos interpessoais ampliados e as relações que são estabelecidas na comunidade

(SLUZKI, 1997). Após a alta hospitalar de uma CRIANES perde-se o contato com a família e não se tem informações sobre seu acompanhamento nos serviços de saúde na comunidade em que está inserida. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo descrever as redes de cuidados dos familiares cuidadores de uma CRIANES no contexto da comunidade. **Materiais e métodos:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com uma abordagem participativa. A produção de dados foi desenvolvida por meio do Método Criativo Sensível com o desenvolvimento da Dinâmica de Criatividade e Sensibilidade Mapa Falante com os familiares cuidadores de CRIANES durante uma visita domiciliar com as seguintes questões geradoras (QG) de debate: "Tendo como ponto de partida a sua casa, onde você leva seu filho para realizarem o seguimento de saúde? Quais são as pessoas e/ou instituições que ajudam?" A captação dos sujeitos da pesquisa ocorreu por meio de um sorteio aleatório do banco de dados da pesquisa "*Crianças egressas da terapia intensiva neonatal: caracterização das necessidades especiais de saúde e do acesso aos serviços de seguimento em saúde – Santa Maria – RS*" referente ao ano de 2003. Para a análise dos dados foram utilizadas ferramentas analíticas da Análise de Discurso francesa. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição sob número de CAEE 0003.0.243.000-8. Os participantes da pesquisa foram os avós de João (CRIANES), Ana e Pedro (nomes fictícios) residentes em um bairro da periferia do município de Santa Maria - RS em uma casa de alvenaria, onde reside apenas o casal. A família tem renda de aproximadamente dois salários mínimos nacionais, que mantêm três pessoas e, ainda, auxilia no custeio das despesas da CRIANES. **Resultados e discussão:** A partir dos resultados da pesquisa encontrou-se que a rede cuidados das CRIANES é composta por uma rede institucional e uma rede familiar. Os familiares de crianças com necessidades especiais de saúde possuem uma vasta, porém fragmentada rede social, constituída por serviços de saúde e locais de apoio afetivo. Com as instituições que prestam atendimento de saúde à criança, percebe-se um forte vínculo, por serem os locais que a família mais frequenta em seu cotidiano. A natureza dos vínculos é determinante na funcionalidade da rede, significando que, quanto mais fortes são os vínculos, mais forte é a rede. No âmbito das instituições, as redes atuam no sentido de fornecer ajuda material e de serviços. Estas redes, criadas a partir da necessidade de acompanhamento clínico das CRIANES, são de extrema relevância por colaborarem nos momentos de crise. Em relação aos serviços de saúde que compõem a rede institucional da família, foi possível perceber que os locais que prestam atendimento de maior complexidade são

acessados preferencialmente aos serviços de nível primário, evidenciando-se a falta de acompanhamento da CRIANES após a alta hospitalar na comunidade em que reside. A ausência de um sistema de referência e contra-referência dificultou a trajetória dos familiares, fazendo com que eles próprios tecessem sua rede em busca de atendimento. Não se verificou integração entre os diferentes níveis de assistência, ferindo os princípios de integralidade e universalidade, preconizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Em desacordo com o SUS, a unidade básica de saúde apresentou-se como o local de vínculo muito fraco com a família e o enfermeiro não apareceu nos relatos da cuidadora. A invisibilidade dos enfermeiros, tanto no ambiente hospitalar quanto na comunidade, pode estar relacionada à falta de vínculo desse profissional com a família. Entende-se que o enfermeiro não se faz presente no processo saúde-doença da criança e não visualiza a família como unidade de saúde da criança, assim, identifica-se que o atendimento às CRIANES está centrado no controle médico. A rede de apoio emocional fica restrita à casa de familiares próximos e aos encontros com outros cuidadores de CRIANES. Na constituição da rede familiar, identificou-se a avó como cuidadora principal da criança, prestando dedicação exclusiva ao neto. As vivências dessa cuidadora resumem-se em atender as necessidades especiais de saúde da criança. De acordo com Peters (1999) é muito comum a ampliação do núcleo familiar através dos avós, beneficiando mutuamente as relações familiares. A invisibilidade de locais de apoio emocional, de lazer e espiritualidade demonstrou a situação de exclusão social a que está exposta a CRIANES e sua família. **Conclusões e recomendações:** Os achados da pesquisa confirmaram que as CRIANES são um grupo emergente ainda invisível perante as políticas públicas, ficando marginalizados no SUS. Dessa forma, remete-se à necessidade de implementação das leis que garantem a assistência a essas crianças, incluindo-as no sistema de forma igualitária. Nesse sentido, as ações dos profissionais de enfermagem, dentre outros profissionais da área da saúde, devem auxiliar no sentido de reorganizar o sistema de saúde vigente, ampliando o cuidado de enfermagem a todos os níveis de assistência. Devido ao exposto recomenda-se, principalmente, uma mudança de pensar e agir dos profissionais da saúde. Cabe aos profissionais, especialmente enfermeiros, facilitar a formação de redes e o acesso a assistência em saúde das CRIANES. Com isso, espera-se que seja considerada, não apenas a sobrevivência dessas crianças, mas a promoção de sua saúde e a qualidade de vida.

**Descritores:** Saúde da criança, Acesso aos Serviços de Saúde, Necessidades especiais.

**Referências:**

1. BRASIL, Censo IBGE - 2001. Disponível em: <www.ibge.gov.br > Acesso em novembro de 2008.
2. McPHERSON, M. *et al.* A new definition of children with special health care needs. *American Academy Pediatr.*, vol. 102, n. 1, p. 137-41, July, 1998.
3. KENDALL, D.; LINDEN, R.; MURRAY, JC. *Sociology our times: the essencial.* Toronto: ITP Nelson; 1998.
4. SLUZKI, C. A. *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997
5. PETERS, J. K. *Mães que trabalham fora: segredos para conciliar a vida profissional e familiar.* São Paulo: Mandarin; 1999.

**CUIDADO DE ENFERMAGEM À CRIANÇA NO AMBIENTE HOSPITALAR: O LÚDICO  
COMO ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

Bárbara Andrés, Eliane Tatsch Neves, Stela Maris de Mello Padoin, Valéria Regina Gais

Severo

Universidade Federal de Santa Maria

babiandress@gmail.com

**Introdução:** O ambiente hospitalar pode se configurar para uma criança como um local hostil que causa medo e angústia. Por se tratar de um ambiente estranho à sua realidade, muitas vezes a criança, assim como familiares sentem-se ameaçados e desprotegidos estando longe de seu lar e à mercê de cuidados prestados por profissionais desconhecidos. (JUNQUEIRA, 2003; MITRE, GOMES, 2004; FAVERO, 2007). Com a intenção de minimizar tal experiência durante a internação hospitalar, pode-se utilizar atividades lúdicas, pois o brincar faz com que a criança se aproxime de sua realidade e consiga lidar com seus sentimentos de medo em relação a essa experiência. Os profissionais que atuam na área pediátrica, muitas vezes, esquecem que a criança tem outras necessidades para além do seu bem estar físico. Assim, é necessário que o profissional estabeleça um vínculo de confiança com a criança e seus familiares/cuidadores, deixando de ser apenas um profissional detentor de conhecimentos técnico-científicos, passando a um aliado que irá facilitar essa experiência. Acreditando ser o lúdico uma estratégia de humanização da assistência de enfermagem, tanto para crianças quanto adolescentes hospitalizados é que fundamentou-se essa experiência pré-profissional. Assim, essa prática justificou-se na

possibilidade de auxiliar no processo de recuperação da saúde, oportunizando momentos de integração entre equipe, familiar/cuidador e criança/adolescente, facilitando sua comunicação e buscando auxiliar na criação de vínculo de confiança por meio do lúdico. **Objetivos:** promover atividades lúdicas que proporcionassem um ambiente mais agradável e uma experiência de internação hospitalar mais tranqüila e realizar atividades de educação em saúde com as crianças e adolescentes hospitalizados. **Descrição metodológica:** As atividades foram desenvolvidas na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital de ensino do sul do Brasil nos meses de março e junho de 2009. Para tanto, foram realizadas atividades lúdicas três turnos por semana. Para fins de organização, foram estabelecidos dias fixos para cada tipo de atividade, que algumas vezes mudaram conforme os interesses das crianças. Assim, as segundas-feiras à tarde eram realizados passeios no Centro de Convivência da Turma do Ique; quartas-feiras a tarde eram os passeios pelo campus da universidade ou de atividades na brinquedoteca e sextas-feiras ou sábados a tarde eram direcionadas para sessões de filme na brinquedoteca. **Relato e discussão da prática desenvolvida:** Para os passeios, as crianças/adolescentes eram convidadas juntamente com seus familiares/cuidadores no início do plantão e, no horário combinado já ficavam prontas para o passeio. No Centro de Convivência, geralmente escolhiam os jogos de *ping pong*, futebol de botão e pebolim, brincando junto com seus pais. Os passeios pelo campus da universidade ocorreram duas vezes, contando com grande parte das crianças, todas acompanhadas pelos seus familiares/cuidadores. Visitas aos prédios do Campus, incluindo exposição de animais, despertou grande excitação a todos. Devido à época do ano os dias frios e chuvosos impossibilitaram a realização de mais passeios. Os filmes em desenho animado começaram a ser exibidos para as crianças com a utilização de aparelho próprio de DVD, e por meio da locação de filmes. Depois de algumas semanas, começamos a utilizar um aparelho de vídeo cassete que foi doado à UIP, juntamente com algumas fitas de filmes e, no último mês, conseguimos mais doações de fitas de vídeo. Assim, as duas caixas contendo o aparelho de vídeo cassete e as fitas eram levadas à brinquedoteca e as crianças, que escolhiam os desenhos que queriam assistir, sentavam-se em frente à televisão atentos. Em algumas tardes, ficavam durante várias horas em silêncio, concentrados, assistindo um filme após o outro. A partir desse contato próximo com pacientes e seus familiares é possível para os profissionais entenderem o momento e as dificuldades pelas quais estão passando a criança e seus familiares durante a hospitalização, humanizando seu cuidado e facilitando a relação

com os pacientes (MITRE, GOMES, 2004; FAVERO, 2007). Em uma tarde, as crianças foram reunidas na brinquedoteca para realizarem a atividade da Pirâmide Alimentar. Disponibilizou-se pirâmides desenhadas em folhas A4 e folhas que continham alimentos, orientando para que pintassem os alimentos, recortassem e colassem nos lugares adequados na pirâmide. Durante essa atividade, discutiu-se sobre a importância de uma alimentação saudável e meios de se alimentar corretamente, conforme as condições financeiras de cada família. Além das atividades realizadas durante as semanas; em meses com datas comemorativas a unidade foi decorada e festinhas foram organizadas com a ajuda da equipe de enfermagem. No mês de abril, durante uma tarde, as crianças foram reunidas na brinquedoteca e disponibilizado jornais, revistas, balões, papel celofane e papel crepom para que confeccionassem ovinhos de páscoa, cenouras e coelhinhos. Depois, com a participação dos familiares, decorou-se o corredor da unidade com o material que as crianças produziram. No dia sete de abril, as crianças foram novamente reunidas na brinquedoteca e lá fizeram suas cestinhas de páscoa, com caixas de leite e papel crepom. Depois de terem suas cestas prontas, um coelhinho da páscoa (a própria acadêmica) visitou a unidade e brincou com as crianças. Encheu-se as cestas das crianças com doces, incluindo brincadeiras e danças durante toda a manhã. As crianças que não conseguiam se locomover até a sala foram levadas com as mães ou na própria cama. No mês de maio, as crianças pintaram cartões para suas mães e/ou cuidadoras, tanto na brinquedoteca quanto em seus leitos. A unidade foi decorada com cartazes felicitando as mães e nas enfermarias, foi afixado um grande coração contendo os cartões pintados pelas crianças, e com as mãozinhas das crianças que não podiam pintar. Os cartões feitos para as mães foram grampeados com um bombom e flores e guardados com cuidado pelas crianças. No dia oito de maio, as crianças foram orientadas a entregar seus cartões para as mães. Às mães de crianças muito pequenas ou impossibilitadas de fazerem seus cartões, foram entregues cartões pintados pela acadêmica, incluindo cartões para as mães da UTI Pediátrica. No mês de junho, as crianças auxiliaram na confecção de bandeirinhas e correntes de papel para a decoração de festa junina. O corredor e a brinquedoteca foram enfeitados com o material. No dia 22 de junho, foi realizada a grande festa junina, que contou com o apoio de toda a equipe do turno da tarde. Todas as funcionárias estavam caracterizadas de caipira e se responsabilizaram por levar alguma contribuição para a festa. Assim, tinha-se uma grande diversidade de "comes e bebes", além de música para dançar e a participação do fotógrafo do hospital que registrou a festa. Depois do

lanche, realizou-se com as crianças a brincadeira da pescaria. Os brindes foram comprados com a colaboração das professoras da área pediátrica da enfermagem e algumas alunas bolsistas. Com o desenvolvimento dessas ações, o lúdico se torna uma maneira de alcançar o mundo individual da criança e do adolescente, sendo uma atividade que promove seu desenvolvimento no sentido de comunicação, criatividade, linguagem e socialização (RAVELLI, 2005). **Considerações finais:** Ao finalizar a realização desta prática assistencial, acredita-se ter vivenciado de forma satisfatória o papel do enfermeiro na unidade do hospital. As atividades desenvolvidas contemplaram os objetivos inicialmente propostos, visto que se conseguiu prestar atendimento humanizado às crianças, realizando diversas atividades lúdicas. Foi possível observar que, com o desenvolvimento de atividades lúdicas, conseguiu-se melhorar o relacionamento da criança com seu próprio corpo e com seus familiares, além de auxiliar na criação de vínculo com a equipe de enfermagem. Dessa forma, foi mais fácil encontrar estratégias que facilitassem a educação em saúde, incluindo toda equipe nas ações. O brincar apresentou-se como uma estratégia de intervenção de enfermagem, auxiliando na apreensão do significado das interações e vivências das crianças. Atingir o mundo desses pacientes pode contribuir para a qualidade do cuidado não somente a eles como também a seus familiares/cuidadores.

**Descritores:** Enfermagem pediátrica, Jogos e brinquedos, Hospitalização infantil.

**Referências:**

1. JUNQUEIRA, M. de F. P. S. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Estud. Psicol. (natal)* vol.8 no.1 natal jan./apr. 2003
2. MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.9. n.1.
3. FAVERO, L. et al. A promoção do brincar no contexto da hospitalização infantil como ação de enfermagem: relato de experiência. *Cogitare enferm* 2007 out/dez; 12(4):519-24
4. RAVELLI, A. P. X.; MOTTA, M. G. C. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2005 set-out; 58(5):611-3

## A VULNERABILIDADE E O CONTEXTO DA REDE E DO APOIO SOCIAL NO SEGUIMENTO DO EGRESSO DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Cláudia Silveira Viera, Michelle de Marchi Sanches, Rafaela Bramatti Silva

Universidade Estadual do Oeste do Paraná

rafaelabramatti@hotmail.com

**Introdução:** Um dos aspectos ligados à sobrevivência do recém-nascido (RN) pré-termo (PT) e de baixo peso ao nascer (BPN) é relativo ao período após a alta hospitalar. Nesse contexto, tem grande relevância a apreensão do modo como as famílias se organizam e dos vários fatores coexistentes, que devem ser considerados desde a alta hospitalar dessa criança até sua inserção nos programas públicos de atenção à saúde infantil. Para o planejamento do cuidado em saúde é vital conhecer os aspectos vinculados a rede social e apoio social que a família busca no cotidiano. Portanto, estes se constituem em aspectos vinculados ao seguimento da criança PT e BPN egressa da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e de suas famílias. Assim, nesse estudo tem-se como **objetivo** apresentar a vulnerabilidade e o contexto da rede e do apoio social envolvidos no seguimento do RNPT e BPN egresso da UTIN.

**Metodologia:** Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que buscou mediante a construção do ecomapa de cada unidade familiar participante nas entrevistas e observações participantes identificar o conjunto de atores e cenários que fazem parte da rede ligada às famílias no seu cotidiano. A partir dos relatos de seis famílias com filhos egressos de UTIN, acompanhadas por meio de visitas domiciliares nos três primeiros meses após a alta hospitalar, obtivemos dados que foram agrupados ao redor de três temas: A rede social como integrante do seguimento do PT e BPN no contexto da família; O apoio social nas experiências das famílias com bebê PT e BPN; A vulnerabilidade e o contexto da rede e do apoio social. Neste estudo apresenta-se esta última categoria. Estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unioeste pelo parecer nº088-2005. **Resultados:** Entende-se neste estudo que é preciso diferenciar rede social de apoio social, pois são conceitos inter-relacionados, mas com algumas diversificações entre si. Em que a "rede social se refere à dimensão estrutural ou institucional, ligada a um indivíduo [...]. O apoio social encontra-se na dimensão pessoal, sendo constituído por membros desta rede social efetivamente importante para as famílias".<sup>(1:325)</sup> A rede social e o apoio social foram compreendidos aqui por cada família deste estudo como aqueles serviços com os quais tinham algum tipo de

ligação e aquelas pessoas que eram importantes para suas vidas, respectivamente. Os serviços da comunidade que as famílias citaram como parte de suas vidas, comumente, foi: a escola, o trabalho, os serviços de saúde (unidade básica de saúde, pronto atendimento, hospital universitário, serviço privado) e a Igreja. Outros serviços emergiram como um vínculo temporário, ou seja, no exemplo de uma das famílias a penitenciária era uma rede social com que tinham ligação por meio da prisão do pai. A rede social das famílias do estudo se constituiu, principalmente, das instituições de saúde, da Igreja e de algumas instituições para as atividades de lazer. Como fontes de apoio social oferecida às famílias deste estudo, temos os parceiros entre os casais, os membros da família extensa, os amigos e outros que experienciam a mesma situação. Os membros da própria família se ajudam, tanto financeira como emocionalmente. Um participava da vida do outro, colaborando na medida do possível, não havendo conflitos intensos entre as idéias dos diversos membros. Ainda, como parte do apoio social da vida dessas famílias, emergiu nos relatos a equipe de saúde da UTIN, o médico do serviço de saúde particular e o pesquisador. A questão da vulnerabilidade, particularmente a vulnerabilidade social, aparece no contexto das redes sociais e do apoio social, sendo um aspecto importante a destacar porque tem implicações no cuidado em saúde <sup>(2)</sup>. Neste estudo, a família que se encontrava em situação de vulnerabilidade social, apresentou a rede social e o apoio social diferenciados das demais famílias do estudo. Essa família vivia em condições de pobreza, o que levou a uma modificação em sua estrutura familiar, inserindo como membros dessa família uma amiga e seus filhos na intenção de somar os ganhos para o sustento familiar em decorrência de os esposos estarem presos temporariamente. Essa é uma situação advinda da condição de pobreza em que parte da população brasileira se encontra e tem como conseqüências, alteração na estrutura familiar, em suas relações e nos papéis e formas de reprodução social. Nas últimas décadas, toda a situação político-econômica do país produziu uma defasagem na renda familiar, levando ao subemprego, ou mesmo desemprego, de muitos chefes de família, modificando também a inserção no mercado de trabalho, antes centrada no homem e/ou na mulher e agora envolvendo os demais membros da família, como crianças e adolescentes, ou, ainda, a agregação de parentes ou amigos, dividindo a mesma casa para aumentar os rendimentos e garantir a sobrevivência. <sup>(3)</sup> As famílias deste estudo estão amparadas por seus familiares e as instituições governamentais têm um vínculo frágil com a comunidade em que estão inseridas. A perspectiva da intersectorialidade e de integração entre os serviços encontra-se vulnerável, uma vez que não se observa

os encaminhamentos das famílias para demais setores da sociedade para minimizar os problemas que enfrentam, assim como não há referência e contra-referência entre os serviços de Atenção Básica de Saúde (ABS) e o de seguimento do bebê. Outro reflexo da vulnerabilidade se dá na relação entre profissionais de saúde e usuários, a qual ocorre de modo superficial, sem o estabelecimento de vínculo não facilitando a integralidade do cuidado aos egressos da UTIN e tal família. **Considerações:** O conhecimento do funcionamento da família, de sua estrutura, como os membros se organizam e interagem entre si e com o ambiente, os problemas de saúde, as situações de risco, os padrões de vulnerabilidade, o contexto social, cultural e econômico no qual está inserida, sua rede e apoio social são elementos de fundamental importância para a realização do planejamento das intervenções de saúde. Uma das ferramentas que o enfermeiro da ABS pode utilizar para abordar as famílias e identificar sua rede e apoio social, bem como as relações familiares é o uso do ecomapa e genograma e desenvolver ações efetivas na atenção à saúde da criança por meio da estratégia das visitas domiciliares. Os serviços de saúde, no entanto, tiveram um papel pouco significativo na vida dessas famílias. Faz-se necessário, portanto, explorar as possibilidades que a comunidade dispõe para servir de rede social e também de apoio social às famílias de crianças PT e BPN. Esse é um cuidado que o enfermeiro poderá realizar, buscando, por meio da percepção da interação existente entre a família e a rede social existente, reconhecer as instituições que poderão contribuir para o fortalecimento dessas famílias, conduzindo ao estabelecimento de vínculos entre as famílias e a rede social. Essa relação de interação repercutirá em uma ampliação da rede social e do apoio social a essa família, levando ao fortalecimento das potencialidades das famílias e elogiando o que elas adquiriram nessa caminhada de cuidar do filho PT e BPN em casa.

**Descritores:** apoio social, prematuro, família.

**Referencias:**

1. Pedro ICS, Rocha SMM, Nascimento LC. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. Rev Latino-am Enfermagem 2008; 16(2):324-27.
2. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Orgs.) Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
3. Carvalho MCB. A priorização da família na agenda da política social. In: Carvalho MCB et al. (Org). A família contemporânea em debate. São Paulo: EDU/Cortez; 1995.

## A ENFERMEIRA E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DAS CRIANÇAS COM FISSURAS ORAIS

Ana Paula Vanz, Solanger Peroni

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

apaulavanz@hotmail.com

**Introdução:** as fissuras orais são malformações congênitas. De etiologia multifatorial e com alta prevalência 1/700, resulta do não fechamento de processo frontonasal e maxilar nos primeiros dias do embrião. As crianças com fissuras orais são geralmente tratadas em centros de referência para malformações craniofaciais. Para o seu tratamento são necessárias várias correções cirúrgicas funcionais e estéticas, e o seguimento com vários profissionais. Processo longo, que inclui o acompanhamento dos pais em uma equipe multidisciplinar. A enfermagem atua desde o nascimento da criança, na hora da notícia de malformação aos pais; ajudando e orientando o aleitamento materno; na aceitação e estimulando o vínculo. Nas consultas de enfermagem, a enfermeira realiza o acolhimento da família no hospital, avaliações pré cirúrgicas, acompanha o desenvolvimento da criança, auxilia os pais na educação do filho atentando para a superproteção e fornece encaminhamentos para outros profissionais conforme a necessidade. Participa também em dinâmicas de grupos, onde os pais podem dividir e compartilhar experiências. **Objetivo:** é relatar a importância do trabalho da enfermeira na reabilitação destas crianças. **Metodologia:** relato experiência de duas enfermeiras que trabalham com mães de portadores e portadores de fissuras orais. **Conclusões:** a enfermeira participa em todas as fases da reabilitação atuando principalmente na orientação, acompanhamento e evolução destas crianças. E por ser uma malformação de alta prevalência, o acompanhamento com a enfermeira é essencial, pois através das consultas a enfermeira fornecem todas as informações possíveis á família para evitar complicações no desenvolvimento da criança. Além disso, estando presente em várias etapas a enfermeira consegue ter uma visão holística do paciente funcionando, muitas vezes, como elo entre paciente, cuidadores e demais serviços.

**Descritores:** Fenda Labial, Fissura Palatina, Enfermagem Pediátrica.

## **TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS NOS MUNICÍPIOS DE PORTO ALEGRE E SANTA MARIA/RS: EXPERIÊNCIAS E COMPREENSÕES**

Aline Goulart Kruel, Aline Ribeiro, Aramita Prates Greff, Cristiane Cardoso de Paula, Débora Fernandes Coelho, Eliane Tatsch Neves, Eva Neri Rubim Pedro, Everton Eduardo Dellamora Raubustt, Franciele Dal Forno Kinalski, Gabriela Bottan, Gláucia Bohusch, Helena Issi, Laís Machado Hoscheidt, Marcelo Padoin, Maria da Graça Corso da Motta, Marina Rizza Fontoura, Nair Regina Ritter Ribeiro, Neiva Isabel Raffo Wachholz, Paula Manoela Batista Poletto, Regis Kreitchmann, Stela Maris de Mello Padoin  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
[alinekrue@ig.com.br](mailto:alinekrue@ig.com.br)

A epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/aids) surgiu no início da década de 80, adotando focos de disseminação por todos os continentes, independentemente de sexo, raça, idade, cor, credo ou orientação sexual. Inicialmente essa epidemia foi identificada e associada aos grupos de risco – homossexuais masculinos, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis – atualmente, considera-se que o contexto da aids apresenta chances similares de infectar os indivíduos, o que se denominou de vulnerabilidade e é representada a partir dos níveis individual, social e programático<sup>1</sup>. Trata-se de uma pesquisa transversal e multicêntrica realizada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e a Universidade Federal de Santa Maria - UFSM com financiamento do Programa Nacional de DST/aids - UNESCO, intitulada: IMPACTO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA PERSPECTIVA DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NOS MUNICÍPIOS DE PORTO ALEGRE E SANTA MARIA/RS, CONTRATO Nº (UNESCO): ED03756/2006 TRPJ Nº As-3833/2006. O referido estudo tem como objetivos gerais os seguintes: avaliar o nível de adesão ao tratamento antirretroviral em crianças e adolescentes com aids nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria (RS) e desvelar a percepção e a vivência, em relação ao tratamento antirretroviral e à adesão, na perspectiva da família, da criança e do adolescente que vive com aids nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria (RS). Os aspectos éticos e bioéticos do estudo foram assegurados por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, obedecendo a Resolução 196/96<sup>2</sup>. A

população-alvo do estudo foram crianças (de zero a 12 anos) e adolescentes (de 11 a 19 anos de idade) que convivem com HIV/aids e apresentam indicação para uso do tratamento antirretroviral. A pesquisa apresenta dois momentos metodológicos: o primeiro, coleta de dados quantitativos referentes à adesão ao tratamento antiretroviral de crianças e adolescentes, bem como questões relativas ao perfil familiar e sócio-econômico das mesmas, por meio de um instrumento; e o segundo momento, coleta de dados qualitativos também relacionados a esta temática. Para coleta de dados qualitativos utilizou-se dinâmicas de criatividade e sensibilidade (DCS) propostas pelo Método Criativo Sensível. Este método fundamenta-se no referencial de Paulo Freire, caracterizando-se pela valorização da singularidade de cada participante do grupo e pela coletivização das experiências. Destaca-se que este método apresenta uma diversidade na produção do conhecimento cuja base é construída a partir do senso comum e do saber científico<sup>3</sup>. O método Criativo Sensível privilegia a participação ativa dos sujeitos na busca da construção coletiva do conhecimento, associando a realidade concreta e a expressão criativa, além de propiciar ao grupo a criação de uma relação dialógica-dialética<sup>4</sup>. Foram realizadas DCS com os familiares/cuidadores, com os adolescentes e com as crianças, sendo utilizados três tipos: Mapa Falante, Modelagem e Livre para Criar. Aborda-se, nessa apresentação, a etapa qualitativa referente ao cotidiano medicamentoso da criança. Participaram do estudo cinco crianças na faixa etária entre cinco a dez anos com indicação do tratamento antirretroviral. A dinâmica utilizada com as crianças foi a Modelagem, a qual possibilita uma reflexão mediada por elementos lúdicos, como, o desenho, o recorte, a colagem e a pintura. Procurou-se com essa dinâmica desvelar a vivência das crianças em relação ao uso de antirretrovirais no seu cotidiano. Os resultados apontaram três categorias: o cotidiano medicamentoso, o cuidado familiar e profissional e o silêncio. Na primeira categoria evidenciou-se que os medicamentos são colocados em lugares estratégicos para que possam ser lembrados como, por exemplo, em cima da pia. Notou-se também que as crianças associam as formas dos fármacos com os horários de tomada. Outro ponto observado é alguns medicamentos apresentam gosto ruim e outros na forma de comprimido são muito grandes. Além disso, os horários das medicações são programados para que as crianças estejam em casa, evitando ter que tomar o remédio na escola ou na casa de amigos. Na segunda categoria constatou-se a necessidade de um cuidador auxiliar na realização do tratamento medicamentoso, pois são essas pessoas que lembram e orientam a tomada da medicação. Os profissionais de saúde também foram citados como sendo

importantes no tratamento, uma vez que são eles que pedem os exames, apresentam os resultados, explicam a necessidade da realização do tratamento e orientam a maneira correta de administrar os medicamentos. Na terceira categoria evidenciou-se que são poucas pessoas nas relações interpessoais das crianças que possuem o conhecimento do diagnóstico. Na escola, normalmente, somente a diretora ou alguma professora conhecem a situação sorológica da criança e, quanto aos amigos, raramente é revelado o diagnóstico, mas quando isso ocorre é apenas para os mais próximos. Assim percebe-se que o cotidiano das crianças que vivem com HIV/aids está centrado em três dimensões essenciais: do medicamento, do cuidado familiar e do cuidado profissional. A dimensão do medicamento evidencia no relato das crianças um esquema terapêutico complexo, devido aos horários, à quantidade de fármacos e suas características, além de consultas e exames. As dimensões dos cuidado familiar e profissional são fundamentais para a adesão da criança ao tratamento, sendo que o cuidador e o profissional de saúde são os responsáveis em mostrar para criança a importância da realização da terapia com antirretrovirais. Desse modo, essas dimensões devem agir de forma integrada para garantir a adesão ao tratamento da criança, considerando as características da doença e as questões sociais envolvidas.

**Descritores:** Enfermagem Pediátrica, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, Adesão à medicação.

**Referências:**

1. AYRES J. R. C. M. Vulnerabilidade dos Jovens ao HIV/AIDS: a escola e a construção de uma resposta social. In: Silva LH, organizador. A Escola Cidadã no Contexto da Globalização. Petrópolis: Vozes; 2000. p. 413-23.
2. BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. In: Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>>. Acesso em: 10 out. 2009.
3. CABRAL, Ivone Evangelhista. Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê. Rio de Janeiro: Editora da Escola de Enfermagem Ana Nery, 1999, 300p.
4. MOTTA, Maria da Graça Corso. Ensinar a Prevenção Contra a Violência Em Oficinas de Criatividade. IN: As amarras da violência: a família, as instituições e a enfermagem/organizadores: LUZ, Anna Maria Hecker, MANCIA, Joel Rolim, MOTTA, Maria da Graça Corso. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 2004, 168p.

**DIFICULDADES NO DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM TRANSMISSÃO  
VERTICAL DE HIV: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Fabiola Suris da Silveira, Aline Goulart Kruehl, Anne Allyucha Godinho, Aramita Prates Greff, Bianca Knevitz Costa, Débora Fernandes Coelho, , Márcia Dornelles Mariot, Marina Fontoura, Paula Manoela Batista Poletto, Maria da Graça Corso da Motta  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
suris.silveira@ufrgs.br

**Introdução:** Trata-se de um relato de experiência sobre as dificuldades encontradas no desenvolvimento de uma pesquisa. O Projeto de Pesquisa é intitulado "Transmissão Vertical do HIV-I em Crianças Residentes em Porto Alegre e Fatores de Risco Associados Identificados Através de Vigilância Epidemiológica Aprimorada". Este projeto tem a finalidade de estimar a taxa de transmissão vertical em Porto Alegre e os fatores de risco associados, no período de 01/05/2009 a 01/05/2010. Caracteriza-se como um estudo de coorte prospectivo, o qual será formado por crianças nascidas vivas expostas ao HIV no período perinatal. Os locais de coleta de dados são todas as maternidades de Porto Alegre. Os sujeitos devem residir nesse município e a inclusão ocorrerá durante a internação hospitalar pós-parto. Neste momento se apresenta a pesquisa e o termo de consentimento para o aceite. Quando houver concordância será realizada a primeira coleta de dados por meio de instrumento com informações relativas ao pré-natal e parto e após essa etapa serão realizadas visitas domiciliares (VDs) para seguimento do caso, as quais ocorrerão no segundo, quarto e sexto mês de vida da criança. Antes do início da coleta de dados, os auxiliares de pesquisa, estudantes da graduação de Enfermagem, participaram de uma capacitação, com duração de 15 horas. Nessa instrumentalização, foram realizadas palestras sobre transmissão vertical, questões sociais da vulnerabilidade e visitas domiciliares, além de dinâmicas de grupo abordando questões relacionadas ao HIV/aids e abordagem à mãe. Além disso, todas as questões do instrumento referentes às participantes e do instrumento das visitas domiciliares foram explicadas, de modo que fossem abordadas as diversas situações que poderão ser encontradas. No período de capacitação foram abordados temas como "Vulnerabilidade - questões sociais", apresentados por uma doutoranda em enfermagem e "Visita Domiciliar", realizado por uma técnica de enfermagem com experiência em busca ativa de pacientes faltosos. Esse momento propiciou uma reflexão sobre a realidade social e as dificuldades que os auxiliares de pesquisa poderiam encontrar no decorrer dessa fase do estudo. O instrumento

utilizado para a entrevista na visita domiciliar se baseia em questões quantitativas relacionadas ao acompanhamento de saúde da criança exposta, à possibilidade de amamentação pela mãe, amamentação cruzada, realização de exames de carga viral e ao tratamento antirretroviral; e por uma parte qualitativa, composta de quatro questões norteadoras. A primeira questão, a ser respondida apenas na primeira visita, diz respeito aos aspectos físicos e emocionais da gestação. As outras três questões, realizadas em todas as visitas, abordam: crescimento e desenvolvimento da criança; cuidados relacionados à alimentação, medicação e vacinas; preocupações e dúvidas relacionadas ao cuidado da criança. As questões éticas e bioéticas são preservadas de acordo com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde e o projeto obteve aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa das instituições campo de pesquisa.

**Objetivo:** Relatar as experiências do grupo com relação à coleta de dados e visitas domiciliares de acompanhamento dos filhos de mães HIV+, para verificar as taxas de transmissão vertical. **Metodologia:** Relato de experiência de acadêmicas da Escola de Enfermagem da UFRGS baseado nas entrevistas realizadas durante o desenvolvimento da Pesquisa. **Resultados:** Durante a realização da pesquisa, o grupo encontrou algumas dificuldades em relação à obtenção das informações necessárias para captação das puérperas. Mesmo com as devidas aprovações dos Comitês de Ética das Instituições participantes, havia resistência por parte de alguns profissionais em informar sobre a presença de puérperas com diagnóstico HIV+. Em algumas instituições foram encontradas dificuldades em obter local adequado para preservar a privacidade da puérpera para a abordagem. Contudo, respeitou-se a individualidade e as condições físicas apresentadas pelas mães, consultando-as sobre o momento mais adequado para a conversa. No que se refere aos relatos das visitas domiciliares, em relação à gestação, a maioria das gestantes relatou ter sido tranqüila, sem apresentar problemas sérios de saúde. O crescimento e desenvolvimento das crianças, na maioria das vezes, foram descritos como bons, ou ótimos. A maioria das crianças recebe mamadeira com a fórmula retirada no Posto de Saúde. Algumas também recebem chá ou água eventualmente. A vacinação na sua maioria encontra-se em dia, porém, nos casos de atraso, as mães relatam a dificuldade de se dirigirem à Unidade Básica de referência para realização da mesma, por ser distante das suas casas e muitas vezes não terem dinheiro para a passagem. Em geral, não referem preocupações e dúvidas no cuidado da criança devido ao fato de já terem experiência com filhos anteriores. No entanto, em relação à realização das VDs foram encontradas muitas dificuldades, começando pela demora em conseguir agendar a visita por telefone pois as paciente

raramente têm telefone fixo, mesmo que seja para recado. Na maioria das vezes elas referem um número de celular, seu ou do companheiro, mas freqüentemente o aparelho é perdido, ou roubado, ou apenas nunca responde. Em algumas ocasiões foram realizadas visitas sem agendamento prévio, desde que se tivesse uma boa referência para localização do endereço, pois em certos lugares seria muito arriscado ficar circulando pelo bairro à procura do endereço correto. Outra dificuldade foi localizar o endereço pois algumas mães não sabiam explicar como chegar à sua residência e, ao tentar encontrar os nomes das ruas, essas não constavam no mapa ou mudaram de identificação. Algumas situações ocorreram de a mãe não estar em casa, apesar de a visita estar previamente agendada. Há casos em que a mãe, mesmo tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na primeira abordagem, tem dificuldades para agendar a visita. Algumas dessas mães têm histórico de envolvimento com drogas, o que poderia deixá-las apreensivas com relação à visita. Por outro lado, pode-se dizer que a receptividade tem sido satisfatória, mesmo com relação aos companheiros das pacientes, que nos recebem cordialmente e procuram colaborar durante a visita. **Conclusão:** Ao longo da realização da pesquisa observou-se que apesar das inúmeras dificuldades encontradas, a experiência tem sido muito gratificante, proporcionado constantes reflexões sobre o enfrentamento da doença por parte das mães e suas famílias. Existem situações que são extremamente marcantes pela precariedade das condições de moradia, pelo grande número de pessoas vivendo em casas pequenas, mal arejadas e com poucas condições de higiene. Se por um lado é preocupante ver a carência de condições e cuidados de algumas crianças, por outro, é muito reconfortante ver quando as crianças estão crescendo e se desenvolvendo de forma saudável, recebendo todos os cuidados necessários e o carinho de suas famílias. Pode-se observar que, de uma maneira geral, as mulheres que recebem a visita, mesmo passando por momentos extremamente difíceis, estão abertas a expor seus sentimentos e falar de assuntos particulares, não esperando receber nada em troca, senão um olhar interessado de apoio e compreensão.

**Descritores:** Visita Domiciliar, Enfermagem Pediátrica, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.

## ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO ÀS PUÉRPERAS EM ALOJAMENTO CONJUNTO - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Paula Linhares da Silva, Fernanda de Souza Alves, Giordana de Cássia Pinheiro da Motta

Hospital de Alvorada – Fundação Universitária de Cardiologia  
giordanamotta@yahoo.com.br

Apesar de o aleitamento materno oferecer inúmeras vantagens tanto para a mãe quanto para o bebê, ele é praticado em níveis muito inferiores ao recomendado. Existem diversas causas para esse fenômeno, porém destaca-se a inadequada orientação profissional<sup>1</sup>. Para suprir essa deficiência realiza-se no Hospital de Alvorada, instituição credenciada na Iniciativa Hospital Amigo da Criança, um grupo de orientações sobre aleitamento materno com as puérperas em alojamento conjunto. Estas orientações são repassadas por enfermeiras e uma nutricionista em grupos que acontecem até três vezes por semana. O presente estudo visa relatar a experiência destes grupos de orientação, divulgando os temas abordados e o número de participantes no ano de 2009. Foram convidadas para participar dos grupos de orientação as mães com recém-nascidos em alojamento conjunto e UTI neonatal com quadro estável. O número de participantes nos grupos em 2009 foi obtido por meio de levantamento dos registros em livro específico. Os temas abordados foram aleitamento exclusivo, vantagens do aleitamento, valor nutricional e afetivo, livre demanda, posicionamento para amamentar, ordenha manual e contra-indicação de chupetas e mamadeiras. O número de participantes dos grupos em 2009 foi 494 puérperas, com média de 8,37 participantes por grupo. Conclui-se que este tipo de orientação em grupo abre espaço para troca de experiências. Com isso, valoriza-se o conhecimento das puérperas, e estas sentem-se incentivadas a praticar o aleitamento. Com uma orientação adequada quanto ao aleitamento, ocorre um encorajamento materno, o que reflete na diminuição da utilização do sistema de saúde, pois um recém-nascido com bom estado nutricional apresenta menos problemas de saúde.

**Descritores:** aleitamento materno, orientação, enfermagem materno-infantil.

### **Referência:**

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, Corintio Mariani Neto. Aleitamento materno: manual de orientação. São Paulo: Ponto; 2006.

## A FAMÍLIA FRENTE A DOENÇA E O TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA NA CRIANÇA

Waleska Luiza Brune

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

lekabrune@yahoo.com.br

**Introdução:** O transplante de medula óssea é uma modalidade de tratamento utilizada para diversos tipos de doenças, inclusive as neoplasias e nas patologias onco-hematológicas. Com o aprimoramento da técnica cada vez mais cedo o transplante têm sido utilizado, incluindo crianças recém-nascidas, jovens e adultos. O tratamento pode durar meses desde a entrevista e diagnóstico do paciente, indicação de transplante até a pega da medula e sua conseqüente recuperação, e durante este período a criança e sua família devem se adaptar a uma nova realidade. Ocorrem mudanças no estilo de vida, na alimentação e no convívio com os amigos e familiares porque até a recuperação total, o paciente passa pelo isolamento em conseqüência de sua imunidade baixa. Dessa forma, torna-se necessário o acompanhamento destas famílias por profissionais qualificados com o objetivo de evitar maiores complicações pós-transplante, e é neste contexto que entra o enfermeiro e a educação em saúde. Através de um estudo realizado por Silva e Acker<sup>1</sup> os cuidadores vivenciam diferentes situações e sentimentos no período da doença de seu familiar. Eles aprendem sobre o cuidado e a situação real da doença e, muitas vezes se sentem culpados por não terem paciência frente às solicitações do doente no domicílio. Para conseguirem superar as dificuldades eles necessitam de apoio externo, ligado principalmente à religiosidade. A procura por atendimento de emergência reflete a insegurança dos pais em manter no domicílio um paciente portador de uma doença potencialmente fatal, e em sua maioria, é ocasionada pela falta ou inequívoco na transmissão de informações prestadas aos familiares das crianças doentes. Na experiência relatada por alguns autores, as mães assumem responsabilidade na prevenção de complicações e na promoção de bem-estar do filho e apontam que a vida diária é permeada por incertezas e dúvidas relacionadas à ocorrência de novos sintomas. As dúvidas relacionam-se a como lidar com os sintomas e sobre o momento certo de procurar por uma ajuda externa, como o atendimento de emergências. Mais uma vez, reforça-se a idéia de que o profissional enfermeiro deve estar junto a estas famílias e esclarecer no decurso de todo o tratamento as possíveis complicações e sintomas que aparecem

durante o período, utilizando uma importante ferramenta: a educação em saúde. As famílias de crianças com câncer apresentam, em sua maioria, impotência em satisfazerem as necessidades de cuidados de saúde das crianças e de sustentarem a vida familiar, capacitar estas famílias é um papel que pode ser desempenhado pelo enfermeiro, como referem Nascimento *et al.*<sup>2</sup>. **Objetivo:** Analisar como a família enfrenta o diagnóstico de câncer e o transplante de medula óssea na criança e a maneira de vivenciar o tratamento. **Método:** Foi realizada uma busca literária através da consulta de livros e artigos nacionais publicados entre os anos de 1999 e 2009 nos seguintes bancos de dados informatizados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) acessando Literatura da América Latina e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO) utilizando-se as palavras chaves: transplante de medula óssea; pediatria; cuidado da criança; família; educação em saúde. **Resultados:** Segundo Motta<sup>3</sup>, a família ingressa em um mundo completamente novo ao vivenciar a doença do filho: o hospital. As organizações, dinâmicas e lógicas deste novo ambiente são muito diferentes do cotidiano familiar pré-existente e, a equipe de saúde torna-se um aliado para o cuidado tanto da criança quanto da família nesta nova experiência. Conforme relatado por Fermino e Carvalho<sup>4</sup>, a comunicação ocorre quando as mensagens enviadas são claras, simples e acima de tudo, enviadas quando o receptor está pronto para ouvir. O profissional assume grande responsabilidade na comunicação terapêutica, por isso, deve ser uma estratégia planejada e com objetivos bem definidos, útil para pessoas ou grupos de indivíduos. Trabalhar com a família é uma tarefa muito difícil e delegar cuidados com a criança torna-se um sacrifício, principalmente, quando um dos pais assume total responsabilidade sobre o filho e não aceita ajuda de nenhuma outra pessoa, mesmo sendo seu parceiro. Em um estudo de Beck e Lopes<sup>5</sup> a respeito do diagnóstico de enfermagem tensão devido ao papel de cuidador descobrimos que uma das causas de discussão entre o casal é a necessidade de reconhecimento externo, o cuidador necessita que o outro o compreenda. Às vezes, o cuidador reclama da falta de ajuda, mas quando os outros se oferecem, não aceita qualquer tipo de auxílio. Os sentimentos advindos do diagnóstico e formas de tratamento provocam desequilíbrio na família e sua organização, surge então a insegurança e um estresse profundo em todos os componentes. A partir deste momento todos os profissionais devem estar preparados para acalmar esta família e mostrar que existe um caminho para superar os medos, basta confiar naqueles que querem ajudar. **Conclusões:** A família passa por momentos muito difíceis entre o diagnóstico da doença e a recuperação total da

criança, necessitando de apoio e ajuda no esclarecimento de suas dúvidas e alívio da pressão no cuidado à criança doente, e é neste momento que a equipe deve estar preparada para acolher a todos. O enfermeiro e sua equipe são profissionais que mantêm vigilância constante sobre os pacientes e estão à frente das necessidades tanto da família como de seus doentes. Desta forma, é necessário que estejam capacitados para transmitir as informações de maneira correta, mas um tanto informal, com o intuito de que todos tenham a capacidade e a chance de compreender o que está sendo repassado, não importando sua capacidade intelectual ou condições socioeconômicas.

**Descritores:** transplante de medula óssea, cuidado da criança, família.

**Referências:**

1. SILVA, CAM; ACKER, JIBV. O cuidado paliativo domiciliar sob a ótica de familiares responsáveis pela pessoa portadora de neoplasia. *Revista brasileira de enfermagem*. 2007; 60 (2): 150-154.
2. NASCIMENTO, LC *et al.* Crianças com câncer e suas famílias. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. 2005; 39 (4): 469-474.
3. MOTTA, MGC. O entrelaçar de mundos: família e hospital. *In: ELSEN, I; MARCON, SS; SILVA, MRS. O viver em família e a sua interface com a saúde e a doença*. 2ª ed. Maringá: UEM; 2004.
4. FERMINO, TZ; CARVALHO, EC. A comunicação terapêutica com pacientes em transplante de medula óssea: perfil do comportamento verbal e efeito de estratégia educativa. *Cogitare Enfermagem*. 2007; 12 (3): 287-295.
5. BECK, ARM; LOPES, MHB. Tensão devido ao papel de cuidador entre cuidadores de crianças com câncer. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2007; 60(5): 513-518.

**ESPECIFICIDADES DO ATENDIMENTO AO PACIENTE PEDIÁTRICO VÍTIMA DE TRAUMA: UMA REVISÃO DA LITERATURA**

Gabriela Bottan, Ivana Karl

Prefeitura Municipal de Cachoeirinha – RS, Secretaria Municipal de Saúde

[gabibottan@gmail.com](mailto:gabibottan@gmail.com)

A criança, por sua imaturidade, curiosidade e intenso crescimento e desenvolvimento, encontra-se muitas vezes propensa a acidentes, indefesa e vulnerável a violências<sup>(1)</sup>. Somando-se a esses fatores, a alta incidência de causas externas em crianças e adolescentes tem despertado em todo o mundo a necessidade de estudos desses eventos na população infanto-juvenil. As emergências pediátricas podem ocorrer a qualquer momento em qualquer local: no trabalho, lazer ou via pública. A prestação imediata de primeiros socorros muitas vezes significa a diferença entre a vida e a

morte dessas crianças ou entre a recuperação e a incapacidade<sup>(2)</sup>. Em nosso meio, as "causas externas" apresentam grande importância sobre a mortalidade entre crianças de um a 14 anos, além de determinar morbidade representativa, com expressivo número de internações/ano e custo hospitalar considerável<sup>(3)</sup>. O trauma é a principal causa de mortalidade de crianças acima de 1 ano de idade. No Brasil, as estatísticas do DATASUS<sup>(4)</sup> revelam um predomínio das causas externas, entre as quais estão situados os casos de politraumatismos, como principais responsáveis pelos óbitos e seqüelas graves na criança e no adolescente, que correspondem a 50% das causas de morte. Em decorrência do despreparo das equipes de emergência para atender especificamente crianças vítimas de trauma, um número significativo delas desenvolve alguma seqüela<sup>5</sup>. As causas dos traumas se relacionam às características específicas da criança, exacerbados pela curiosidade inata. Relacionam-se ainda a aspectos socioculturais, como dificuldade financeira de pais de classes menos favorecidas em pagar profissionais que cuidem de seus filhos enquanto se ausentam, ficando as crianças sozinhas em casa. Diante deste novo contexto epidemiológico de crianças vítimas de trauma, busca-se dados que respondam as seguintes questões: Quais são as condutas tomadas pela equipe de saúde frente a uma criança vítima de trauma? Quais são as prioridades no atendimento desse paciente? A justificativa para a realização do estudo está nas evidências encontradas de que existe a necessidade de se aprofundar os conhecimentos acerca do assunto e que muitas vezes a equipe desconhece as diferenças do atendimento de um adulto para uma criança traumatizada. O trauma pode trazer lesões incapacitantes, danos emocionais e sociais e até a morte, além do custo econômico para a sociedade, sendo imprescindível o conhecimento sobre o assunto. Este estudo servirá de subsídio para a produção de conhecimentos na área de enfermagem nas urgências e emergências e salientar a relevância da promoção do cuidado a criança, visando uma atenção de qualidade, evitando traumas com seqüelas irreversíveis. As especificidades do atendimento ao paciente pediátrico vítima de trauma apresentam-se como um tema relevante de pesquisa em virtude da escassez de pesquisas relacionadas ao tema. O presente estudo teve por objetivo conhecer as especificidades do atendimento ao paciente pediátrico vítima de trauma, através de uma revisão bibliográfica, em periódicos publicados nos últimos 10 anos na América Latina. Trata-se de um estudo exploratório de pesquisa bibliográfica onde foram sintetizados os estudos que abordaram as particularidades do atendimento à criança vítima de trauma. Foram selecionados oito (08) artigos científicos publicados em periódicos da América Latina, que se enquadraram nos critérios

do estudo. Com a finalidade de atender aos propósitos da pesquisa, os dados semelhantes foram agrupados a fim de constituir categorias e, assim, emergiram dois temas: Particularidades anatômicas e fisiológicas e Presença da família e a instabilidade emocional. Concluiu-se que a criança necessita de um atendimento altamente especializado e que as equipes de atendimento de urgência e emergência devem estar preparadas para atender as necessidades fisiológicas e psicológicas da criança vítima de trauma. Conhecer as especificidades do atendimento ao paciente pediátrico vítima de trauma é um desafio a ser superado pelos profissionais da área. O estudo evidenciou a escassez de trabalhos científicos a respeito da temática, sendo de extrema importância que a enfermagem tenha uma atenção especial ao tema, visto que o profissional enfermeiro é de fundamental importância para que o atendimento tenha êxito. As diferenças que a criança apresenta vão além da diferença de tamanho e requerem um atendimento altamente especializado, com profissionais treinados e especialistas neste tipo de abordagem. O desfecho de morte e incapacidades nas crianças vítimas de trauma se mostraram proporcionais à qualidade dos cuidados prestados à criança e pela qualidade do atendimento da equipe pré-hospitalar nos primeiros minutos depois da ocorrência do trauma. O tratamento eficaz nestas situações é uma tarefa complexa e demanda conhecimento, treinamento dos profissionais de saúde para assegurar uma abordagem rápida, o que é essencial. Cabe aos enfermeiros que atuam nesta área ter a habilidade para realizar um exame físico completo e o conhecimento para identificar estas especificidades anatomo-fisiológicas da criança estando preparados para o emprego de técnicas apropriadas para cada faixa-etária em cada atendimento realizado. A revisão bibliográfica apontou o transporte pré-hospitalar rápido e especializado como um fator decisivo para um bom desfecho no atendimento à criança. Um achado de extrema relevância diz respeito aos cuidados relativos ao apoio emocional ao paciente e família, diminuindo o estresse da criança e dando suporte à família. A melhor forma de tratamento no trauma é, sem dúvida, a prevenção. As crianças, como se encontram em fase de crescimento e desenvolvimento, estão sujeitas às diferentes formas de trauma. Traumas ocorridos no domicílio aos acidentes automobilísticos entre outros e, muitas vezes, as crianças são vítimas de maus tratos e negligência causados até pelos próprios familiares. Ao realizar o atendimento é importante que se busquem sinais de negligência e abuso físico por parte de adultos. Ao contrário do que muitos pensam, os acidentes envolvendo crianças são em sua maioria resultado da negligência dos responsáveis e poderiam ser evitados se houvesse prudência no cuidado com a criança. Em suma

pode-se concluir que este estudo serviu de base para o desenvolvimento de outras pesquisas que venham dar embasamento científico para esta área da enfermagem, tão pouco estudada e que merece maior destaque.

**Descritores:** Traumatismos, lesões, criança.

**Referências:**

1. Martins CBG, Andrade SM. Causas externas entre menores de 15 anos em cidade do Sul do Brasil: atendimentos em pronto-socorro, internações e óbitos. *Rev Brasileira Epidemiologia*. 2005; 8(2).
2. Lira BNR, Melo MCJ. Emergências pré-hospitalar na infância. *Rev Anna Nery de Enfermagem*. 2002.6(1):147-55.
3. Schvartsman C, Carrera R, Abramovici S. Initial assessment and transportation of an injured child. *Jornal de Pediatria*. 2005; 81(5).
4. DATASUS. (BR) Proporção de internações hospitalares por causas externas. [Internet] Brasília; 2005 [citado 2008 jun 21]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2006/d14.def>.
5. Chamas J, Oberhofer PR, Centa ML. Trauma na infância. *Ciência, cuidado e saúde*. 2004;3(1).

### **GLICOGENOSE TIPO I: UM ESTUDO DE CASO**

Andria Machado da Silva, Franciele Dal Forno Kinalski

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

francy0108@hotmail.com

A glicogenose é um distúrbio que apresenta defeitos enzimáticos específicos decorrentes de um erro inato do metabolismo, que impedem a obtenção de glicose a partir do glicogênio, resultando em concentrações alteradas de glicogênio no organismo <sup>(1)</sup>. Existem mais de 10 diferentes tipos, dependendo do defeito enzimático encontrado. As consequências metabólicas envolvem hipoglicemia, acidose láctica, aumento do ácido úrico, hiperlipidemia, alterações gastrointestinais <sup>(2)</sup>. O estudo tem como objetivo descrever as características de uma criança com glicogenose do tipo I e relatar a experiência compartilhada entre os estudantes durante o caso clínico vivenciado. Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório, descritivo, do tipo estudo de caso. Foi realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) durante a prática disciplinar. Os dados foram coletados no prontuário e a partir do histórico de enfermagem realizado com a paciente. Observamos que a aplicação do processo de enfermagem junto à criança e sua família foi fundamental para a definição dos cuidados de enfermagem apropriados à paciente, o que contribuiu significativamente

para sua melhora clínica. Com essa experiência, percebemos a importância do papel do enfermeiro que através da educação em saúde e do envolvimento da família possibilita o planejamento do cuidado, habilitando a família para o exercer o cuidados necessários prevenindo as intercorrências decorrentes da patologia.

**Descritores:** criança, enfermagem, doença do depósito de glicogênio tipo I.

**Referências:**

1. Lissauer T, Clayden G. Manual Ilustrado de Pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003.
2. Basso LS, Speridião PGL, Fagundes Neto U. Terapia nutricional nas glicogenoses. The electronic journal of pediatric gastroenterology, nutrition and liver diseases [Internet]. 2006. [citado 2010 abr 09]; 10 (3). Disponível em: <http://www.e-gastroped.com.br/sep06/glicogenoses.htm>.

**ESTRATÉGIA MULTIDISCIPLINAR NO CUIDADO DA CRIANÇA POR MEIO DA LUDICIDADE EM AMBIÊNCIA HOSPITALAR**

Tauana Reinstein de Figueiredo, Matheus Viero Dias, Hilda M<sup>a</sup> Barbosa de Freitas, Claudia Zamberlam, Daiana Siqueira, Claudete Moresqui, Jessica Tomes Grasel, Glaucia Nicola, Leandra Porto  
Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, Santa Maria – RS  
[tauanafigu@yahoo.com.br](mailto:tauanafigu@yahoo.com.br)

**Introdução:** As políticas públicas brasileiras que integram o Sistema Único de Saúde (SUS) têm dado enfoque à família como parte do cenário de cuidado à criança, preconizando que os serviços de saúde ofereçam uma escuta qualificada, por profissionais comprometidos com o cuidado humanizado, dando ênfase ao acesso universal, ao acolhimento, a assistência integral e resolutiva, a equidade, a atuação em equipe e a participação da família<sup>(1)</sup> A hospitalização de uma criança corresponde a um momento de impacto do grupo familiar, pelas modificações na rotina por ela provocada. Nesse contexto, os enfermeiros tentam encontrar formas de amenizar o sofrimento das crianças e, uma dessas maneiras, é o uso do brinquedo no contexto hospitalar<sup>(2)</sup>. A permanência da criança no hospital se caracteriza muitas vezes por um momento tenso, em função da fragilidade da saúde que requer cuidados. Em vista a essa situação surge a lei nº 11.104, de março de 2005, que normatiza a instalação de Brinquedotecas em hospitais, cuja proposta é de criação de uma sala lúdica, que minimizam por algumas horas o sofrimento da criança, expondo atividades lúdicas e

pedagógicas<sup>(3)</sup>. A brinquedoteca é constituída por um projeto que visa proporcionar atividades lúdicas que valoriza o brincar, como forma de amenizar seus sentimentos de sofrimento perante a internação, a fim de fortalecer o vínculo entre a criança hospitalizada e seu acompanhante, tornando-se um espaço<sup>(4)</sup>. A infância constitui-se em uma etapa importante na formação do ser humano, momento em que a criança descobre a si e ao outro, percebe o mundo no qual está inserida e vivencia e experiencia suas primeiras possibilidades e limitações. Inúmeras transformações acontecem, experienciadas pela criança em virtude de seu crescimento e desenvolvimento, constituindo-se momentos de fundamental importância, uma vez que requerem um olhar minucioso às inúmeras possibilidades que se revelam ao existir da mesma, e isso, por parte daquelas pessoas que estão diretamente envolvidas no seu cotidiano. Neste contexto, o enfermeiro, o pedagogo, o assistente social, o psicólogo, entre outros profissionais da saúde no ambiente hospitalar precisam construir um vínculo de confiança com a criança e seus familiares, amenizando os traumas, o que possibilita a adaptação da mesma ao ambiente hospitalar. O cuidado da criança hospitalizada na perspectiva do lúdico tem a possibilidade de favorecer a socialização de vivências, experiências e valores da criança em seu existir. O lúdico se revela como uma estratégia importante para o cuidado, uma vez que faz parte do mundo vivido pela criança, desvelando-se como elemento essencial no seu processo de desenvolvimento. A ludicidade pode ser considerada uma ferramenta que potencializa o bem estar da criança e da família, pois ambos interagem com a equipe de saúde. Assim, a criança se expressa no mundo, mediante o brincar, sendo este uma forma singular, autêntica e permeada de significados, que favorecem o conhecer e explorar no contexto em que está inserida. Neste sentido, será possível a equipe multiprofissional no cenário da sala lúdica, com o propósito do cuidado infantil, estabelecer relações intra e interpessoais, propiciando um diálogo autêntico considerando as possibilidades de vir-a-ser, bem como, as limitações em não-ser, desvelar e compreender as vivências do ser-criança de forma humanizada, espontânea e criativa. **Objetivo:** Oportunizar a ludicidade em ambiência hospitalar como estratégia multidisciplinar, estimulando à autonomia e auto-cuidado da criança hospitalizada e sua família. **Metodologia:** Estudo de cunho qualitativo de cunho pesquisação, que faz parte de um projeto de extensão intitulado "Ludicidade em ambiência hospitalar: uma estratégia multidisciplinar no cuidado da criança", em desenvolvimento em um hospital de pequeno porte na região central do Rio Grande do Sul. A construção da sala lúdica surge de uma necessidade do hospital, baseado na

lei de nº 11.104, de março de 2005<sup>(3)</sup>, que regulamenta a obrigatoriedade da brinquedoteca em ambiência hospitalar para atender as crianças. Assim se faz necessário, repensar a importância da brinquedoteca e as ações lúdicas desenvolvidas na pediatria do hospitalar, com a equipe de funcionários que atendem as crianças e a equipe multiprofissional composta pelo projeto de extensão. Os sujeitos envolvidos no projeto são as crianças hospitalizadas na unidade pediátrica e seus familiares. A coleta de dados dar-se-á por meio de observação participante e entrevista com os familiares das crianças hospitalizadas. A análise dos dados será por categorização proposta por Bardin<sup>(5)</sup>. Para o desenvolvimento da pesquisa, serão observados os aspectos éticos, conforme Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. **Resultados:** Existe uma necessidade de rediscutir a concepção sobre a ludicidade, os processos do aprender e da formação de profissionais das áreas da saúde e das humanas, bem como um redimensionamento por meio de novas investigações ligadas a essa temática. O modelo de brinquedoteca proposto neste projeto tem como finalidade possibilitar aos acadêmicos envolvidos o exercício de criatividade e cidadania, visto que as atividades lúdicas, tende a proporcionar situações de aprendizagens e a concretizar um conceito de educação e saúde, em que o "*protagonismo*" dos participantes se faça presente, justamente por se tratar de um projeto sócio-educativo. A brinquedoteca se faz necessária por implementar uma mudança sócio-educativa-cultural destinada a garantir um desenvolvimento favorável à criança e ao adulto, além dos participantes do projeto. Nesta pesquisa, o que se espera é que os participantes (pesquisadores, professores, alunos dos cursos de Pedagogia, Enfermagem, Psicologia e Serviço social, assim como as pessoas da comunidade) vivenciem a prática da brinquedoteca, compreendendo a sua importância para o desenvolvimento e recuperação da criança hospitalizada. Após a realização do projeto será realizado um seminário, em que os dados coletados servirão de subsídios para a reflexão e, o planejamento, para a continuidade da operacionalização de outras atividades na brinquedoteca hospitalar. **Conclusão:** Espera-se por meio desse projeto, que as ações que serão implementadas corroborem com a melhora do quadro clínico das crianças envolvidas, bem como seu desenvolvimento biopsicosocial. Além disso, a brinquedoteca poderá fomentar novas perspectivas de trabalho, estudo e pesquisas no contexto acadêmico, possibilitando aos discentes a visualização da pesquisa como método de desenvolver a criatividade e a reflexão no contexto assistencial. **Descritores:** cuidado da criança; ludoterapia; hospitalização.

**Referencias:**

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
2. Leite. TMC, S AK. Uso do brinquedo no hospital: o que os enfermeiros brasileiros estão estudando? Rev Esc Enferm USP 2008; 42(2):389-95.
3. Brasil. LEI Nº 11.104, DE 21 DE MARÇO DE 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. 2005.
4. Gomes. P. Educação no Hospital: perspectivas de uma abordagem lúdica em ambiência hospitalar. Santa Maria: Unifra, 2005.
5. Bardin. L. Análise de conteúdo. 4 ed. Lisboa: Edições; 2009.

**A REVELAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE AIDS NA COMPREENSÃO DE  
PROFISSIONAIS DA SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA FILOSOFIA DE MARTIN  
BUBER – NOTA PRÉVIA**

Diego Schaurich, Maria da Graça Oliveira Crossetti

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

eu\_diegosch@hotmail.com

**Introdução:** a epidemia HIV/aids, surgida no início de 1980 entre homossexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, não tardou a se disseminar por todos os continentes e camadas sociais, atingindo homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos. Nestes mais de 25 anos de aparecimento, a infecção pelo HIV vem passando por um processo de mudanças na forma como é compreendida pela sociedade (de patologia letal à doença crônica). Atualmente, o conceito de vulnerabilidade tem permitido fazer nexos entre os contextos individual, coletivo e programático visando, com isso, compreender os rumos desta infecção, possibilitar uma mobilização social e governamental na luta contra a epidemia e (re)orientar as políticas públicas voltadas às pessoas com aids. Embora esforços na área de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento estejam sendo realizados, tanto por parte da sociedade civil quanto por parte do governo, sem, também, desconsiderar os investimentos empreendidos pelos setores acadêmicos, novos casos de aids continuam a ser notificados no país de forma contínua. De acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) há 544.846 notificações de pessoas com aids, sendo 188.396 no sexo feminino e 356.427 no sexo masculino. No ano de 2008 foi

registrado um total de 34.480 novos casos de aids, com incidência de 18,2 por 100.000 habitantes. Conhecer estes dados é fundamental, uma vez que estes números revelam a existência de inúmeras pessoas que vivenciam, cotidianamente, ter aids e com todas as demais complexidades e desafios que esta situação representa para si e para o relacionar-se com o outro. Além disso, saber que, anualmente, mais de 30.000 pessoas se descobrem vivendo com aids suscita a importância de se conhecer o significado que a revelação deste diagnóstico tem em suas vidas, na de seus familiares/cuidadores e para os profissionais da saúde. Percebe-se que revelar (ou não) o diagnóstico de aids representa uma demanda nas instituições de cuidado e exige ações específicas que minimizem e/ou solucionem os desafios que envolvem este fenômeno. Portanto, configura uma preocupação não só das pessoas infectadas pelo HIV e/ou de seus familiares, mas também dos profissionais da saúde que em muitas situações são os próprios reveladores. A revelação do diagnóstico, independente do tipo de doença, é "uma questão antiga e persistente em diversos ramos das práticas de saúde" (MARQUES et al, 2006, p. 619), agravando-se no contexto da aids em virtude do preconceito e estigma ainda existentes. De acordo com Bor (1997), que pesquisou e analisou os trabalhos publicados na XI Conferência Internacional sobre Aids ocorrida em 1996, na cidade de Vancouver/Canadá que versavam acerca da *disclosure* (revelação), as discussões relacionadas a esta temática ocorreram em torno de eixos principais: 1) a obrigação da revelação de HIV positivo para parceiros(as) sexuais; 2) a revelação para outros adultos dentro da própria família; 3) a revelação da soropositividade ao HIV para profissionais da saúde; e, 4) a revelação para crianças da família acerca da infecção pelo HIV dos pais e/ou de um outro membro familiar. Entende-se que a revelação do diagnóstico de aids envolve não só a pessoa com HIV, mas também sua família, seus amigos e parceiros, a comunidade e os profissionais de saúde, trazendo implicações e conseqüências ao viver de todos. **Objetivo:** compreender os significados da revelação do diagnóstico de aids na perspectiva dos profissionais de saúde, à luz da filosofia de Martin Buber. **Metodologia:** inscreve-se na abordagem qualitativa, a partir da qual o pesquisador tem a possibilidade de estar-com a fim de encontrar, desvelar e compreender o fenômeno objeto de investigação, tal como ele é vivenciado e experienciado pelos seres em seu mundo. Seu objetivo não é quantificar ou controlar o contexto vivido pelo ser humano, mas sim captá-lo e apreendê-lo, subjetiva e objetivamente, para realizar sua compreensão e interpretação. Elegeu-se, então, a fenomenologia-hermenêutica de Paul Ricoeur como fio condutor do estudo, a qual é definida como

um retorno às coisas mesmas do existir humano, enfocando a compreensão dos fenômenos a partir de descrições das vivências cotidianas e preocupa-se com a essência dos fenômenos que são vividos de modo único e singular. O estudo será desenvolvido no Hospital da Criança do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), localizado no município de Porto Alegre/RS. Desta forma, acredita-se na necessidade de dar voz aos profissionais de saúde que exercem atividades de acompanhamento e cuidado às crianças que vivem com HIV/aids, junto a esta instituição de saúde. Para participar, será convidada a totalidade dos profissionais de saúde vinculados ao serviço e que desenvolvem o cuidado no contexto da aids pediátrica. Antes de entrar em campo para obter as descrições destes profissionais será marcada uma reunião com o coordenador responsável pelo serviço a fim de apresentar a proposta do projeto de tese, bem como definir o local em que o pesquisador e o profissional de saúde poderão ocupar a fim de produzir as informações. Assim, após o convite e aceite por parte do profissional em participar da pesquisa, a produção das informações será iniciada sendo mediada pela entrevista fenomenológica (CARVALHO, 1987), a qual é oportunizada pelo estar-com durante o encontro autêntico e dialógico entre o pesquisador e o participante com vistas a fazer emergir suas vivências e experiências, como ser-no-mundo e ser-no-mundo-com-o-outro, relacionadas ao fenômeno que se quer desvelar. Segundo Carvalho (1987) a entrevista fenomenológica busca a fala originária, a linguagem genuína do participante do estudo, e será esta fala que possibilitará o encontro dialógico com o outro e a comunicação com o mundo. É preciso, então, ver e observar sem estar fechado em uma perspectiva causal, interpretar compreensivamente a linguagem do ser pesquisado e perceber sua gestualidade em movimento e como veículo de significações. Elaborou-se, então, as seguintes questões norteadoras a serem apresentadas aos profissionais de saúde durante o encontro dialógico da entrevista fenomenológica: *conte-me o que significa, para você, a revelação do diagnóstico de aids? Quais são seus sentimentos em relação à revelação do diagnóstico de aids?* A interpretação das informações se dará por meio da hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur que tem por objetivo descortinar o sentido primordial dos discursos visando buscar compreensões acerca do existir humano, assim como daquilo que está velado, fazendo-o emergir como essência do vivido contido no discurso. Esta trajetória hermenêutica é compreendida a partir de cinco momentos que culminam no des-velamento do fenômeno sob investigação, quais sejam: leitura inicial do texto, distanciamento, análise estrutural, identificação da metáfora e apropriação. As questões éticas irão permear todo o estudo, desde as

discussões entre a orientadora e o orientando na delimitação do objeto de investigação, passando pela organização e escrita do projeto, atingindo seu ápice na execução do mesmo, na confecção da tese e em todas as divulgações subseqüentes. Ainda, seguir-se-á todas as recomendações contidas na Resolução 196/96 do CNS que orienta as pesquisas com seres humanos. **Considerações Finais:** justifica-se a escolha do fenômeno da revelação do diagnóstico de aids porque, embora seja uma temática presente nas instituições de cuidado, ainda são poucos os estudos no contexto brasileiro, sendo expressivos os que focam as vivências das pessoas que têm HIV/aids, necessitando, portanto, de investigações que dêem voz aos profissionais de saúde. Acredito que conhecer a compreensão dos profissionais de saúde poderá auxiliar na minimização do preconceito e estigma e possibilitar um cuidado em saúde voltado a esta necessidade. Ao dar voz a estes profissionais poderá ser desvelado o que é considerado importante ou não neste processo, bem como os diálogos e monólogos que se processam entre equipe, família e criança. Poderá, também, revelar as facilidades e dificuldades que se fazem presentes neste fenômeno e, a partir disso, auxiliar na (re)orientação do cuidado em saúde e enfermagem. Ainda, poderá desvelar a maneira como esta problemática vem sendo entendida dentro dos serviços de saúde, assim como quais têm sido as estratégias utilizadas na revelação (ou não) do diagnóstico de aids com vistas a possibilitar uma (re)organização das ações e políticas públicas voltadas ao contexto da aids pediátrica. Espera-se que o desenvolvimento deste estudo produza novos conhecimentos sobre este fenômeno que tem repercussão no viver das pessoas infectadas pelo HIV, nas instituições referências em aids e nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde, famílias e crianças. Além disso, acredita-se que os resultados desta investigação possam subsidiar a formulação de políticas públicas na área da aids, bem como propiciar um reordenamento das já existentes trazendo outras possibilidades e/ou focos de atenção, além de direcionar e qualificar o cuidado em saúde/enfermagem.

**Descritores:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Enfermagem, Revelação da Verdade.

**Referências:**

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Políticas de Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Aids-DST Boletim Epidemiológico. Ano V, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Marques HHS, Silva NG, Gutierrez PL et al. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/AIDS e seus pais e cuidadores. Cad. Saúde Públ. Mar. 2003; 22(3): 619-29.
3. Bor R. Vancouver summaries: *disclosure*. AIDS Care, 1997; 9(1): 49-52.

4. Carvalho AS. Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir; 1987.

# *Enfermagem no Cuidado à Mulher*

---

---

**PRINCIPAIS NECESSIDADES DAS PACIENTES E O CUIDADO PRESTADO  
DURANTE INTERNAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA MASTECTOMIA**

Cheila Sanfelice, Cristiane Trivisiol da Silva, Silvana Ceolin, Tais Vicari  
Universidade Federal de Santa Maria  
cris.toia@yahoo.com.br

O câncer de mama é a neoplasia mais comum entre as mulheres e as afeta em suas dimensões biopsicossociais e espirituais devido à significação cultural atribuída às mamas. Quando ocorre falha na prevenção ou quando a descoberta de tal doença ocorre em estágios tardios se faz necessária a realização da mastectomia, que tem como principal meta erradicar a presença do câncer localizado. A mastectomia é a fase do tratamento mais temida pelas mulheres, tanto pelo medo da morte ao enfrentar um procedimento cirúrgico quanto pelo medo da desfiguração. Assim, para planejar o cuidado de enfermagem, é necessário conhecer as principais angústias e necessidades de informações das mulheres mastectomizadas. Essas mulheres estão envoltas em um turbilhão de dúvidas e sentimentos e, desse modo, ao cuidá-las é preciso ter sensibilidade, capacidade de ouvir e enxergar seus sentimentos. Trata-se de um recorte de pesquisa cujo objetivo consistiu em identificar as principais solicitações das pacientes percebidas pelas enfermeiras e os principais cuidados prestados pela enfermagem durante a internação para realização da mastectomia. O estudo original é do tipo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa que investigou a forma como a sexualidade é abordada pelas enfermeiras no cuidado à mulher mastectomizada. O cenário da pesquisa foi a Unidade Toco-ginecológica do Hospital Universitário de Santa Maria e teve como sujeitos as enfermeiras atuantes nesta unidade. Para a coleta de dados foram utilizados os instrumentos de vinheta e entrevista semi-estruturada. Para realização do procedimento analítico dos dados foi utilizada a análise temática<sup>1</sup>. Os aspectos éticos foram observados em todo percurso da pesquisa com atendimento às normas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria e fornecimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido às participantes. O total de participantes do estudo foi de sete enfermeiras que tinham uma média de idade de 40 anos, tendo a mais nova 31 anos e a mais velha 50 anos. Do total de enfermeiras, cinco eram casadas, uma possuía união estável e uma era solteira. As participantes tinham concluído o curso de graduação

em uma média de 16 anos atrás, sendo o tempo mínimo de formada de quatro anos e o máximo de 28 anos. A média de tempo que elas tinham de trabalho na Unidade Toco-ginecológica do HUSM era de cinco anos, mínimo de 10 meses e máximo de 11 anos. Três das enfermeiras possuíam outro emprego, uma trabalhava como enfermeira assistencial em um hospital filantrópico e duas como docentes em instituições particulares. Aos serem questionadas sobre as solicitações que emergem das mulheres durante a internação para a cirurgia de retirada da mama, as enfermeiras relataram que as principais preocupações destas pacientes estão relacionadas ao procedimento cirúrgico e ao pós-operatório imediato (presença do dreno, curativo, cicatrização, dor, dias de internação). O período pré-operatório gera bastante estresse e ansiedade devido à falta de conhecimento em relação ao ato anestésico-cirúrgico e as repercussões dos procedimentos no corpo. Já no pós-operatório, as dúvidas mais freqüentes sinalizadas pelas mulheres estão ligadas a presença da incisão, curativo e drenos<sup>2</sup>. Sendo assim, observou-se que a maior parte do cuidado de enfermagem à mulher mastectomizada, além dos procedimentos técnicos, está concentrada em orientações relacionadas aos procedimentos e cuidados pré e pós-operatórios. Tal atendimento é de muita valia para esclarecer às clientes sobre os procedimentos aos quais serão submetidas, a importância dos mesmos e os possíveis desconfortos. Ainda, aparecem constantemente nas solicitações das pacientes, quais os cuidados que elas devem ter com o braço homolateral à cirurgia e as mudanças que ocorrerão em seu cotidiano após essa etapa do tratamento. A impossibilidade de continuidade das atividades cotidianas são preocupações comuns para as mulheres, pois o fato de terem que ser cuidadas gera um sentimento de angústia visto que estas estão acostumadas a cuidar<sup>2</sup>. Assim, houve a referência, pelas enfermeiras desta investigação, de orientações quanto aos cuidados que a mulher passaria a ter, após a mastectomia, com o local da incisão e o braço homolateral à mama operada para a prevenção de linfedema e outras complicações, a estimulação correta dos movimentos e a necessidade de acompanhamento fisioterápico para a melhor recuperação dos movimentos deste braço, bem como a adaptação para as tarefas cotidianas. Outra angústia bastante referida pelas mulheres mastectomizadas, segundo as enfermeiras entrevistadas, se encontra na possibilidade da reconstrução mamária e nas formas para disfarçar a ausência da mama. A reconstrução da mama é um dos fatores responsáveis pela melhora da qualidade de vida da mulher mastectomizada, pois preserva a auto-imagem, o senso de feminilidade e o relacionamento sexual, proporcionando um processo de reabilitação

menos traumático<sup>3</sup>. As enfermeiras consideram muito importante de se abordar com a mulher mastectomizada a questão da mudança na imagem corporal, prepará-las para a aceitação do novo corpo e tentar ajudá-las, colaborando com a melhora da auto-estima. Surgiu, também, referência ao medo da mulher em relação ao câncer em si, por ser este ainda entendido socialmente como uma sentença de morte. As enfermeiras referiram que as pacientes apostam a cura na cirurgia, elas precisam livrar-se logo da doença para afastarem a proximidade da morte de suas vidas. O medo é o sentimento que perpassa pela história de pacientes com câncer de mama, evidenciado na descoberta do diagnóstico, nas possibilidades de cura, no tratamento e no futuro incerto, trazendo sensações de impotência para essas mulheres<sup>4</sup>. Para atender a essas ansiedades e amenizar os medos das mulheres, as enfermeiras entrevistadas disseram lançar mão do diálogo e da escuta atenta. Percebeu-se no estudo que, durante a internação, a abordagem considerada essencial pelas enfermeiras esteve bastante relacionada aos aspectos psicológicos da doença e tratamento, como a ajuda na melhora da auto-estima e no enfrentamento do câncer. Elas referiram demonstrar preocupação em ouvir as angústias dessas mulheres. A mastectomia gera muitas angústias, assim, o enfermeiro deve estar atento para as expressões verbais e não-verbais da mulher, ajudando-a a diminuir seus anseios e estimulando a melhoria da qualidade de vida. A enfermeira deve prestar atendimento humanizado a essa clientela, com uma escuta atenta e diálogo sincero. Considera-se imprescindível que a enfermagem resgate na mulher mastectomizada como ela se sente após a cirurgia, a fim de que o cuidado se processe de forma individual, atentando para o que cada uma dessas mulheres quer saber e qual a intervenção mais apropriada. É preciso dar voz a essas mulheres, incentivá-las a se expressarem, pois é desse modo que o cuidado de enfermagem será trabalhado de forma integral, atentando para as dimensões técnica, científica, ética e humana.

**Descritores:** mastectomia; enfermagem; cuidados de enfermagem.

**Referências:**

1. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
2. BARRETO RAS, SUZUKI K, LIMA MA, MOREIRA AA. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. REE [Internet]. 2008 [citado 2010 mar 31];10(1):110-123, 2008.
3. ALMEIDA RA. Impacto da mastectomia na vida da mulher. Ver SBPH [Internet]. 2006 [citado 2010 mar 31];9(2):99-113.
4. FERREIRA MLSM, MAMEDE MV. Representação do corpo na relação consigo mesmo após mastectomia. Rev Lat Am Enfermagem [Internet]. 2003 [citado 2010 mar 31];11(3):299-304.

## **DESAFIOS E PERSPECTIVAS DA ENFERMAGEM NO ACOMPANHAMENTO A GESTANTE DE ALTO RISCO NO DOMÍLIO**

Adonias Santos da Rosa, Katiele Hundertmarck, Gabriela Zenatti Ely, Márcia Gabriela  
Rodrigues de Lima

Universidade Federal de Santa Maria/Rs  
asr1690@hotmail.com

**Introdução:** Os serviços de Pré-Natal visam acolher a mulher no início da gestação, proporcionando um acompanhamento efetivo no desenvolver da gravidez, para promover saúde ao binômio mãe-bebê. Deve-se então, realizar ações de promoção da saúde e prevenção de agravos<sup>(1)</sup>. As consultas pré-natais podem ser realizadas na Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF) quando são consideradas de "baixo risco", ou seja, os fatores maternos, fetais e ambientais são favoráveis à gestação e, portanto, não oferecem riscos de complicações. As gestações de "alto risco", por outro lado, são referenciadas aos centros especializados no acompanhamento dessa demanda de especificidade de cuidados, justamente por dispor de elementos que podem prejudicar o desenvolvimento da gravidez e possibilitando um risco de vida materna e fetal<sup>(2)</sup>. Nesta perspectiva, o enfermeiro é um profissional da saúde, que em muitas situações, dispõe de uma maior interação com as gestantes por desenvolver atividades do pré-natal em ações educativas no âmbito individual (consultas de enfermagem e visitas domiciliares) e ações de cunho coletivo (atividades de grupos). Logo, faz-se necessário considerar o contexto de vida de cada mulher, sua história pessoal, social, cultural, econômica, bem como a identificação de fatores de risco para a gravidez<sup>(3)</sup>. Esses fatores de risco podem comprometer o crescimento e desenvolvimento intrauterino do feto, além da saúde materna, ocasionando morbidades. Dentre os riscos materno e fetal destaca-se: a situação familiar insegura e a não aceitação da gravidez; condições ambientais desfavoráveis; baixa escolaridade; multiparidade; abortamento habitual; hipertensão arterial; diabetes mellitus; óbito fetal anterior e; crescimento intrauterino retardado<sup>(1-2)</sup>. Nesse contexto, é essencial o acolhimento da mulher grávida, a humanização e vínculo com a gestante e sua família considerando o contexto bipsicossocial. É preciso atentar para um espaço de escuta sensível e qualificada a fim de instigar a autonomia e resguardar a co-responsabilização do pré-natal na relação enfermeiro-gestante. Nesse cenário, as Visitas Domiciliares (VDs), uma estratégia de cuidado, oferecida os usuários do

Sistema Único de Saúde (SUS), permitem inserir o cuidado de enfermagem no lócus da gestante tendo em vista a codificação de condições para uma boa ou má condução perinatal, além de traçar estratégias viáveis no contexto sociocultural para a intervenção profissional. Deve-se observar e identificar dificuldades e facilidades de uma família. Além de integrar as pessoas ao serviço de saúde e buscar aquelas que são faltosos aos tratamentos. Ao mesmo tempo, o enfermeiro precisa entender que os saberes e práticas em saúde do usuário podem ser diferentes dos seus, o que propõe ao profissional adaptar os conhecimentos populares aos científicos<sup>(4)</sup>. **Objetivo:** Promover a discussão sobre o cuidado de enfermagem dispensado a gestante de alto risco, usuária do SUS durante visitas domiciliares (VDs). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de Enfermagem na realização de VDs, em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família (ESF), no cenário da Atenção Básica a uma gestante de alto risco, sem acompanhamento regular de Pré-Natal. Essa experiência transcorreu-se nos meses de outubro a dezembro de 2009. **Resultados:** As VDs realizaram-se a gestante por indicação da agente comunitária de saúde, em acordo com os outros membros da equipe de saúde da Unidade. Isso porque a gestante descontinuou as consultas de pré-natal na ESF, referindo incomodo ao ser referenciada ao nível terciário de atenção a saúde pela enfermeira da Unidade, devido aos fatores de risco existentes em sua gestação. Desse modo, com o intuito de sensibilizar a gestante sobre a importância dos cuidados de pré-natal, adentramos na sua residência para identificar elementos capazes de subsidiar nossas intervenções em saúde para assim, efetivar um cuidado integral a saúde, pautado no bem-estar materno e fetal, além de abrangente aos outros membros da família. Apresentamos-nos como acadêmicos de enfermagem e a nossa função principal naquele momento. Fomos recebidos cordialmente pela família, mas logo ao início da conversa, o discurso da grávida repetia-se em torno do desgosto da referência ao nível terciário de saúde para a continuidade dos cuidados perinatais. Contextualizando as características maternas e fetais, a coleta de dados subjetivos, referidos pela usuária, apontaram perda vaginal persistente durante 2 dias e dor em baixo ventre, sem contudo a busca pelo atendimento no serviço de saúde. Os dados objetivos observados indicaram déficit de autocuidado, comprometendo condições de higiene; fatores de risco para a gestação, como por exemplos, condições ambientais desfavoráveis; não adesão ao pré-natal; multiparidade; baixa escolaridade; óbito fetal anterior sem esclarecimento; entre outros. Ao exame físico, evidenciou-se altura uterina incompatível com a idade gestacional descrita no exame de ultra-sonografia; batimentos cardíacos fetais sem

alteração; ganho ponderal abaixo do esperado para o período e níveis pressóricos normais. Quanto ao ambiente, condições socioeconômicas precárias. No seu vislumbre, a gestante argumentava o que lhe havia ocorrido durante as outras gestações, de sentir o trabalho de parto, encaminhar-se para o hospital e parir. Fora assim, e no seu julgamento, seria assim novamente. Durante as VDs seqüências, projetou-se atividades de educação e promoção da saúde, esclarecendo dúvidas, contextualizando as realidades científicas e populares, no que tange os cuidados necessários. Rompeu-se com a ideia de culpabilização da mulher e sua família e optou-se pelo ajuste dos recursos disponíveis para tentar proporcionar a melhor assistência possível diante dos fatos. Então, como preverá, nasceu o bebê, aparentemente saudável, embora se acredite nas conseqüências negativas em longo prazo de uma condução errônea do pré-natal. Logo, realizamos outra VD a puérpera e o recém-nascido, esclarecendo cuidados em saúde. **Considerações Finais:** No que tange a adesão da gestante de alto risco ao pré-natal, alguns fatores são responsáveis para efetivar esse cuidado imprescindível a saúde da mulher e seu filho. Dentre eles, estão a sensibilidade e disponibilidade do enfermeiro para acompanhar a gestante e sua família, associada a paciência e o comprometimento ético-legal para proceder diante de dificuldades. Elaborar estratégias é fundamental para efetivar esse cuidado, como as visitas domiciliares, por aproximarem o serviço de saúde de uma família, demonstrando a co-responsabilização, essencial para o cuidado. Entretanto, essa atuação ainda é um desafio ao profissional, haja vista o contexto social, cultural e econômico da gestante em apreço nesse estudo, que apresenta práticas em saúde equivocadas comparadas a experiência científicas quanto os devidos cuidados satisfatórios durante a gestação. Diante disso, estabelecem as perspectivas aos enfermeiros na assistência pré-natal, o qual precisa formar vínculos com a gestante ao invés de culpabilizá-la, e por meio da educação e promoção da saúde, criar ambientes favoráveis ao diálogo e escuta sensível.

**Descritores:** Gravidez de Alto Risco, Cuidado Pré-Natal, Cuidados de Enfermagem.

**Referências:**

1. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. Brasília (DF); 2005. p. 158.
2. Ministério da Saúde (BR). Gestante de alto risco: sistema estaduais de referência hospitalar à gestante de alto risco. Brasília (DF); 2001. p.32
3. Santo LCE, Santos FS, Moretto VL. Aspectos emocionais da gestação, parto e puerpério. In: Oliveira DL (org.). Enfermagem na gravidez, parto e puerpério: notas de aula. Porto Alegre: Editora da UFRGS; 2005. p.61-78.
4. Figueiredo NMA, Tonini T. (org.). SUS e PSF para enfermagem: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul/SP: Editora Yendis; 2007. p.50.

## **ESTUDO DE CASO: ACOMPANHAMENTO DE PUÉRPERA SEM PRÉ-NATAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DA MULHER**

Agnes Ludwig, Andréia Specht, Cristina Bosquerolli, Dayanna Lemos, Fernanda Araújo, Priscila Ledur, Ana Carla Fischer, Mariene Riffel  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
pri\_ledur@hotmail.com

A atenção pré-natal visa assegurar o nascimento de uma criança saudável e garantir o bem-estar materno e neonatal, acolhendo a mulher no sistema de saúde desde o início da gravidez. Objetivou-se descrever cuidados prestados conforme Sistematização da Assistência de Enfermagem, correlacionando aspectos teóricos da assistência às práticas realizadas por meio de estudo de caso. Os dados foram coletados através de anamnese, exame físico e revisão de prontuário no Centro Obstétrico do Hospital Fêmeina durante as práticas da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher do curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, de setembro a outubro de 2009, a partir dos quais foram identificados sinais e sintomas que viabilizaram a construção de Diagnósticos de Enfermagem (DE). Dados coletados: RLS, 22 anos, parda, casada, catadora de lixo, baixa escolaridade. Condições de higiene precárias; sujidade corporal; sinais vitais estáveis. Dados obstétricos: cinco gestações, um aborto e quatro partos vaginais; duas gestações com acompanhamento pré-natal - um incompleto - implicando dois nascimentos prematuros. Três filhos receberam aleitamento materno não exclusivo. DEs prioritários: Déficit no Autocuidado para Higiene Íntima<sup>(1)</sup>; Conhecimento Deficiente<sup>(1)</sup>. Principais cuidados: Ensino-indivíduo, Cuidados com o períneo e Educação para a saúde. Considerações: confirma-se que nível de instrução e condições sócio-econômicas precárias estão intimamente ligados a não realização de pré-natal adequado; dificuldade em encontrar DEs que abrangessem a complexa situação de saúde de RLS, principalmente quanto à higiene. Definir um plano de cuidados coerente com a realidade e as necessidades da paciente é fundamental para estabelecer vínculos desse com a equipe visando alcançar melhores práticas terapêuticas.

**Descritores:** Cuidado Pré-Natal, Saúde da Mulher, Enfermagem.

### **Referência:**

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008.

## **ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: MOTIVAÇÕES E DESMOTIVAÇÕES DAS NUTRIZES DE ELDORADO DO SUL**

Juliana Machado Schardosim, Petronila Libana Cechin  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
jumachadoju@hotmail.com

O aleitamento materno (AM) é um tema amplamente discutido na enfermagem, trata-se de prática com inúmeros benefícios para o binômio mãe-bebê. Para que o AM seja bem sucedido não depende apenas da vontade e disponibilidade da nutriz sendo importante o auxílio e orientação por parte dos profissionais de saúde desde o acompanhamento pré-natal, durante o atendimento ao parto e recuperação até o retorno da nutriz e seu bebê para a Unidade Básica de Saúde. O Ministério da Saúde do Brasil em sua Política Nacional de Promoção Proteção e Apoio ao AM possui algumas estratégias: rede amamenta Brasil, rede brasileira de bancos de leite humano, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), proteção legal ao aleitamento materno, mobilização social e monitoramento dos indicadores de aleitamento materno no Brasil<sup>(1)</sup>. As ações possuem diferentes públicos alvo e ações com o objetivo comum de aumentar a prevalência de AM no Brasil. A classificação da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre o AM inclui as seguintes categorias: Aleitamento Materno Exclusivo: a criança recebe apenas leite humano de sua mãe, ama de leite ou ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, exceto gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos<sup>(2)</sup>. Aleitamento Materno Predominante: a fonte predominante de alimentação é o leite humano, entretanto, a criança recebe água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos<sup>(2)</sup>. Aleitamento Materno: a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado)<sup>(2)</sup>. Aleitamento Materno Complementado: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não humanos<sup>(2)</sup>. Sabe-se que o leite materno apresenta os nutrientes necessários para o desenvolvimento do lactente até o 6º mês de vida, não sendo necessário administrar outros alimentos<sup>(3)</sup>. Os nutrientes do leite materno compõem uma dieta balanceada apresentando variações nos primeiros dias conforme as necessidades do neonato. Os componentes imunológicos protegem-nos contra diversas doenças, por exemplo, a enterecolite necrozante, infecções do trato gastrointestinal e respiratório e alergias

além de estar sempre pronto na temperatura ideal para o lactente. O AM potencializa a involução uterina prevenindo hemorragias puerperais, auxilia o retorno mais rápido ao peso pré-gestacional e promove sensação de relaxamento causada pelos hormônios envolvidos no processo. Além disto, o ato de amamentar favorece a formação do vínculo afetivo entre a mãe e o bebê<sup>(3)</sup>. Os objetivos do estudo foram caracterizar a população estudada conforme condições sócio-demográficas e histórico obstétrico e investigar e descrever as motivações e desmotivações que influenciam na adesão ao aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida da criança. Trata-se de estudo exploratório descritivo qualitativo desenvolvido no município de Eldorado do Sul. As pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, mãe de feto único, parto a termo compreendendo-se este como ocorrido entre 37 e 42 semanas de gestação, peso de nascimento do feto igual ou superior a 2500g, neonato sem intercorrências que exigissem internação em unidade neonatal, lactente possuir 6 a 18 meses foram incluídas no estudo. As informações foram coletadas pela própria pesquisadora com seleção intencional por informações encontradas no prontuário no Pronto Atendimento Pediátrico no momento em que as mesmas procuraram o serviço para atendimento e o convite para participar do estudo foi realizado na triagem efetuada antes da consulta médica. As entrevistas com roteiro semi-estruturado com perguntas abertas foram realizadas na unidade de saúde com gravação e posterior transcrição. A análise do material seguiu a metodologia de análise de conteúdo em quatro fases: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os princípios éticos foram respeitados conforme orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foram entrevistadas 40 mães entre Outubro e Dezembro de 2009. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos 14 participantes foram excluídas do estudo. A amostra totalizou 26 participantes divididas em grupo A (mães que mantiveram o aleitamento materno exclusivo por 6 meses) e grupo B (mães que não conseguiram manter o aleitamento materno exclusivo por 6 meses). Desta forma ambos os grupos (A e B) contem 13 participantes. A análise dos dados sócio-demográficos mostrou que a idade das participantes variou entre 18 e 45 anos, porém no grupo A a faixa etária mais freqüente foi de 26 a 30 anos enquanto no grupo B foi de 18 a 20 anos. Quanto à situação conjugal, escolaridade, renda familiar e ocupação os dois grupos apresentaram semelhança, o regime de união estável, ensino fundamental incompleto seguido de ensino fundamental completo, renda familiar até R\$500,00 e atividade do lar foram os mais freqüentes. Estes dados estão apresentados na tabela 1 para

melhor visualização. Na caracterização da amostra quanto ao histórico obstétrico observa-se que o perfil dos grupos é muito semelhante sendo predominante o parto vaginal, pré-natal completo e mulheres múltiparas. O parto cesáreo retarda o início da lactação e esta demora pode prejudicar o estabelecimento de um AM bem sucedido, porém este dado não foi confirmado nesta amostra, inclusive o percentual de cesarianas no grupo A é maior que no grupo B<sup>(4,6)</sup>. A caracterização dos bebês das mulheres entrevistadas apresentou novamente similaridade entre os grupos de modo que não houve diferença significativa entre o sexo masculino e feminino nem da frequência destes nos grupos, a idade dos bebês variou de 6 a 18 meses sendo mais frequente crianças entre 6 e 12 meses em ambos os grupos. A faixa de peso de nascimento mais frequente nos dois grupos foi de 3000 a 3500 gramas e a relação do peso com a idade gestacional mostrou que a maioria era adequada tanto no grupo A quanto no grupo B. Nota-se que a idade gestacional mais frequente no grupo A foi 41 semanas enquanto no grupo B foi 40 semanas que do ponto de vista de maturidade para AM não tem diferença. A análise de conteúdo evidenciou três categorias de motivações (grupo A) e três categorias de desmotivações (grupo B). A associação do leite humano à saúde e nutrição da criança, a praticidade e economia, e a prazer e promoção do vínculo mãe-bebê foram referidas pelo grupo A como motivadoras e a diminuição brusca do leite sem causa aparente, o trabalho fora do lar e injúrias mamárias foram referidas pelo grupo B como desmotivadoras do aleitamento materno exclusivo. As mães múltiparas entrevistadas que possuíam filhos que haviam sido amamentados ao seio e filhos não haviam sido amamentados ao seio referiram notar diferenças entre seus filhos no desenvolvimento cognitivo e o ganho de peso. A categoria praticidade e economia já era prevista após a análise dos dados sócio-demográficos onde mais de 50% da amostra do estudo possui renda menor ou igual a R\$750,00. A categoria prazer e promoção do vínculo mãe-bebê salienta que o ato de amamentar não está ligado exclusivamente ao instinto em alimentar o filho, este ato transcende o instinto envolvendo os sentimentos. Na categoria diminuição brusca do leite sem causa aparente as mães informaram que ao iniciarem a mamadeira aos poucos o bebê foi perdendo o interesse pelo seio materno. Sabe-se que a utilização de chupeta favorecem o desmame precoce devido à chamada confusão dos bicos e ao fato de a sucção na mamadeira não exigir tanto esforço por parte do lactente quanto ao seio materno <sup>(4)</sup>. Portanto a diminuição da lactação e o uso de mamadeira estabelecem uma relação de causa-efeito complexa onde um fator leva ao outro e vice-versa. Os movimentos feministas sempre buscaram os direitos da mulher bem

como a igualdade entre os gêneros. Deste modo a mulher conquistou o direito ao trabalho fora do lar. Ironicamente neste estudo este aspecto foi referido como desmotivador do aleitamento materno exclusivo devido à dificuldade para ir amamentar o lactente. As injúrias mamárias foram mencionadas em ambos os grupos. Porém no grupo A estes acontecimentos foram desafiadores para as mães enquanto no grupo B foram desmotivadores do AM exclusivo. Por isso este fator isoladamente não determinou o desmame precoce nesta amostra. Conclui-se que a decisão de amamentar exclusivamente ao seio envolve um conjunto de fatores. As mães referem ser uma atividade prazerosa que favorece o vínculo mãe-bebê e proporciona melhor nutrição e saúde para as crianças além de praticidade e economia para elas. Como desmotivações encontrou-se a diminuição do leite sem causa aparente, o trabalho fora do lar e as injúrias mamárias, estas são situações que podem ser resolvidas quando a paciente recebe assistência profissional adequada. As injúrias mamária também foram referidas pelas pacientes do grupo A porém estas interpretaram-nas como desafios e superaram as dificuldades.

**Descritores:** Aleitamento Materno, Enfermagem Obstétrica, Desmame

**Referências:**

1. Ministério da Saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde (BR) [cited 2010 jan 11]. Promoção Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno.
2. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. *Jornal de Pediatria*. 2000;76 Suppl 3:S238-52.
3. Tamez RN, Silva MJP. *Enfermagem na UTI Neonatal*. 3a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
4. Vaucher ALI, Durman S. Amamentação: crenças e mitos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2005;7(2):207-14.

**A ASSISTÊNCIA PRESTADA A GESTANTES COM DIABETE MELITO  
GESTACIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Bárbara Cristiane Garnize, Taciana Madruga Schnornberger, Joice Moreira Schmalfluss  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
barbaracrisgarnize@hotmail.com

O Diabetes Melito Gestacional (DMG) é caracterizado por uma intolerância à glicose decorrente de alterações hormonais que ocorrem durante a gestação. Nesse período, o metabolismo materno é totalmente modificado para abrigar o feto. A placenta, que tem a função de manter a gestação e garantir o desenvolvimento normal fetal,

secreta hormônios que provocam resistência à insulina. Esse processo está frequentemente associado a complicações como doença hipertensiva da gestação, cetoacidose diabética, trabalho de parto e parto pré-termo, polidrâmnio, macrossomia fetal, imaturidade pulmonar fetal, anomalias congênitas, hipoglicemia neonatal, bem como morte materna e perinatal. Nesse sentido, as gestantes portadoras dessa doença podem acabar experienciando a gravidez de maneira apreensiva e preocupada. Assim, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada na assistência prestada a gestantes portadoras de DMG. A vivência se deu durante um estágio realizado na Graduação em Enfermagem, no Alojamento Conjunto de um hospital público da cidade de Porto Alegre-RS. No decorrer do estágio, durante a assistência prestada às gestantes portadoras de DMG, foi possível perceber através da linguagem verbal e não verbal, sentimentos como medo, ansiedade, angústia, insegurança, incerteza, entre outros. Essas emoções, quando manifestadas, podem acabar comprometendo o desenvolvimento gestacional, prejudicando o desfecho da gravidez, bem como do parto. Assim, verificou-se que as preocupações que as gestantes têm em relação à doença podem comprometer todo o ciclo gravídico-puerperal, se estendendo, conseqüentemente, à saúde do neonato. Por isso, trabalhar com as questões que permeiam esse momento delicado deve ser um ato praticado pelos enfermeiros desde o pré-natal, sendo de fundamental importância para evitar repercussões negativas e complicações durante a gestação, o nascimento e o pós-parto.

**Descritores:** complicações na gravidez, diabetes gestacional, sentimentos.

## **DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ COM ÓBITO MATERNO NOS HOSPITAIS REFERÊNCIAS DE PORTO ALEGRE**

Petronila Libana Cechim, Clariana Casagrande da Silva  
Universidade do Vale do Rio dos Sinos  
clacasagrande@ig.com.br

A gestação é um fenômeno biológico que deveria estar relacionado somente com a reprodução humana, porém a mesma pode trazer danos à mulher e até provocar sua morte. A mortalidade materna é uma preocupação dos países em desenvolvimento por ser um temível indicador do tipo de assistência que é prestada a mulher. A doença

hipertensiva específica da gravidez (DHEG), atualmente, ocupa uma das principais patologias responsáveis pela morte materna. A DHEG compreende um conjunto de alterações que só ocorrem durante a gravidez e após a 20ª semana, a mesma engloba desde os casos leves de hipertensão arterial até os quadros de pré-eclampsia e eclampsia. A eclampsia é uma complicação da pré-eclampsia (hipertensão e proteinúria) combinada a convulsões e coma. Esta acomete 1 a cada 200 mulheres com pré-eclampsia e é frequentemente fatal se não tratada. Estão em risco as gestantes hipertensas, primeira e múltipla gravidez, diabéticas com problemas vasculares bem como aquelas que apresentaram pré-eclampsia ou eclampsia prévia (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006). O delineamento desta pesquisa caracteriza-se por ser um estudo do tipo descritivo com enfoque quantitativo, sendo um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas através da construção de perguntas ou questionamentos. A relevância das conclusões por meio de pesquisa quantitativa reside basicamente em verificar se os valores das informações aumentaram, diminuíram, se são maiores ou menores que outros, com qual frequência e como essas informações são relacionadas dentro de um contexto estudado. Elas testam, de forma precisa, as hipóteses levantadas para a pesquisa e fornecem índices que podem ser comparados com outros (COUTINHO, 2003). Este delineamento foi escolhido pois possibilita conhecermos os índices das mortes por DHEG como comprovação do objetivo de pesquisa. Os objetivos deste estudo são estimar a frequência dos óbitos maternos ocasionados pela DHEG e determinar o número de gestantes que tiveram o acompanhamento pré-natal. O estudo foi realizado no setor de Coordenadoria Geral em Vigilância em Saúde de Porto Alegre. Foram sujeitos de pesquisa os registros do comitê de mortalidade materna das gestantes que apresentaram doença hipertensiva específica da gravidez, que preenchem os seguintes critérios: ter diagnóstico de DHEG evoluído para óbito materno, mortes ocorridas nos anos de 2006 e 2007, mulheres que tiveram como centro de atendimento os hospitais referências de Porto Alegre para o atendimento da DHEG. A coleta de dados foi realizada pela autora do estudo extraída dos registros dos documentos formais existentes no Setor de Informações sobre mortalidade utilizando-se, uma ficha guia como instrumento de pesquisa, obtendo-se informações sobre as mortes por DHEG. Referindo-se a presente pesquisa, resalto que a medicina avança gradativamente frente à tecnologia, porém milhares de mulheres enfrentam dificuldades na gestação e grande número morre no parto. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) morte materna é todo falecimento causado por problemas relacionados à gravidez, parto e pós parto

ocorrido até 42 dias após o mesmo. A OMS considera aceitável o índice de 20 mortes maternas para cada 100 mil nascidos vivos. No Brasil, a taxa oficial de mortalidade materna é de 75 mortes de mulheres para cada 100 mil nascidos vivos. Porém, este índice não é fidedigno pois nem todos os casos de morte são notificados, principalmente nos municípios e estados onde não há comitê da mortalidade materna (BRASIL, 2007). Em um estudo realizado por Schmidt (2007), no município de Porto Alegre/RS, no período de 1996 a 2005, a autora identificou como a principal causa de óbito materno direto a DHEG, referindo que essa patologia é grave e evolui rapidamente, por isso, a importância de realizar um pré-natal de qualidade, para que se possa diagnosticar e tratar de forma adequada essa e outras patologias, evitando-se assim o óbito materno. Na cidade de Porto Alegre no ano de 2006 o coeficiente de mortalidade materna por causas obstétricas foi de 32,64 e no ano de 2007 de 56,15 para cada 100.000 nascidos vivos. Analisando-se especificamente as causas diretas como a patologia em questão, observa-se 1 morte por 18.383 nascidos vivos em 2006 e 2 mortes por 17.809 nascidos vivos em 2007. O estudo mostra que, a idade das mesmas variou entre 16 e 30 anos. Quanto à característica da cor, observamos que todas as mulheres que foram ao óbito eram da cor branca. Porto Alegre diferencia-se do Brasil por apresentar uma maior porcentagem de mulheres brancas com óbito materno. Em relação ao estado civil houve predomínio total de mulheres solteiras. O estado civil da gestante pode refletir diretamente no equilíbrio emocional tornando-a desamparada e conseqüentemente mais suscetível. A pesquisa mostrou a realização do acompanhamento pré - natal por parte das gestantes, porém não foi encontrado registro do número exato de consultas. Dados como escolaridade e ocupação das gestantes foram encontrados registrados de forma incompleta e demais dados epidemiológicos relevantes como patologias associadas, paridade, informações referente ao parceiro e renda não foram encontrados nos prontuários deixando uma lacuna na pesquisa. A pesquisa mostra que índices de mortalidade por DHEG ainda leva gestantes a óbito, cuja patologia é passível de evitar através do pré - natal efetivo e aplicação das políticas públicas da saúde da mulher. Porém o presente estudo mostrou que no município de Porto Alegre, há boa implementação do sistema de notificação quanto ao número de casos de mortes por DHEG possibilitando também verificar a existência do acompanhamento das políticas de atenção à mulher, mas há deficiência de determinados dados epidemiológicos que podem ser fatores contribuintes para o óbito. Dados, estes, referente ao número de gestações, existência de novo companheiro, existência de patologias prévias, escolaridade,

ocupação entre outros. Através da análise dos prontuários das pacientes que foram a óbito por DHEG observou-se que todas tiveram o acompanhamento pré - natal, fator este, importantíssimo para diagnosticar a patologia citada e evitar a morte. Porém, não ficou claro se o número de consultas foi de no mínimo seis, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Para o êxito do programa de pré - natal é necessário início precoce, comparecimento aos atendimentos bem como número mínimo de consultas, integração com ações preventivas propostas e acolhimento da gestante. O acolhimento é o processo de atenção à gestante, envolve a recepção da mesma e permanência no programa. A gestante que é bem acolhida no programa de pré - natal o faz de maneira completa e participativa. Ressalto que avanços científicos e tecnológicos buscam constantemente prevenir a instalação das patologias e do óbito para que o processo de reprodução não cause danos à saúde da mulher. Contudo, a real taxa de mortalidade materna brasileira pode enfrentar dificuldade quanto à existência das notificações, devido à subinformação das declarações de óbito, que são preenchidas de forma inadequada e casos em que é omitida a causa da morte relacionada com o ciclo gravídico-puerperal. Concluo que medidas básicas de atenção, como acesso ao programa de pré - natal e programas de controle por parte dos órgãos responsáveis são capazes de interferir positivamente na assistência da gestante proporcionando a eficácia na prevenção da mortalidade materna. Ainda, entre as principais causas da mortalidade há predomínio da DHEG. Patologia esta, que pode ser contornada através da investigação precoce e manejo adequado.

**Descritores:** Morte materna. Doença hipertensiva da gravidez. Porto Alegre/RS, 2006 e 2007.

**Referências:**

1. CALDERON, Iracema Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev. Bras. de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v.28, n.5, maio 2006.
2. COUTINHO, Petronila Gomes. Pesquisa quantitativa e de opinião pública sobre o ensino superior. Pará: Universitária UFPA, 2003.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.
4. SCHIMIDT, Soraia Nilsa. O perfil epidemiológico da mortalidade materna em Porto Alegre: 10 anos de análise (1996 a 2005). Porto Alegre, 2007.

## **REPERCUSSÕES DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM EM UM CASO DE CÂNCER DE COLO UTERINO**

Fernanda Berny

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

nandaberny@gmail.com

Estudo de caso realizado no HCPA sobre uma paciente em tratamento com a equipe de enfermagem no ambulatório da dor oncológica. A paciente já estava em fase final do tratamento contra um câncer de colo uterino, e apresentava diversas conseqüências da doença, principalmente dor. Tive como objetivo principal a avaliação das intervenções de enfermagem realizadas com a paciente desde o início de seu tratamento. Através de pesquisa em prontuários, consultas de enfermagem e realização de exames físicos foi possível identificar os principais diagnósticos utilizados durante o tratamento e avaliar as intervenções utilizadas pela equipe de enfermagem. Estes resultados encontrados foram positivos - auxiliaram muito a paciente, atenuando a dor e proporcionando qualidade de vida. Através da avaliação das intervenções e da evolução do tratamento, pude concluir que o cuidado de enfermagem foi essencial para a melhora do estado clínico da paciente.

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

## **O PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À GESTANTE ADOLESCENTE EM PORTO ALEGRE**

Karina Kalsing, Fernanda Berny

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

karinakalsing@yahoo.com.br

**Introdução:** Gravidez na adolescência é considerada um importante problema na saúde pública no Brasil, e pode ser considerada de risco. O PAIGA, Programa de Atenção Integral à Gestante Adolescente tem como objetivo acompanhar as etapas de gestação, em uma fase em que as mulheres se encontram em pleno desenvolvimento físico e mental - a adolescência. **Objetivos:** descrever a importância do cuidado especial às gestantes adolescentes e apresentar o PAIGA, programa realizado pelo

hospital Materno Infantil Presidente Vargas. **Metodologia:** revisão de literatura e relato de experiência, visita ao hospital Materno Infantil Presidente Vargas e entrevista com a equipe do PAIGA. **Resultados:** mães adolescentes estão mais sujeitas à hipertensão, anemia, baixo ganho de peso, infecções urinárias, parto prematuro, aborto, morte e suicídio. O PAIGA é um programa de pré-natal especial multidisciplinar que atende gestantes até 17 anos. As gestantes podem chegar diretamente ao serviço ou através de encaminhamento. Lá elas têm consultas com obstetra e psicóloga, e participam de grupos que estimulam as consultas, a participação do pai, cuidados gerais e a gestação. A equipe que realiza o parto é a mesma que acompanha o bebê até os três anos e a mãe até os 18 anos. **Conclusões:** é evidente a diminuição dos riscos gestacionais e perinatais quando a jovem é bem acompanhada durante a gestação. Contando com uma equipe multiprofissional, através do programa a gestante é atendida de forma integral, tendo as suas necessidades atendidas neste período especial. A família também participa dos grupos, onde são esclarecidas dúvidas e são dadas orientações sobre a gestação e saúde. A continuidade do acompanhamento mesmo após o parto garante-lhes uma completa assistência à saúde.

**Descritores:** gravidez, adolescente, cuidado pré-natal.

### **MIASTENIA GRAVIS NA GESTAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO**

Ana Paula Almeida Corrêa, Aline Maser de Souza, Cássia Teixeira dos Santos,  
Fernando Luiz Pierozan, Maitê Larini Rimolo, Marsam Alves Teixeira  
Escola de Enfermagem- Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
maiterimolo@gmail.com

**Introdução:** Trabalho realizado pelos acadêmicos do 6º semestre de enfermagem que prestaram consultas de enfermagem à gestante D.C.A, portadora de Miastenia gravis (MG), que é uma doença da placa motora do músculo estriado caracterizada por fadiga flutuante de alguns grupos musculares, tendo como sintomatologia usual a fraqueza muscular, grave e generalizada, sendo o primeiro sintoma verificado a fraqueza muscular ocular, podendo evoluir para músculos de deglutição, fonação, mastigação ou de membros. Esta patologia pode causar complicações no decorrer do ciclo gravídico- puerperal como risco de ruptura prematura de membranas de líquido

amniótico, aborto, mortalidade materna, além das complicações citadas a MG pode causar também danos ao recém-nascido como MG neonatal, artrogripose e dificuldades no aleitamento<sup>(1,2)</sup>. Sendo uma doença crônica, a paciente exige atenção redobrada nesta fase da vida uma vez que após o primeiro trimestre da gestação, o durante estresse do trabalho de parto e no período pós-parto, os sintomas parecem ser mais críticos acarretando a exacerbação da MG<sup>(3)</sup>. A elaboração do estudo se deu pela necessidade em aprendermos sobre as peculiaridades e as principais repercussões desta patologia no período gravídico-puerperal devido a demanda de mulheres acometidas por esta doença que na gravidez pode prejudicar ainda mais sua saúde e do seu bebê. **Objetivo:** Compreender a fisiopatologia da Miastenia gravis relacionada ao ciclo gravídico-puerperal, estabelecendo seus principais diagnósticos e intervenções de enfermagem, a fim de proporcionar um cuidado mais direcionado e eficaz no pré natal. **Método:** Trata-se de um estudo de caso realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, durante o estágio na disciplina Enfermagem no Cuidado à Mulher pelos acadêmicos de enfermagem. Os dados foram pesquisados em prontuário eletrônico e coletados durante a consulta de pré natal, em entrevista com a paciente. Os aspectos éticos foram respeitados, ocorrerá a manutenção do anonimato da paciente e os nome dos autores serão todos citados no desenvolvimento do trabalho. **Resultados:** A paciente teve duas gestações. Na primeira (1995), D.C.A foi submetida a uma cesárea de urgência por anóxia fetal, o bebê viveu apenas 30 minutos e na segunda (1997) o bebê nasceu com Síndrome de Pierre-Roban, que viveu 1 mês internado no hospital. Para não ficar grávida novamente, D.C.A fazia uso de D.I.U, entretanto o dispositivo deslocou e a paciente ficou certo período sem utilizar contraceptivos, pois os orais lhe causavam muito efeitos colaterais e também por acreditar que não poderia mais engravidar devido a sua idade, 41 anos. Entretanto, em março de 2009 D.C.A engravidou novamente, sentia-se cansada demais e fazia uso de prednisona e azatioprina sendo o último um fármaco considerado de risco teratogênico, apresentava ptose palpebral com queda e flutuações, resultado da MG descompensada. Na consulta de pré-natal com os acadêmicos de enfermagem, D.C.A. estava com 34 semanas de gravidez e refere cansaço aos médios esforços, principalmente ao final do dia, pirose, diplopia e dor a palpação em flanco esquerdo, demonstrou muito medo de perder o bebê, relatou não querer fazer enxoval, pois já o fez duas vezes e, no final, os bebês não chegaram em casa. Os diagnósticos de enfermagem (DE)<sup>(4)</sup> levantados foram: Intolerância à atividade, Fadiga ,Conforto

Alterado, Mobilidade física prejudicada, Dor aguda e Ansiedade. A partir destes DE, estabelecemos os cuidados de enfermagem prioritários <sup>(5)</sup>: programar períodos de descanso e realizar atividades de relaxamento (musicoterapia, exercícios de alongamento); evitar movimentos rápidos e que exijam esforço para prevenir fraqueza e dor muscular, alimentar-se adequadamente, ingerir alimentos em quantidades menores e mais leves em intervalo de 3h para cada refeição e evitar alimentos gordurosos como café e chimarrão; levantar-se lentamente da posição deitada ou sentada para evitar a náusea; estimular exercício físico moderado que não prejudique sua função neuromuscular e não aumente sua dor; observar quanto a vermelhidão, exsudação ou ulceração nos olhos e colocar tampão nos mesmos, devido a diplopia; ter uma boa postura corporal a fim de evitar a lombalgia ou cervicalgia; elevar os membros inferiores a 20º ou mais acima do nível do coração para melhorar o retorno venoso e prevenir edemas; diminuir fatores precipitantes que aumentam a dor como fadiga, medo; aplicar no local da dor calor quando estiver contraturado e/ou frio e quando estiver edemaciado, realizar massagem para relaxar os músculos e verbalizar seus sentimentos para com sua família, para que respeitem sua decisão de não fazer chá de fraldas. Além disso, oferecemos apoio emocional à D.C.A. para que suas dúvidas e angústias fossem minimizadas durante este período e para que cuidado com sua saúde e com a saúde de seu filho seja incentivado após a gravidez. D.C.A é orientada, na consulta médica, a comparecer no Centro Obstétrico em 24 de setembro de 2009 para realização da cesárea eletiva com 37 semanas. Neste dia, nasce um menino com 3.805 Kg, apgar no primeiro minuto: 9, e apgar no quinto minuto: 10. O bebê não apresenta nenhuma complicação devido à doença materna. Ao ser questionada quanto ao puerpério, ela diz sentir-se mais cansada do que na gravidez, relata dificuldade para segurar o bebê, mas que a família está ajudando-a, além disso amamenta seu filho sem nenhuma restrição quanto a medicação.

**Conclusões:** Por se tratar de um problema crônico, evidenciamos a necessidade e a importância de um enfoque educacional, agindo de maneira estratégica e esclarecedora. Através da problematização do caso, da elaboração dos diagnósticos de enfermagem e do plano de cuidados, verificou-se a importância de um julgamento clínico acurado do enfermeiro, proporcionando competência na prescrição dos cuidados de enfermagem relacionados à saúde da paciente, atuando desta forma na prevenção de agravos, promoção e recuperação da saúde. Entendemos que o cuidado voltado para a gestante portadora de MG deve ser multiprofissional, otimizando o cuidado e minimizando o risco de exacerbações da doença.

**Descritores:** Saúde da mulher, miastenia gravis, doença crônica.

**Referências:**

1. Batocchi AP. Pregnancy and myasthenia gravis. In: Vincent A, Martino G. Autoantibodies in neurological diseases. Milan: Springer-Verlag Italia 2002. 28-39.
2. Vincent A, Palace J, Hilton-Jones D. Myasthenia gravis. Lancet 2001; 357:2122-28.
3. Hoffa JM, Daltveitb AK, Gilhusa NE. Myasthenia gravis in pregnancy and birth: identifying risk factors, optimising Care. European Journal of Neurology 2007; 14:38-43.
4. NANDA-I. Diagnósticos de enfermagem da NANDA. Definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed.
5. Dochterman MJ, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4<sup>th</sup>. Porto Alegre: Artmed, 2008.

**EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: UM BREVE RELATO**

Aline Marques Acosta, Jéssica Strube Holztrattner, Renata Alves Falcão  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
aline.acosta@gmail.com

**Introdução:** A puericultura é uma ferramenta útil para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Voltada para a prevenção e promoção da saúde, é uma oportunidade do enfermeiro de realizar ações de educação em saúde com a família e com a comunidade em que a criança está inserida, através de consultas de Enfermagem e visitas domiciliares. **Objetivo:** Relatar a experiência de acadêmicos de Enfermagem no Programa de Puericultura obtida durante estágios em uma Unidade Básica de Saúde e uma unidade de Estratégia de Saúde da Família em Porto Alegre. **Método:** Foram realizadas visitas domiciliares e consultas de Enfermagem com as famílias da população infantil menor de um ano da área de atuação das unidades de saúde, durante 3 meses. **Resultados:** Foram postas em prática a orientação e educação à família com cuidados à criança e à mulher. As visitas domiciliares auxiliaram na compreensão da realidade em que as famílias estavam inseridas, e as consultas foram úteis para planejar e combinar formas possíveis de modificar padrões de comportamento e eliminar problemas no cuidado à criança. Percebeu-se que existia um vínculo forte entre a família e os profissionais, o que facilitou para que as estudantes em ganhassem a confiança dos usuários e construíssem, também, um vínculo com as famílias atendidas. **Conclusões:** Os

estágios proporcionaram às discentes o aprendizado no manejo de situações diversas no cuidado à criança e foi fundamental para nortear as diferentes formas de educação em saúde. As experiências vividas foram essenciais para a formação acadêmica e profissional das alunas, pois exigia a resolução de problemas reais, sintonizados com a realidade da comunidade.

**Descritores:** Cuidado da Criança, Enfermagem em Saúde Comunitária, Enfermagem Materno-Infantil.

## **SENTINDO A EMOÇÃO DO COMEÇO AO FIM: ESTUDO SOBRE A INCLUSÃO PATERNA NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Geovana Rhoden Estorgato, Liane Uunchalo Machado, Ilse Maria Kunzler

Centro Universitário Feevale

supegeo@hotmail.com

**Introdução:** Os assuntos relacionados à gestação e ao parto sempre foram vinculados à figura feminina, em consequência do distanciamento emocional do homem dentro do círculo familiar. No entanto, esta realidade não se faz mais presente, pois o pai tem demonstrado uma crescente vontade em participar das consultas de pré-natal e do trabalho de parto e, a partir dessas experiências, busca dividir com sua mulher os processos que antes eram vividos somente por ela. Baseado nestes acontecimentos, é de extrema importância que as instituições e as equipes de saúde criem espaço para o pai dentro do período gestacional. O pré-natal é uma ótima oportunidade para a sua inclusão, mas, para isso, o foco de trabalho deve ser o casal e não somente a mulher, conforme determina o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), criado pelo Ministério da Saúde (2002), que busca a humanização da assistência no período gravídico-puerperal, baseado nos direitos da cidadania, incentivando a participação do pai nestes processos<sup>1</sup>. Entretanto, ainda existem instituições de saúde que não permitem a participação do homem neste período e a maior parte dos estudos trata da relação do pai com o bebê somente após o nascimento. Dentro deste contexto, se fortalece o pensamento de que a criação de estudos que tratem do sentimento e da adaptação paterna durante a gestação é de extrema importância, já que é preciso que o homem se prepare para assumir as novas funções de ser pai frente ao novo bebê e à família.

**Objetivos:** O objetivo principal deste estudo foi conhecer como acontece a inserção do pai no pré-natal. **Métodos:** Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo. A coleta dos dados foi realizada em um bairro, no município de Novo Hamburgo, através de entrevistas semi-estruturadas (contendo 06 questões abertas), no período de julho a setembro de 2008. Os sujeitos da pesquisa foram os companheiros das gestantes que realizavam o pré-natal na Unidade Básica de Saúde. **Resultados:** O pré-natal foi relacionado ao modelo biomédico, incluindo as consultas, a realização de exames e o acompanhamento da vitalidade fetal, sendo a mãe esquecida do cuidado. Pouco conhecimento sobre este período. As características físicas mais evidenciadas foram o aumento do abdômen e das mamas. Entretanto, alguns sujeitos relataram mudanças corporais diferenciadas, tais como: o edema dos pés, face e mãos, o aumento do peso e a maior beleza física. As alterações emocionais evidenciadas foram a instabilidade emocional, a irritação, a fadiga, o estresse e a impaciência. Somente um parceiro evidenciou a maior felicidade vivida pela gestante e pelo casal. A participação dos parceiros na assistência pré-natal aconteceu de duas formas: no acompanhamento das consultas obstétricas, ou nas ecografias. Entretanto, dois parceiros não participaram deste período pela dificuldade de conciliar o horário das consultas com o emprego e devido à cultura de que o homem não precisa se envolver nos processos gestacionais. Todos os sujeitos relataram grande dificuldade de envolvimento nas atividades relacionadas com a gestação, pois os horários coincidiam com o turno de trabalho. As facilidades encontradas para participarem desta assistência foram a dispensa do serviço e a ausência de vínculo empregatício. Os papéis exercidos pelos homens durante o pré-natal englobaram o acompanhamento da gestante nas consultas, o apoio emocional e a realização de tarefas domésticas. A forma como estão se preparando para a paternidade, está ligada ao aumento de conhecimento sobre a mãe e o bebê, à interação com o feto e aos conhecimentos adquiridos com os demais filhos. Somente um parceiro não soube responder como vem se preparando para esta nova fase. **Conclusões:** Esta pesquisa alcançou o objetivo de investir em estudos que busquem inserir o pai no período gestacional, mais precisamente, na forma como o homem vive e está inserido na assistência pré-natal, contribuindo, assim, para que os profissionais da área da saúde entendam as necessidades do parceiro neste período, suas dúvidas enquanto pai e também enquanto cuidador de sua companheira durante o ciclo gravídico-puerperal. A participação masculina nos assuntos relativos ao pré-natal e ao parto vem sofrendo alterações. Talvez este fato tenha sido ocasionado pelas mudanças nos papéis do homem e da mulher dentro da

família, uma vez que a mulher passou a assumir, da mesma forma que o homem, um papel de provedor econômico. Conseqüentemente, a gestação deixou de ser um evento feminino, fisiológico e distante do parceiro, para se tornar um evento igualitário na vida do casal. Este estudo nos mostra que os homens já possuem um maior conhecimento acerca das questões relacionadas com a gestação e o pré-natal, conhecimento este que se pensa ser importante na formação da paternidade e no maior apoio prestado à mulher durante a vivência da gestação. Apesar da crescente inserção do pai no pré-natal e no acompanhamento da gestação, ainda existem alguns homens que acreditam que o pai não deve se envolver nestas questões, conforme relatou um sujeito neste estudo. Este parece ser um desafio para as equipes de saúde, que necessitam ressaltar ao homem a sobreposição de papéis dentro do casal, enfocando, também, que a figura paterna é importante para o desenvolvimento do ser humano. O pai pode e precisa exercer a sua paternidade desde a gestação e o pré-natal é um ótimo período para promover a educação e a orientação. Fica evidente, nesta pesquisa, a crescente participação do homem nos fenômenos do período gestacional, uma vez que o parceiro deixou para traz o papel de mero expectador, para atuar ativamente nesta fase, sendo na assistência pré-natal, no apoio emocional à gestante ou no auxílio de tarefas domésticas. As funções paternas estão amadurecendo no homem, pois além de contribuir como provedor econômico do lar, agora exerce funções de cuidado com os filhos e com o ambiente doméstico, que antes eram destinadas somente à mulher e os resultados deste empenho estão sendo encorajadores. Este estudo disponibilizou um maior conhecimento sobre a inserção do pai no período gestacional e no pré-natal, criando, assim, meios de aproximação entre as equipes de saúde e o homem nesta assistência. Pode-se perceber que os pais não estão plenamente preparados para caminharem sozinhos em direção à paternidade e nem o devem fazer. O que deve acontecer é uma aliança entre a equipe de saúde e o parceiro, para que o mesmo receba apoio e sustentação para exercer suas funções de pai e cuidador dentro da família.

**Descritores:** Cuidado Pré-Natal, Pai, Gravidez.

1. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

## **PROFISSIONAIS DA SAÚDE E A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER**

Mariana Bello Porciuncula

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

maribellino@gmail.com

A problemática da violência contra a mulher é fato recorrente em nossa sociedade. Uma em cada cinco mulheres brasileiras declara ter sofrido algum tipo de violência por parte de algum homem e, mais da metade dessas vítimas não solicita ajuda ou denuncia seu agressor. As notificações da violência geralmente reservam-se a casos considerados mais graves, como ameaças com armas de fogo, espancamentos com marcas, cortes e fraturas. Considerando-se o impacto da violência em longo prazo sobre a qualidade de vida e saúde dessas mulheres, o objetivo deste estudo foi conhecer, através de uma revisão bibliográfica, como se dá essa violência em nossa sociedade e que medidas podem ser implementadas pelos profissionais para promover a saúde na vida das mulheres nessa situação. A violência de gênero é um fenômeno social e, portanto, deve ser enfrentado através de um conjunto de estratégias políticas e de intervenção social direta, atuando em diferentes instâncias como educação, saúde, justiça, segurança, direitos humanos, trabalho e políticas públicas. Neste contexto, a ligação entre violência contra a mulher e saúde torna-se cada vez mais evidente, e o enfermeiro insere-se como profissional capaz de aconselhar, encaminhar e promover campanhas conscientizadoras nas comunidades em que trabalha. Por isso, é extremamente importante que os profissionais de saúde sejam treinados para identificar, atender e tratar as pacientes que se apresentam com sintomas que podem estar relacionados a abuso e agressão, ressaltando ainda a importância da notificação compulsória da violência, a qual deve ser feita pelos serviços de saúde.

**Descritores:** Violência contra a mulher, Pessoal de saúde, Prevenção primária.

## VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: UM DESAFIO DE GÊNERO PARA A ENFERMAGEM

Adriana da Rosa Pereira, Diego Schaurich

Centro Universitário Franciscano – Unifra

adrianada.rosa@hotmail.com

**Introdução:** a violência contra a mulher é um grave problema social que afeta grandes contingentes populacionais. Nos últimos trinta anos, a violência contra a mulher tem despertado o interesse da sociedade que, a partir da pressão dos movimentos sociais feministas, tem buscado formas para o enfrentamento do problema, a exemplo da criação das delegacias de defesa da mulher e das casas-abrigo <sup>(1)</sup>. É notável que apesar do esforço exercido pelos órgãos de saúde pública, a violência contra a mulher ainda é uma realidade em nosso país. Embora atingindo a todos, certos grupos acabam sofrendo formas específicas de violência, podendo-se falar numa distribuição social refletida em uma divisão de espaços em que os homens são mais atingidos na esfera pública, enquanto que as mulheres são, prioritariamente, no espaço doméstico, sendo o agressor, geralmente, alguém da sua intimidade <sup>(2)</sup>. Baseando-se em uma perspectiva de gênero, a violência contra a mulher vem sendo entendida como o resultado das relações de poder entre homem e mulher, tornando-se visível a desigualdade que há entre eles, em que o masculino é que determina qual é o papel do feminino; porém, esta determinação é social e não biológica. Assim, para distinguir este tipo de violência pode-se defini-la como qualquer ato baseado nas relações de gênero que resulte em danos físicos e psicológicos ou sofrimento para a mulher, entendendo-se que tal conduta é, muitas vezes, usada conscientemente como um mecanismo para subordinação, como o que ocorre nas relações conjugais <sup>(3)</sup>.

**Objetivo:** refletir teórica e criticamente acerca da violência contra a mulher, a qual, atualmente, configura um grave problema social que traz desafios e implicações ao desenvolvimento do cuidado pela enfermagem. **Metodologia:** reflexão teórico-crítica fundamentada em documentos, livros, revistas e periódicos, ou seja, na literatura pertinente à temática. **Resultados:** no Brasil, desde os primeiros anos da década de 80 do século XX, surge um ativo movimento feminista que tem duas principais bandeiras: a violência e a saúde da mulher. Nesta época, o assassinato de algumas mulheres de classe média por seus maridos ou ex-companheiros foi acompanhado de intensa mobilização para evitar a absolvição dos criminosos com fundamentação nos

argumentos de legítima defesa da honra e caráter passional do crime, como era comum ocorrer <sup>(4)</sup>. No Brasil, atualmente, a violência contra a mulher tem sido discutida de maneira relevante e se incorpora como uma problemática de saúde pública que implica perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos, não respeitando fronteiras de classe social, raça/etnia, religião, gênero, idade e grau de escolaridade <sup>(5)</sup>. Dados mostram que em cada 100 mulheres brasileiras, 15 vivem ou já viveram algum tipo de violência doméstica, sendo que apenas 40% das mulheres denunciam o agressor. Dentre os motivos principais da violência, segundo as entrevistadas, são o álcool (45%) e o ciúme dos maridos (23%). É importante destacar, também, que para 28% das mulheres agredidas a violência doméstica é uma prática de repetição e “de vez em quando” ela volta a assombrar a tranqüilidade do lar <sup>(4)</sup>. Dentre as formas de violência que são praticadas contra mulheres estão a violência física que se caracteriza pela agressão que atinge o corpo deixando ou não marcas aparentes; a violência psicológica que é caracterizada por ameaças, com objetivo de amedrontar a mulher; a violência moral que se define por todo tipo de ofensa à honra da mulher, seja ou não do conhecimento de estranhos; a violência sexual, que consiste na prática de qualquer tipo de relação sexual que ocorre contra a mulher, mediante o uso de força ou de grave ameaça; a violência doméstica que é determinada quando o agressor é membro da família, podendo ser cometida dentro ou fora de casa e que se caracteriza por três fases que se tornam um ciclo vicioso com o passar dos anos impedindo, assim, que a mulher reaja a esta situação. Estas fases são descritas como tensão, explosão e reconciliação. Como punição aos agressores, existe a Lei Maria da Penha que foi sancionada em 7 de agosto de 2006 <sup>(4)</sup> que altera o Código Penal Brasileiro e possibilita que os agressores sejam presos em flagrante ou tenham sua prisão preventiva decretada. A legislação, também, aumenta o tempo máximo de detenção previsto de um para três anos. É notado que, cada vez mais, a Lei Maria da Penha precisa de uma maior divulgação por parte dos órgãos responsáveis, bem como por parte dos profissionais da saúde e meios de comunicação. Algumas reflexões a respeito da forma como a enfermagem busca, atualmente, a compreensão humana sugere que estes profissionais, ao interagir com o ser-doente, valorizem ações como respeito, dignidade e amor ao próximo, procurando zelar pelo bem-estar daqueles que cuidam. Este estudo procura mostrar que a enfermagem vê o ser humano como estando inserido num contexto social, educacional, econômico, histórico, familiar, cultural, para que o cuidado se faça em toda a dimensão humana. Este, também, é um pensar coletivo, o que nos faz crer

que a compreensão da vivência da violência busca contemplar a mulher como sujeito e não como objeto, mostrando que o diálogo é porta de possibilidades de crescimento, ajuda e cuidados para a mulher vitimizada. **Conclusão:** diante destes conceitos, definições e reflexões acerca da temática supracitada, conclui-se que a violência é parte do cotidiano de algumas mulheres, tornando-o envolto em brigas, empurrões, xingamentos, humilhações e vergonha. Neste sentido, a divulgação de órgãos como as Delegacias da Mulher, Casas de Abrigo e o Disque-Mulher deve ser mais difundida e em linguagem que chegue às diferentes populações femininas que habitam o território brasileiro. Em relação a estes órgãos de denúncias, se faz importante que o setor e os serviços de saúde se envolvam cada vez mais, com profissionais treinados e capacitados que dêem oportunidades para que a mulher fale livremente sobre suas relações familiares, quer seja durante a consulta ou outra atividade na qual essa mulher possa estar envolvida. Com isso, a enfermagem deve ampliar seu olhar estratégico frente às mulheres que buscam atendimento, possibilitando maior observação de possíveis sinais que possam caracterizar violência. Neste contexto, destaca-se a importância do profissional enfermeiro nos diferentes setores de saúde pública, seja ao desenvolver o cuidado direto a esta clientela, seja na condição de administrador ou gestor de saúde.

**Descritores:** Saúde da Mulher, Violência contra a Mulher, Cuidados de Enfermagem.

**Referências:**

1. SCHRAIBER, L. B. et al. Violência doméstica e sexual entre usuárias dos serviços de saúde. São Paulo: USP, 2002.
2. GEBARA, I. Rompendo o Silêncio – uma fenomenologia feminista do mal. Petrópolis: Vozes, 2000.
3. DESLANDES, S. F. O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?”. Ciênc. Saúde Colet., v. 4, n. 1, jan. 1999. 81-94.
4. GOMES, N. P. et al. Enfrentamento da violência doméstica contra a mulher a partir da interdisciplinaridade e intersetorialidade. Rev. Enferm. UERJ, v. 17, n. 1, jan./mar. 2009. p. 14-17.

**UMA HISTÓRIA DE VIOLÊNCIA SEXUAL: O CASO DE ELISA**

Patrícia Silva de Jesus, Gehysa Guimarães Alves

Universidade Luterana do Brasil

O abuso sexual é uma das formas mais cruéis de violência e, quando cometido contra crianças e adolescentes, gera impactos indescritíveis durante sua vida adulta. Do

ponto de vista da saúde coletiva, interfere no bem estar, na saúde física e emocional dos indivíduos, tornando-se um problema sócio cultural, econômico e espiritual<sup>(1)</sup>. Mulheres abusadas sexualmente podem desenvolver disfunções sexuais importantes tanto quanto problemas biopsicossociais associados a transtornos de personalidade e conduta, fobias, comportamentos suicida e depressivo<sup>(2,3)</sup>. Assim, o objetivo deste estudo foi conhecer os reflexos de violência sexual, sofrida durante a infância, na vida de uma mulher adulta. A abordagem foi qualitativa, exploratória e descritiva a partir de estudo de caso realizado com uma mulher vítima de violência sexual na infância. Os dados coletados foram obtidos com entrevista semi-estruturada após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e analisados através da análise temática de conteúdo proposta por Minayo (1999)<sup>(4)</sup>. Os resultados mostram que o agressor da jovem era o pai, que abusava sexual, física e psicologicamente dela desde suas primeiras memórias da infância. Sua infância e adolescência foram marcadas pela ameaça constante de que, caso contasse sobre os abusos, a mãe sentiria raiva e a desprezaria por isso. Os abusos, durante anos, desencadearam problemas emocionais, que ainda hoje, necessitam de tratamento terapêutico. A vitimização chegou ao fim quando houve denúncia pública sobre o agressor. Apesar dos problemas emocionais e psicológicos, atualmente Elisa conseguiu ter uma profissão, ser autônoma e manter relações sexuais e afetivas com outros homens. A violência sexual, quando perpetrada contra uma criança, trás consigo a dor por perder a confiança naqueles que deveriam lhe proteger. Os problemas emocionais perpetuam até a sua vida adulta, deixando marcas que jamais cicatrizarão, apenas serão tratadas. Nesse sentido, as vítimas precisam denunciar o abusador para sair dessa situação o quanto antes. Portanto, as equipes de saúde devem estar atentas aos sinais gerados pela violência, para então acolher e auxiliar a vítima corretamente.

**Descritores:** violência sexual, violência contra a mulher, abuso sexual infantil.

**Referências:**

1. Minayo MCS, Souza ER. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 1999, vol.4 n<sup>o</sup>.1.
2. Bezerra MMS. ABUSO SEXUAL INFANTIL- CRIANÇA X ABUSO SEXUAL. Faculdade Metropolitana da Grande Recife, 2006. Disponível em:
3. <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0299.pdf>> [Acessado em 03 de outubro de 2009]
4. Krug EG et. al. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec,1999. 269 p.

## **PET- SAÚDE : PROMOVENDO A SAÚDE EM UM GRUPO DE GESTANTES**

Letícia da Silva Castilho, Carmen Lúcia Mottin Duro, Carmen Lunardi, Regina Rigatto Witt

**Introdução:** O PET-Saúde é um Programa de Educação pelo Trabalho que procura fomentar a relação ensino/serviço e comunidade na atenção básica por meio de grupos de aprendizagem tutorial na Atenção Primária. Ao participar desse projeto buscamos conhecer as características da área de atuação da Unidade Básica de Saúde (UBS) 1º de Maio e da população atendida, além de colocar em prática o conteúdo ensinado na academia. Baseando-se nesses propósitos foi solicitado que às monitoras juntamente com as preceptoras e tutoras buscassem um projeto para desenvolver na unidade ou na comunidade. Esse projeto observou as necessidades da comunidade e fez um plano de ação para supri-las. Notou-se que muitas mães procuravam a enfermeira da unidade, a fim de receber respostas com relação às modificações do corpo da mulher grávidas e cuidados de saúde necessários durante a gravidez. Além dos questionamentos havia o tempo ocioso de espera na UBS para a consulta de pré-natal, o desconhecimento do programa Pré-Nenê (programa do município de Porto Alegre em que há o acompanhamento da saúde da criança durante o primeiro ano de vida) e uma importante quantidade de adolescentes grávidas. A partir dessa observação foi decidido a formação de um grupo com as mulheres grávidas e companheiros, quando presentes, que chegavam ao posto para a consulta de pré-natal. **Objetivos:** Aliar ensino e serviço colocando em prática na UBS os conteúdos aprendidos na academia. Sanar as dúvidas das mulheres e seus companheiros quanto às modificações fisiológicas ocorridas durante e após a gravidez. Ensinar cuidados necessários durante e após a gravidez e com o recém-nascido. **Metodologia:** Esse projeto foi realizado na UBS Primeiro de Maio localizada no distrito Glória-Cruzeiro-Cristal no município de Porto Alegre. A equipe saúde que participava do grupo era composta por uma enfermeira duas bolsistas do Pet-Saúde e uma estagiária de nutrição. Primeiramente foi coletado material sobre mulher, gravidez e neonato em livros e materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde. Logo após, foram eleitos os assuntos que necessariamente precisariam ser discutidos no grupo. O grupo era formado pelas mulheres grávidas e companheiros que estavam na sala de espera, por isso era um grupo rotativo. Estes era organizado em forma de circunferência, onde todos os participantes podiam ver uns aos outros. Havia uma breve apresentação dos

componentes e logo após a roda era aberta para discussões e questionamentos. Os assuntos importantes não abordados durante os questionamentos eram abordados no final da atividade. **Resultados:** Como o grupo era rotativo houve diferentes comportamentos em alguns as mulheres faziam mais questionamentos e participavam de uma forma mais ativa enquanto outros não. Alguns assuntos predominavam durante a realização dos grupos entre eles podemos citar: amamentação exclusiva, alimentação, sono e repouso, modificações fisiológicas e contração. Na amamentação exclusiva havia algumas dúvidas com relação à utilização de chás e sucos juntamente com a amamentação, recomendando-se a utilização somente do leite materno. Ainda na amamentação algumas mulheres mostravam-se apreensiva quanto a rachaduras e a quantidade de leite, assim explicou-se as características do leite materno e como o bebê deveria pegar a mama. A alimentação das mulheres muitas vezes era fora de hora e não tão saudável como deveria ser, devido à rotina diária de trabalho e a facilidade que alimentos prontos e embutidos proporcionam. Com isso buscava-se a melhor maneira de adequar sua alimentação, a fim de proporcionar os nutrientes necessários para a mulher e seu filho. Muitas mulheres tinham dificuldade com o repouso devido aos incômodos causados pelas mudanças anatômicas e fisiológicas. Era indicado o decúbito que não comprometesse a circulação e a respiração da mulher durante o repouso. Havia dúvidas sobre como diferenciar as contrações do parto das outras. Explicava-se, então, a diferença das contrações de Braxton-Hicks e as do parto. Além de condutas que ajudavam a diminuir as contrações de Braxton-Hicks. Outro assunto abordado era a sexualidade, sua importância e como ela era influenciada pelas modificações ocorridas durante a gravidez. No grupo eram expressos diferentes sentimentos. Buscando uma melhor adesão ao programa Pra-Nenê era explicada, no grupo, a importância do acompanhamento mensal da saúde e desenvolvimento do bebê durante o primeiro ano de vida. Esclareciam-se, também, os objetivos do programa e como ele funcionava. Isso diminui a busca de mães faltosas no programa e um acompanhamento integral da mãe e do filho pela equipe de saúde da UBS. Segundo relato das mulheres havia dificuldade em manter um sono tranquilo sem interrupções e que seguisse um horário certo. Essas dificuldades aumentavam à medida que a gravidez evoluía. Além disso, algumas trabalhavam em pé e diziam ter dificuldades com o repouso durante a jornada de trabalho. Então, buscava-se com elas a melhor maneira de proporcionar um bom sono e repouso. Outros assuntos eram discutidos no grupo e a partir dos questionamentos buscavam-se dicas fáceis e que se adequassem ao dia-a-dia dessas mulheres. As mães com problemas na

alimentação e o sobrepeso tinham uma consulta agendada com a estagiária de nutrição. Isso propiciava uma orientação mais direcionada aos cuidados da dieta. As trocas de experiências entre as mulheres grávidas eram de grande importância. Isso, porque através dessa troca e elas observavam que as mudanças ocorridas com elas também eram vivenciadas pelas outras mulheres do grupo. Além disso, trocavam idéias de como era a adaptação durante a gravidez. **Conclusão:** A gravidez é um período de contínuas mudanças na vida da mulher. A mulher precisa saber como essas mudanças ocorrem e o pôr que de ocorrerem. Ao terem ciência disso poderão tomar as melhores decisões para a saúde dela e do bebê. Esse projeto possibilitou as acadêmicas uma visão mais ampliada sobre a saúde da mulher no período da gestação. Através da pesquisa em livros e materiais disponibilizados pela faculdade, além da orientação dos professores, foi possível trazer ao grupo novas ações para o cuidado da saúde da mulher. A experiência deixou as acadêmicas mais próximas da comunidade e das dificuldades enfrentadas pelas mulheres participantes do grupo. Os grupos são importantes na saúde coletiva. Isso, porque ele possibilita a troca de experiências entre as pessoas e o fortalecimento do vínculo usuário-profissional da saúde. Apesar disso ele não deve ser o único meio para ajudar a comunidade na manutenção da saúde é necessário à utilização de outras ações como visitas domiciliares, consultas entre outras. Ao atender o usuário tanto e um grupo como individualmente é preciso prestar a atenção no que ele fala e expressa. Isso, porque é necessário ver o indivíduo com integralidade para, assim, promover ações diferenciadas de acordo com a realidade do mesmo.

**Descritores:** Saúde Pública, Saúde da Mulher, Gravidez.

# *Enfermagem no Cuidado ao Adulto*

---

---

## SENTIMENTOS DO FAMILIAR FRENTE AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO DO PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL

Karasek, G., Gorini, M.I.P.C.

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

gkarasek@hcpa.ufrgs.br

O câncer colorretal é o quinto tipo de câncer mais incidente no Brasil. Um dos tratamentos adjuvantes para o câncer colorretal é a quimioterapia, agindo de forma sistêmica, e causando uma série de efeitos adversos nos pacientes. A família é elo entre paciente e o serviço de saúde, pois possui grande papel no cuidado de seus membros no domicílio. Observa-se, portanto, a necessidade de atenção ao familiar por parte da equipe de saúde. Sendo assim, este estudo tem como objetivo conhecer os sentimentos do familiar do paciente com câncer colorretal em relação ao tratamento quimioterápico, identificando a impressão do familiar frente aos efeitos adversos da quimioterapia e descrevendo o perfil sócio-econômico do mesmo. É um estudo exploratório descritivo de cunho qualitativo. Foram entrevistados 15 familiares adultos de pacientes com câncer colorretal em tratamento quimioterápico ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os dados foram coletados conforme técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin<sup>1</sup>. A coleta de informações ocorreu através de entrevistas semi-estruturadas. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA sob o número 09-336. Os achados deste estudo indicam que os familiares referiram diversos sentimentos, entre eles o de apreensão, medo da morte, insegurança, preocupação, enfrentamento, esperança, confiança, entre outros. Os relatos indicam forte mudança no estilo de vida dos familiares pelo cuidado que dispensam ao paciente, principalmente na rotina. Foi possível observar que a doença virou o centro de atenção da vida de grande parte desses familiares.

**Descritores:** Emoções, família, câncer colorretal.

### **Referências:**

1. BARDIN, L. Terceira parte – Método. Análise de Conteúdo. 3ª ed. Lisboa: Edições 70; 1977.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DOR AGUDA NO PÓS-OPERATÓRIO DE CIRURGIA BARIÁTRICA

Tábata de Cavatá, Aline dos Santos Duarte, Fernanda Rodrigues Chagas  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
tabatadecavata@yahoo.com.br

**Introdução:** A obesidade é uma doença crônica e multifatorial, resultante de uma interação entre fatores sociais, comportamentais, culturais e genéticos. Caracteriza-se por excesso absoluto ou relativo de gordura corporal, conseqüente de um desequilíbrio do aporte metabólico<sup>1</sup>. A maneira mais recomendada para avaliação do peso corporal é através do Índice de Massa Corporal (IMC), que é calculado dividindo-se o peso corporal, em quilos, pelo quadrado da altura, em metros. Sendo a obesidade uma condição médica crônica de etiologia multifatorial, o seu tratamento envolve várias abordagens, como nutrição, medicamentos e prática de exercícios. No entanto, em certos casos, quando não há uma boa resposta a esses tratamentos, faz-se necessária uma intervenção mais eficaz. Dessa forma, a cirurgia bariátrica vem sendo cada vez mais realizada, mostrando-se uma técnica de grande auxílio na condução clínica de alguns casos de obesidade. No pós-operatório há condições que podem afetar a recuperação do indivíduo, entre elas a dor merece destaque, porque pode resultar em sofrimento e exposição do doente a riscos desnecessários. A dor aguda está relacionada à estimulação nociceptiva produzida por uma lesão. Resulta em conjunto de experiências sensitivas, cognitivas e emocionais, associadas a respostas autonômicas e comportamentais. Na evolução dos quadros álgicos agudos, de modo geral, há redução gradual da intensidade da dor, relacionada à resolução do processo inflamatório e cicatrização da área lesada. Especula-se que a dor aguda persistente possa alterar a plasticidade do sistema nervoso, levando à cronificação da dor<sup>1</sup>. Este fato tem sido apontado como mais uma das razões para o adequado controle da dor aguda. A avaliação da dor objetiva identificar a existência de queixa álgica e estabelecer a etiologia do sintoma, caracterizar a experiência dolorosa em todos os seus domínios, aferir as repercussões da dor no funcionamento biológico, emocional e comportamental do indivíduo, selecionar as alternativas de tratamento e verificar a eficácia das terapêuticas instituídas. **Objetivos:** Identificar intervenções e resultados esperados do diagnóstico de enfermagem de dor aguda em pós-operatório de cirurgia bariátrica. **Métodos:** Estudo qualitativo com abordagem na pesquisa

bibliográfica. Os dados foram extraídos de consultas a bases de dados Lilacs, Scielo, periódicos e livros, no período de 1998 a 2010. **Resultados:** De acordo com a Associação Internacional para Estudos da Dor, o diagnóstico de dor aguda pode ser definido como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real, possui início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses. A mensuração da dor aguda, mais especificamente da dor pós-operatória, estudos têm sido realizados e o uso de escalas unidimensionais, vem possibilitando conhecer sua intensidade e conseqüente alívio obtido pela utilização de técnicas analgésicas. Dentre eles destacam-se as escalas numéricas, nas quais utilizam-se categorias numéricas; as escalas verbais, nas quais utilizam-se categorias adjetivas e as escalas analógicas-visuais, nas quais há possibilidade de julgamentos visuais numa dimensão tomada como padrão<sup>2</sup>. A evolução das técnicas cirúrgicas minimamente invasivas diminuiu a necessidade de analgésicos no pós-operatório. As técnicas neuraxial de analgesia podem ser desafiadoras em obesidade devido à dificuldade na identificação de pontos anatômicos e posicionamento. Dessa maneira, a anestesia local neuraxial, em combinação com opióides tem sido utilizada em pacientes bariátrica. Por conseguinte, pode ser prudente limitar a utilização de anestesia local sozinho no grupo de pacientes mórbidos com infusão contínua peridural e deve ser transformado em intervalos regulares para contornar o desenvolvimento de úlceras de pressão de decúbito. Analgesia controlada pelo paciente (PCA), com morfina, dosados de acordo com o peso corporal ideal, é segura e eficaz em pacientes com obesidade mórbida e tem sido associado a uma incidência reduzida de infecção pós-operatória, quando comparados aos pacientes que recebem analgesia epidural. Os antiinflamatórios não-esteróides podem reduzir o uso de opióides, mas os cuidados devem ser tomados em pacientes com risco de rabdomiólise ou insuficiência renal, e eles não devem ser administrados sem a proteção da mucosa gastrointestinal concomitante. Os opióides têm sido associados à depressão respiratória, especialmente em pacientes com apnéia. Portanto, nesta população de pacientes poderia beneficiar muito de drogas adjuvantes que permitiria uma diminuição na dose de anestésicos voláteis e dos opióides. A Dexmedetomidina, considerada uma alternativa, potente agonista  $\alpha_2$  adrenoreceptores, atualmente utilizados para a infusão contínua de sedação / analgesia na unidade de terapia intensiva, oferece notáveis propriedades farmacológicas, incluindo sedação, ansiólise e analgesia com a característica única a não causar depressão respiratória. Além disso, possuem efeitos antinociceptivo

simpaticolíticos e que permitem a estabilidade hemodinâmica durante a estimulação cirúrgica. Diferente da maioria dos anestésicos utilizados clinicamente, a dexmedetomidina traz não só um efeito sedativo através de uma ação em um único tipo de receptores, mas também um efeito analgésico e um bloqueio autonômico que é benéfico em situações de risco cardíaco<sup>3</sup>. De acordo com a *Nursing Interventions Classification* (NIC), a intervenção de enfermagem é conceituada como qualquer tratamento baseado no julgamento e no conhecimento clínico realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente. São esperadas frente à equipe de enfermagem principais intervenções relacionadas à dor aguda no pós-operatório de cirurgia bariátrica: Administração de analgésicos, Assistência à Analgesia Controlada ao Paciente (PCA), Controle da dor, Controle da sedação e Redução de Ansiedade. Dentre as principais atividades realizadas para implementar uma intervenção destacam-se: Determinar o local, as características, a qualidade e a intensidade da dor antes de medicar o paciente; Verificar a prescrição médica para a droga, dose e frequência de administração do analgésico prescrito; Verificar história de alergias a drogas; Escolher o analgésico ou combinação de analgésicos apropriada quando mais de um for prescrito; Satisfazer às necessidades de conforto e proporcionar outras atividades que auxiliem no relaxamento, a fim de facilitar a resposta à analgesia; Administrar analgésicos coadjuvantes e/ ou medicamentos quando necessário para potencializar a analgesia; Assegurar-se de que o paciente pode fazer uso do recurso de analgesia controlada pelo paciente(PCA): consegue comunicar-se, entende as explicações e segue as orientações; Observar indicadores não-verbais de desconforto, especialmente em pacientes que não conseguem se comunicar; Investigar com o paciente fatores que aliviam/pioram a dor; Controlar os fatores ambientais capazes de influenciar a resposta ao desconforto; Orientar o paciente sobre efeitos da sedação; Monitorar o paciente quanto aos efeitos adversos dos medicamentos; Esclarecer as expectativas da situação, de acordo com o comportamento do paciente. A partir da aplicação das intervenções de enfermagem supracitadas, busca-se obter os seguintes resultados segundo a *Nursing Outcomes Classification* (NOC): O resultado Controle da Dor é definido como ações para controlar a dor e elenca os seguintes indicadores: reconhece fatores causais, reconhece o início da dor, usa medidas de alívio não analgésicas, usa analgésico adequadamente, relata sintomas ao profissional de cuidados de saúde e relata o controle da dor. O resultado Nível de Conforto é definido por o quanto o paciente se sente física e psicologicamente à vontade. Pode neste caso ser evidenciado pelos

seguintes indicadores: bem-estar físico relatado, satisfação pelo controle de sintomas relatada e satisfação expressa com o controle da dor. **Conclusões:** Atualmente, a obesidade é considerada um grave problema de saúde que atinge praticamente o mundo todo e a cirurgia bariátrica é um método eficaz a esses pacientes e capaz de resolver boa parte das comorbidades causadas pela obesidade. Entretanto, o pós-operatório imediato de cirurgia bariátrica causa "dor", o diagnóstico de enfermagem mais preciso é "dor aguda", em que há necessidade de estratégias para eliminar o sofrimento. Portanto, a equipe de enfermagem deve implementar intervenções a fim de obter resultados positivos numa assistência de qualidade prestada ao paciente.

**Descritores:** diagnóstico de enfermagem, dor e cirurgia bariátrica.

**Referências:**

1. Ribeiro MRF, Moisés RS. Obesidade: Como diagnosticar e tratar. Rev Bras Medicina 2006; 63: 143-52.
2. Pereira LP, Souza FS. Mensuração e avaliação da dor pós-operatória: Uma breve revisão. Rev.latino-am.enfermagem 1998; julho 6 (3): 77-84.
3. O'Neill T, Allam J. Anaesthetic considerations and management of the obese patient presenting for bariatric surgery. Current Anaesthesia & Critical Care 2010; 21:16-23.
4. McCloskey J, Dochterman J, Bulechek, G. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)- 4.ed.Porto Alegre: ArtMed, 2008.
5. Johnson M, Maas M, Sue Moorhead. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)- 2º ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

**APLICAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM UTI COMO MEDIDA PARA PREVENIR ÚLCERAS POR PRESSÃO**

Enaura Helena Brandão Chaves, Cecília Zys Magro, Lilian Osterkamp, Solange Heckler  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
cmagro@hcpa.ufrgs.br

**Introdução:** A experiência de vinte anos no cuidado a pacientes internados acompanhou uma caminhada na qual as enfermeiras preocupavam-se em buscar o melhor tratamento para as indesejadas úlceras por pressão (UP). Tentou-se curativos com açúcar, mamão papaia, produtos químicos como: antibióticos tópicos, pasta Granúgena, cuidados do tipo banho de sol, banho de luz, aplicação de oxigênio no local da ferida, entre outros. Hoje, no entanto, considera-se o estado nutricional, as condições de mobilização e locomoção e utiliza-se produtos que interferem diretamente no processo de cicatrização das lesões. Também, mudou-se a ênfase de

apenas *tratar* para *prevenir*, e com o embasamento científico da literatura, foram elaborados protocolos de prevenção nos quais os cuidados são estabelecidos de forma a contemplar os vários aspectos que interferem nas condições gerais do paciente. Enfermeiros do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre participaram na elaboração do Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão que foi gradativamente implantado em todas as áreas assistenciais da instituição. No Centro de Terapia Intensiva do HCPA, Protocolo de Prevenção e Tratamento de Úlcera por Pressão foi instituído em 1997 e, em 2007, iniciou-se a aplicação deste novo protocolo como a pontuação da Escala de Braden, que constitui-se em um instrumento sistematizado para avaliação de indivíduos com risco para desenvolver úlceras por pressão. Nele, são pontuados a percepção sensorial, umidade da pele, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento do paciente. Este instrumento criado por Bergstrom e Braden é de amplo uso nos Estados Unidos e sua adaptação para a língua portuguesa foi realizada no estudo de Paranhos e Santos<sup>1</sup>, através de uma tradução transcultural. No mesmo estudo, foi realizada a aplicação clínica da Escala junto a pacientes de Terapia Intensiva. Outro instrumento bastante utilizado em UTIs como indicador de predição de mortalidade inferindo a gravidade dos pacientes, e que pode estar relacionado com o risco dos mesmos desenvolverem UP é o APACHE II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation). Este foi desenvolvido em 1985 e é utilizado como indicador de qualidade a partir da mortalidade prevista e observada, sendo calculado por meio da soma das seguintes pontuações: variáveis fisiológicas (temperatura, frequência cardíaca, frequência respiratória, oxigenação, pH arterial, sódio, potássio, creatinina, hematócrito, contagem de leucócitos, estado neurológico), idade e doença crônica, sendo que esses valores devem ser calculados nas primeiras 24 horas de internação. Observa-se que, quanto maior a pontuação do APACHE II, maior a probabilidade de morte do mesmo. **Objetivo:** identificar o risco de desenvolver UP dos pacientes internados em Centro de Terapia Intensiva através da pontuação da Escala de Braden; identificar a gravidade dos mesmos através da pontuação do APACHE II, no período de janeiro a dezembro de 2009. **Metodologia:** **Caracterização do estudo:** trata-se de um estudo exploratório descritivo retrospectivo, que buscou identificar as condições apresentadas pela população estudada, mediante aplicação das Escalas de Braden e APACHE II. **Local de realização:** o estudo foi desenvolvido no Centro de Terapia Intensiva Adulto do HCPA, a partir do banco de dados do serviço. **Coleta de dados:** Os dados foram obtidos a partir da pontuação da escala de Braden realizada

pelo enfermeiro no momento da admissão do paciente no CTI. Os escores do APACHE II foram pontuados pela equipe médica e os dados foram obtidos através de consulta ao prontuário dos pacientes. **Análise de dados:** Os dados foram analisados de forma descritiva. O escore de corte foi aquele utilizado no protocolo estabelecido pelo PPTF: valores  $\leq 13$  para paciente em risco de desenvolver UP e valores  $> 13$  para aqueles que não apresentam risco. **Aspectos éticos:** Respeitou-se o sigilo e o anonimato dos pacientes, não identificando os mesmos nem citando seus dados pessoais. Desta forma, as informações utilizadas foram obtidas através dos prontuários. **Resultados:** A amostra do estudo consistiu em 1616 pacientes, desses, 1230 (76,11%) obtiveram escore de corte  $\leq 13$  na Braden de internação, evidenciando risco para desenvolver UP. O restante, 386 pacientes, o equivalente a 23,88%, apresentaram escore maior que 13, demonstrando que poucos pacientes internam no CTI sem risco maior de desenvolver lesão. A estratificação de risco para UP conforme Bergstrom é de:  $\leq 9$  altíssimo risco, 10-12 alto risco, 13-14 risco moderado, 15- 18 baixo risco e  $\geq 19$  sem risco. Quanto ao APACHE, foi evidenciado que: dos 1616 pacientes internados, 994 foram pontuados com esta Escala, o equivalente a 61,50%, enquanto que 622 (38,49%) pacientes não obtiveram esta pontuação. Sabe-se que são critérios de não preenchimento do APACHE II ou exclusão: paciente com idade menor do que 16 anos, permanência do mesmo no CTI inferior a 8 horas, paciente admitido com queimaduras, e aqueles que realizam cirurgia de revascularização do miocárdio. Os pacientes em pós-operatório de cirurgias cardiovasculares, incluindo revascularização do miocárdio, não possuem o APACHE II preenchido por determinação de seus autores e, como no CTI do HCPA possuímos área específica para esta especialidade, bem como tempo de internação de alguns pacientes inferior a 24 horas, o APACHE II não pôde ser preenchido na sua totalidade. A estratificação dos pacientes em relação ao risco de morte encontrado com a pontuação do APACHE II foi: 0-4: 32 pacientes (3,21%), 5-9: 80 pacientes (8,04%), 10-14: 147 pacientes (14,78%), 15-19: 202 pacientes (20,32%), 20-24: 205 pacientes (20,62%), 25-29: 149 pacientes (14,98%), 30-34: 98 pacientes (9,85%), e  $>34$ : 81 pacientes (8,14%). Sabe-se que para pacientes clínicos, a chance percentual aproximado de óbito conforme APACHE II calculado é de: 0-4: 4%, 5-9: 8%, 10-14: 15%, 15-19: 24%, 20-24: 40%, 25-29: 55%, 30-34: 73% e  $>34$ : 85%. Contudo, para pacientes cirúrgicos, o risco de óbito distribui-se desta forma: 0-4: 1%, 5-9: 3%, 10-14: 7%, 15-19: 12%, 20-24: 30%, 25-29: 35%, 30-34: 73% e  $>34$ : 88%. Considerando que o CTI do HCPA atende pacientes clínicos e cirúrgicos e, se considerarmos que o ponto de corte para

probabilidade de morte para atender estes dois grupos seja de 30% ou mais para ambos os grupos, temos 533 pacientes, correspondente a 53,62% pacientes com risco de morte. **Conclusões:** Através da aplicação da Escala de Braden e APACHE II, constatou-se que, dos pacientes que internam no CTI do HCPA, 76,11% possuem risco de desenvolver UP e 53,62% possuem risco de morte. Vários questionamentos surgiram, o que permitirá o desenvolvimento de novos estudos acerca deste tema.

**Descritores:** Úlcera por pressão, Apache, Prevenção.

**Referências:**

1. BERGNSTROM, N., BRADEN, B., BRANDT, J., KRALL, K. (1985) Adequacy of descriptive scales for reporting diet intake in the institutionalized elderly. Journal of Nutrition for the Elderly, 6 (1), 3-16.
2. Estratificação dos pacientes em relação ao risco de morte, disponível em:
3. <http://www.limic.xpg.com.br/aulas/download/prognostico.pdf>. Acesso em: 01 de Abril de 2010.
4. PARANHOS, Wana Yeda; SANTOS, V. L. C. G. AVALIAÇÃO DE RISCO PARA ÚLCERAS DE PRESSÃO POR MEIO DA ESCALA DE BRADEN, NA LÍNGUA PORTUGUESA. Rev Esc Enf Usp, São Paulo, v. 33, n. especial, p. 191-206, 1999.
5. Programa de Atualização em Medicina Intensiva (PROAMI)/ organizado pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira; diretores acadêmicos: Fernando Antônio Botoni, Glauco Adrieno Westphal. – Porto Alegre: Artmed/ Panamericana Editora, 2004. 144 p.; 25cm. – (Sistema de Educação Médica Continuada a Distância – SEMCAD).

**BUSCA ATIVA DE PACIENTES PARA PROTOCOLO DE PESQUISA DE  
ENFERMAGEM EM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA**

Andréia Martins Specht, Jeniffer Mezzomo, Vanessa Monteiro Mantovani, Tailine  
Silveira de Mello, Alexandra Nogueira Mello Lopes, Melina Maria Trojahn, Graziella  
Aliti, Eneida Rejane Rabelo

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

deiaspecht@yahoo.com.br

**Introdução:** Grupos envolvidos com protocolos de pesquisa clínica necessitam de um sistema de informação eficiente para identificar e recrutar pacientes. A busca ativa diária tem se mostrado uma estratégia essencial nesse processo. **Objetivo:** Relatar a experiência da busca ativa de pacientes internados por insuficiência cardíaca descompensada em um hospital universitário. **Métodos:** Estudo descritivo realizado no período de agosto de 2009 a março de 2010 na Emergência, Unidade Coronariana

e Unidade de Internação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Enfermeiros e acadêmicas treinadas pertencentes ao grupo de insuficiência cardíaca realizam cobertura diária de segunda à sexta-feira nestes locais. A busca ativa consiste na consulta diária a todos os pacientes admitidos por insuficiência cardíaca descompensada com fração de ejeção do ventrículo esquerdo  $\leq 45\%$ . Após localização de potenciais pacientes para os protocolos, as acadêmicas entram em contato com a enfermeira do grupo responsável por checar os critérios de inclusão e fazer o convite para a participação em algum projeto. Atualmente a busca ativa atende a demanda de cinco projetos de pesquisa. **Resultados:** Um total de 479 pacientes foi identificado no período analisado. Desses, 82 pacientes preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar em algum dos protocolos de pesquisa do grupo, perfazendo 17,6% do total da amostra prevista (n=464). Dos pacientes incluídos, 39% já terminaram o período de seguimento e 60,9% ainda estão sendo acompanhados. **Conclusões:** O treinamento para busca sistematizada e a cobertura total dos turnos e dias da semana otimizou o número de pacientes incluídos em protocolos de pesquisa.

**Descritores:** Enfermagem, Seleção de Pacientes, Insuficiência Cardíaca.

## **IMPLANTAÇÃO DA ESCALA DE BRADEN EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Taline Bavaresco, Amália de Fátima Lucena, Regina Helena Medeiros, Cássia Teixeira dos Santos

Universidade de Caxias do Sul

tali\_nurse@yahoo.com.br

**Introdução:** O trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) implica na identificação do diagnóstico da situação, na escolha das intervenções e na avaliação de sua efetividade. No que diz respeito à assistência de pacientes em risco para desenvolver úlcera por pressão (UP), sabe-se que o uso de um instrumento de avaliação poderá servir de subsídio para qualificar o cuidado destes pacientes. A UP é considerada um problema grave em pacientes internados em UTI, um fenômeno complexo e multifatorial. A determinação do risco do paciente para o desenvolvimento da UP é a primeira medida a ser adotada para a prevenção da lesão,

que poderá ser identificado por meio do uso de instrumentos preditivos de risco como a Escala de Braden<sup>1</sup>. Esta Escala é composta de seis subescalas: percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento. O escore varia de 6 a 23, sendo que quanto menor o escore maior o risco para desenvolver UP. Uma vez determinada o escore o enfermeiro determina as intervenções mais adequadas para prevenção da UP. Preconiza-se que todos os indivíduos com risco de desenvolver UP devem ter uma inspeção sistemática da pele pelo menos uma vez por dia, prestando-se atenção particular às regiões de proeminências ósseas<sup>1-3</sup>. Estudos apontam que a prevalência de UP no ambiente hospitalar é alta, variando de 2,7% a 29,5%. Dentre os pacientes mais atingidos por esse problema, estão os tetraplégicos, os idosos com fraturas de colo de fêmur e os internados em UTI<sup>4</sup>. Em vistas disto, torna-se imprescindível a utilização de instrumentos validados que mensurem o risco para UP, principalmente em unidades de internações de cuidados críticos. Assim, justifica-se a realização deste estudo na UTI de um Hospital Universitário, com vistas a qualificar a assistência de enfermagem por meio da implantação da Escala de Braden. Outra justificativa é a alta frequência de UP nesta unidade, onde se verificou uma incidência de 27,2% de UP durante uma avaliação preliminar realizada num período de 30 dias, o que respalda a implantação de medidas que possam contribuir para a melhoria do cuidado. **Objetivos:** Implantar o uso da Escala de Braden, como instrumento de avaliação de risco para o desenvolvimento de úlcera por pressão, na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital Universitário e, verificar quais as dificuldades encontradas pelos enfermeiros na aplicação desta Escala. **Método:** Estudo prospectivo e longitudinal realizado em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital Universitário do interior do estado do Rio Grande do Sul. Esta unidade possui 10 leitos para internação de pacientes clínicos e cirúrgicos. A amostra consistiu de 74 pacientes que não apresentaram UP no momento da internação e para os quais se aplicou a Escala de Braden, considerando-se como ponto de corte para determinar o risco de desenvolver UP o escore de 13 pontos<sup>5</sup>. Para a implantação deste instrumento foram capacitadas as enfermeiras assistenciais da unidade. Os dados foram coletados entre os meses de agosto a setembro de 2009 e analisados pela estatística descritiva, com auxílio do programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS, versão 14.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição e os pacientes ou responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. **Resultados:** A aplicação da Escala de Braden durante os dois meses em que se realizou este estudo demonstrou que o escore médio apresentado

na primeira avaliação dos 74 pacientes incluídos na amostra foi de 11,35, tendo sido maior 20 e menor 7. Desta amostra, 58 tiveram escore menor ou igual a 13 e os demais 16 apresentaram escore maior a 13, considerado neste estudo como ponto de corte para determinação do risco para UP. Entre os 74 pacientes do estudo, 55 (74,32%) não desenvolveram UP durante a internação. Neste grupo a predominância foi do sexo feminino 31 (56,9%) e a média de idade foi de  $54,1 \pm 19,2$ , com tempo mediano de internação de 3 (1-17) dias. Entre os 19 pacientes que desenvolveram UP em algum momento da internação, predominou o sexo masculino 11 (57,9%) e a média de idade foi de  $48,8 \pm 19,8$ , com tempo mediano de internação de 14(4-30) dias e o aparecimento das UP ocorreu no período compreendido entre o 2º e o 26º dia de internação. Quanto à periodicidade de aplicação da Escala de Braden, em 45 (60,8%) pacientes houve o preenchimento diário desta. Nestes casos 5 (11,1%) desenvolveram UP e em 29 (39,1%) casos não houve aplicação diária da Escala de Braden, sendo que 14 (48,2%) destes pacientes desenvolveram UP. **Conclusão:** Verificou-se neste estudo a aplicabilidade da Escala de Braden nesta UTI, o que possibilitou conhecer o número de pacientes internados na unidade em risco para desenvolver UP, bem como a incidência deste problema. Quanto ao aparecimento de UP os dados demonstram que os pacientes desta unidade são adultos, com predominância do sexo masculino e com tempo médio de internação de 14 dias, diferente da maioria dos estudos que apresentam média de idade e tempo de internação superior, além da predominância do sexo feminino. Infere-se que algumas destas diferenças podem ter ocorrido em função do período estudado que foi peculiar no Estado do RGS devido à epidemia da gripe A (vírus H1N1). As dificuldades verificadas na aplicação da Escala de de Braden são referentes à periodicidade de preenchimento das subescalas, além dos dados relativos à identificação do paciente e dados clínicos. Ressalta-se a importância da adesão dos enfermeiros no preenchimento do instrumento de risco para UP, como forma de diminuir a incidência da UP, minimizar e prevenir complicações ao paciente, controlar os custos hospitalares e qualificar a assistência de enfermagem. Ressalta-se ainda que, para que haja fidedignidade dos dados produzidos pela aplicação da Escala de Braden é necessário que os enfermeiros estejam motivados, capacitados e conscientes da importância do uso desta ferramenta no cuidado ao paciente, bem como dos benefícios advindos deste processo à Instituição. Sugere-se como estratégias de adesão da equipe de enfermagem a realização de reuniões periódicas, revisão do preenchimento correto da Escala de Barden e capacitações sistemáticas.

**Descritores:** Úlcera por pressão, Medição de risco, Unidades de terapia intensiva.

**Referências:**

1. Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza A, HOLMAN, V. The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk. *Nursin Research*, v.36, n.4, July.-aug. 1987, P.205-210.
2. Rogenski NMB, Santos VLC. Estudo sobre a incidência de úlceras por pressão em um hospital universitário. *Rev.Latino-am Enfermagem* 2005; 13(4):474-80.
3. Paranhos WY, Santos VLCG. Avaliação de risco para úlceras de pressão por meio da escala de Braden, na língua portuguesa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 33, nº especial, 1999.
4. Costa MP, Sturtz G, Costa FPP, Ferreira MC, Filho TEPB. Epidemiologia e Tratamento das Úlceras de Pressão: experiência de 77 casos. *Acta Ortopédica Brasileira, São Paulo*: v.13, n.3, 2005, p.124-133.
5. Menegon DB, Berciniz R R, Brambila MI, Scola ML, Jansen MM, Tanaka RY. Implantação do protocolo assistencial de prevenção e tratamento de úlcera de pressão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. *Rev HCPA* 2007; 27(2): 61-4.

**AVALIAÇÃO DA CLASSIFICAÇÃO DE CUIDADOS DOS PACIENTES ADULTOS  
INTERNADOS EM UNIDADE DE EMERGÊNCIA**

Roberta Marco, Janete de Souza Urbanetto, Sidiclei Machado Carvalho, Ana Cristina Bordin, Luisa J. Coelho

O Sistema de Classificação de Pacientes de Perroca e Gaidzinski possibilita identificar os pacientes conforme a dependência de cuidado de enfermagem. Esta pesquisa teve como objetivos identificar o grau de dependência dos pacientes internados em unidade de emergência adulto e analisar os indicadores de cuidados que mais contribuem para a classificação dos pacientes nas diferentes categorias de cuidados. Pesquisa de coorte retrospectiva sem grupo controle, desenvolvida em um hospital universitário da Região Sul-Brasil. A amostra foi composta pelos pacientes avaliados no mínimo três vezes, totalizando 1027 pacientes e 3102 avaliações. Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial. Os indicadores críticos mais relevantes foram cuidado corporal, eliminações, locomoção, motilidade, nutrição e hidratação e sinais vitais. A classe de cuidado predominante foi cuidados mínimos (47,2%) e intermediários (29,8%). Os conhecimentos advindos deste estudo podem fornecer subsídios para o gerenciamento do processo de trabalho da enfermagem em emergência.

**Descritores:** Avaliação em Enfermagem. Classificação. Cuidados de enfermagem.

## **A EQUIPE DE ENFERMAGEM COMO PROTAGONISTA DA HUMANIZAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ALGUMAS REFLEXÕES**

Margot Agathe Seiffert, Camila Neumaier Alves, Silviamar Camponogara, Tanise  
Martins dos Santos

Universidade Federal de Santa Maria  
margotenfer@gmail.com

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado à pacientes graves, dotado de alta tecnologia e assistência contínua, onde trabalham profissionais altamente qualificados <sup>(1)</sup>. Dentre estes, podemos destacar os profissionais de enfermagem, que estão diretamente em contato com os pacientes. A atenção despendida na UTI gera uma tensão no ambiente de trabalho, requerendo maiores cuidados e, conseqüentemente, distanciando a enfermagem do paciente. Nesta mesma ótica, autores ressaltam que embora o profissional de enfermagem esteja envolvido nesse mundo tecnológico de cabos, fios e condutores, atento a cada alteração, não deve perder de vista o foco principal do seu trabalho: o cuidado ao paciente <sup>(1)</sup>. O resumo tem como objetivo compreender a realidade da humanização do cuidado ao paciente crítico em UTI na abordagem da equipe de enfermagem. Este estudo emergiu no decorrer das aulas teórico-práticas na UTI adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) onde se percebeu a importância da humanização da assistência ao paciente crítico. Constitui um recorte de uma pesquisa documental com abordagem qualitativa, de caráter bibliográfico, realizada com a busca de artigos indexados na Biblioteca Virtual de Saúde. A partir da análise dos artigos selecionados os assuntos mais discutidos foram agrupados em categorias de acordo com a temática apresentada. A primeira categoria de análise abrangeu o ambiente da UTI, na qual é caracterizada essa unidade, bem como seu funcionamento e os profissionais que nela atuam; a segunda foi referente ao uso de tecnologias em detrimento do cuidado, onde é ressaltado o aparato tecnológico que envolve a unidade crítica, e até onde essa tecnologia interfere no cuidado aos pacientes; a terceira categoria envolveu a humanização na abordagem da equipe de enfermagem em UTI, na qual descreve os significados da humanização para a equipe de enfermagem; e a última categoria tratou sobre os fatores que interferem na implementação da humanização em UTI. Devido à vasta quantidade de dados obtidos na pesquisa, para o resumo em questão, optou-se por utilizar apenas a categoria que abrangeu a humanização na

abordagem da equipe de enfermagem. Ultimamente, no ambiente da UTI, a humanização tem se constituído em uma temática central, configurando um dos elementos que permitem o resgate do cuidado humanístico ao indivíduo que vivencia o estar saudável e o estar doente e a sua família. Para a implementação da humanização no cenário hospitalar, é necessário entender que esse processo precisa estar voltado não só ao paciente internado e aos seus familiares, mas também à própria equipe de saúde, uma vez que será pela inter-relação existente entre eles que o cuidado se desenvolverá de maneira mais humana, ética e solidária. A humanização, portanto, precisa ser considerada uma construção coletiva que acontece a partir da identificação das potencialidades, necessidades, interesses e desejos dos sujeitos envolvidos, bem como da criação de redes interativas, participativas e solidárias entre as várias instituições que compõem o Sistema Único de Saúde <sup>(2)</sup>. Alguns autores consideram que quando se pensa em humanização no âmbito institucional, primeiramente pensamos nos usuários e, apesar de muito discutir-se sobre a humanização hospitalar, o bem-estar dos profissionais da saúde tem sido deixado em segundo plano. Em estudo realizado com a equipe de enfermagem que atua em uma UTI, as falas demonstraram que alguns entrevistados encontram-se sensibilizados quanto à compreensão do conceito "humanizar", porém é muito enfatizada na figura pessoa-paciente, e ainda disponibiliza pouca atenção ao cuidado e a humanização do sujeito-trabalhador <sup>(3)</sup>. Pode-se inferir que os discursos sobre a humanização, na perspectiva dos profissionais de enfermagem, encontram-se ligados às questões mais relacionais do ser humano, que envolvem a sensibilidade, o respeito, a empatia e a responsabilidade no ato de cuidar. No entanto, pesquisas realizadas enfatizam o fato de que a humanização deve ser projetada para além destes aspectos do humanismo, uma vez que considera a necessidade não só de melhorar o acesso, o acolhimento e o cuidado prestado, mas também o modo de gerir e administrar as práticas de saúde com vistas a qualificar os serviços <sup>(2)</sup>. O cuidado humanizado deve se basear na interação, na visão do todo e no poder fazer pelo outro, principalmente quando este não pode fazer por ele mesmo, pela condição de adoecimento grave. Para os profissionais, o cuidado é ver a totalidade do paciente, atendendo as suas solicitações, acolhê-lo, como também as expectativas e os sentimentos dos familiares acompanhantes. A humanização pressupõe oferecer um cuidado integral ao paciente, englobando o contexto familiar e social, o ambiente do trabalho e a equipe de saúde. A humanização está relacionada ao diálogo com o paciente, informar e orientar, identificá-lo pelo nome, com o intuito de personalizar e

individualizar o cuidado <sup>(4)</sup>. Desta forma, compreende-se que a humanização oportuniza uma visão mais integral do paciente e significa um meio para superar o modelo cartesiano hegemônico nos serviços de saúde, a partir do desenvolvimento de um cuidado holístico e humanístico, tanto ao paciente quanto a sua família. A inserção da família também foi muito mencionada em estudos como parte integrante do processo de humanização. Mas, a internação na UTI muitas vezes não proporciona essa inserção, a família é afastada do seu convívio, por imposição das rotinas do serviço, geralmente rígidas. A atenção ao paciente e ao familiar é elemento fundamental para a humanização, e para isso é preciso que o cuidador saiba ouvir, pois, é através de seu senso de observação e habilidade para ouvir que a enfermagem pode vivenciar os fatores de cuidado, orientar e aperfeiçoar a sua prática de cuidado ao paciente e família de forma total e abrangente <sup>(5)</sup>. Muitas vezes o contato da enfermagem com o paciente se dá no momento do banho, na troca de decúbito ou realização do curativo. O contato com a família é de maneira bastante formal e burocrática e o diálogo com os familiares restrito. Para que a família cumpra o seu papel e proporcione suporte à situação vivenciada pelo paciente, ela também precisa de suporte para suas necessidades físicas e emocionais. Nesta perspectiva, autores afirmam que a presença do enfermeiro junto aos familiares deve possibilitar a troca de informações da evolução do paciente, por meio de uma comunicação efetiva, contribuindo para a identificação de dificuldades dos familiares e oferecendo o apoio necessário <sup>(4)</sup>. Em pesquisas realizadas, o ambiente físico foi também mencionado pela equipe de enfermagem como importante aspecto da humanização na UTI. Tornar o ambiente agradável e mais próximo da realidade faz com que o paciente encare o período de internação de um modo menos frustrante e negativo, pois o ambiente tem influência direta no bem-estar do paciente, família e equipe multiprofissional <sup>(4)</sup>. O processo de implementação da humanização na UTI ainda é um longo caminho a ser percorrido. Os profissionais da equipe de saúde, muitas vezes, encontram-se sobrecarregados, o que gera um acúmulo de tarefas levando o profissional a executá-las mecânica e sistematizadamente, causando um distanciamento entre ele, o paciente e sua família. Os discursos da equipe de enfermagem retratam que a humanização é definida como ter respeito com o paciente, ser empático, tocar e ouvir, dialogar e integrar a família ao cuidado prestado. Entende-se que a técnica, o conhecimento científico e a preparação do profissional que trabalha em UTI são extremamente importantes, porém há uma eminente necessidade de humanizar esse cuidado, para melhorar o atendimento ao paciente e seu familiar e possibilitar ao

profissional desenvolver habilidades de diálogo, de escuta e empatia com quem é cuidado por eles. A humanização só possível se os profissionais da equipe se sentirem humanizados, valorizados, motivados com o trabalho que exercem e se realmente internalizarem a importância e sentirem-se protagonistas desse processo.

**Descritores:** Unidade de Terapia Intensiva, Equipe de Enfermagem Humanização da Assistência.

**Referências:**

1. Silva, GF, Sanches, PG, Carvalho, MDB. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. Rev Min Enf [Internet]. 2007 [citado 2009 out 30]; 11(1): 94-98.
2. Costa, SC, Figueiredo, MRB, Schaurich, D. Humanização em unidade de terapia intensiva adulto (UTI): compreensões da equipe de enfermagem. Interface – Comunic, Saúde, Educ [Internet]. 2009 [citado 2009 out 30]; 13(1): 571-80.
3. Silva, RCL, Porto, IS, Figueiredo, NMA. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de humanização em terapia intensiva. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2008 [citado 2009 out 30]; 12 (1): 156-9.
4. Salicio, DMB, Gaiva, MAM. O significado de humanização da assistência para enfermeiros que atuam em UTI. Rev Eletr Enf UFG [Internet]. 2006 [citado 2009 out 30]; 8(3):370-6.
5. Nascimento, KC, Erdmann, AL. Cuidado transpessoal de enfermagem a seres humanos em unidade crítica. R Enferm UERJ [Internet]. 2006 [citado 2009 nov 20]; 14(3): 333-41.

**A POLIDIPSIA E A FISIOPATOLOGIA DA DIABETES MELLITUS**

Figueiredo, Tauana Reinstein de, Daiana Foggiato de Siqueira, Claudete Moreschi, Sandra Lisiane Massirer de Almeida, Alessandra da Luz Flores, Hilda Maria Barbosa de Freitas, Claudia Zamberlan

Centro Universitário Franciscano – UNIFRA, Santa Maria – RS.

tauanafigu@yahoo.com.br

**Introdução:** O termo diabetes origina-se do grego antigo significando trabalho de sífilo, pois na antiguidade a medicina observou que as pessoas com diabetes tendiam a apresentar polidipsia e poliúria. Além disso, o termo mellitus deriva da versão latina da palavra do grego antigo que significava mel, porque os médicos dos séculos passados diagnosticavam essa doença pelo sabor doce da diurese do paciente [1]. A Sociedade Brasileira de Diabete evidencia a presença de 12 milhões de pessoas com diabetes no país até novembro de 2009, dos quais 50 % desconhecem que tem a doença [2]. O diabete mellitus (DM) é considerado um problema de saúde pública em

razão de sua alta prevalência e pelo fato de que a maioria dos portadores, não estão em tratamento adequado e expondo-se a altas taxas de morbidade e mortalidade. Desse modo faz se necessário a capacitação da equipe de enfermagem promovendo educação em saúde e promoção do DM, estando apto a orientar os portadores e seus familiares visando uma melhoria considerável em sua assistência. Nesse contexto, justifica-se este ensaio por auxiliar e preparar os acadêmicos a realizar o cuidado direcionado aos pacientes diabéticos. **Objetivo:** Refletir sobre o cuidado de enfermagem na polidipsia e a fisiopatologia da Diabetes Mellitus. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica por meio de ensaio acadêmico, realizada nos meses de novembro e dezembro de 2009, em periódicos e livros da Área da Saúde. A busca por tais documentos procedeu-se por meio da análise dos volumes disponíveis na biblioteca do Campus I do Centro Universitário Franciscano - UNIFRA. Foi utilizada o meio eletrônico, como subsidio para enriquecer o levantamento da bibliografia disponível. **Resultados e Discussão:** O diabetes mellitus trata-se de uma enfermidade, onde a pessoa tem deficiência ou ausência de produção do hormônio Insulina, responsável pela manutenção da glicemia, ou taxa de glicose no sangue, inviabilizando a entrada dos carboidratos nas células para gerar energia, e os carboidratos se acumulam no sangue causando esta grave doença. O pâncreas é o principal órgão afetado por essa patologia. Em estado sadio, além de possuir funções digestivas no duodeno possui ação endócrina responsável pelo metabolismo da glicose, ácidos graxos e aminoácidos nas Ilhotas de Langerhans. As Ilhotas de Langerhans recebem esta denominação devido à posição anatômica do agrupamento "em forma de ilhas" de células especializadas, que possuem funções específicas, participando da "regulação do metabolismo energético". O mérito dado a estas células deve-se ao fato de as mesmas produzirem hormônios a serem lançados no sangue; são eles: células (glucagon), células (insulina) e células (gastrina) [3]. A insulina que é produzida nas ilhotas Langerhans e sintetizada no pâncreas, promove a entrada de glicose nas células e também desempenha papel importante no metabolismo de lipídeos e proteínas. Esse hormônio é responsável por manter a taxa glicêmica e possibilita a quebra da glicose, permitindo que os monossacarídeos entrem na célula para gerar energia, se uma pessoa produz insulina em quantidade insuficiente, a glicose, não podendo entrar na célula e ser consumida, acumula-se no sangue, causando a hiperglicemia, cujos sintomas são a poliúria (para eliminar a glicose) e conseqüente a polidipsia. Apesar de todas as formas de diabetes mellitus terem em comum a hiperglicemia, os processos patogênicos envolvidos no

desenvolvimento da mesma variam. A maioria dos casos de diabetes se enquadra em duas grandes categorias: O diabetes do tipo 1 é caracterizado por uma deficiência absoluta de insulina causada pela destruição das células B pancreáticas e representa aproximadamente 10% de todos os casos. O diabetes tipo 2 é causado por uma combinação de resistência periférica à insulina e uma resposta secretora inadequada da células B, ou seja, deficiência relativa de insulina. Aproximadamente 80% a 90% dos pacientes apresentam o diabetes do tipo 2 [4]. Corroborando, com o autor supracitado salienta-se que em relação às diversas apresentações clínicas do diabetes melittus, é comum o início dessa morbidade ser marcada por poliúria, polidipsia, polifagia e, quando há uma grande alteração, cetoacidose, todos resultantes das alterações metabólicas. O armazenamento de glicogênio no fígado e nos músculos é interrompido e as reservas existentes são exauridas pela glicogenólise. A hiperglicemia resultante excede o limiar renal de reabsorção de glicose, resultando em glicosúria. A glicosúria causa uma diurese osmótica e, conseqüentemente, a poliúria, levando a uma perda profunda de água e eletrólitos. A perda de água pelos rins, aliada à hiperosmolaridade causada pelos níveis elevados de glicose no sangue, leva a redução da água intravascular, estimulando os receptores osmóticos de centro de sede do cérebro, induzindo à polidipsia. Além do efeito direto da glicose excessiva na produção de desidratação celular, a perda da glicose na urina provoca diurese osmótica, causando desidratação do líquido extracelular, o que, por sua vez, causa desidratação compensatória do líquido intracelular. Por isso, que os sintomas clássicos do diabetes consistem em poliúria, desidratação intracelular e extracelular e polidipsia. O tratamento para Diabetes consiste em tentar normalizar a atividade de insulina e os níveis de glicose sanguínea, numa tentativa de reduzir o desenvolvimento das complicações vasculares e neuropáticas sem alterar drasticamente os padrões usuais de atividade do paciente [5]. Reconhecendo o aumento do número de pessoas com diabetes e poucas informações sobre tal patologia, faz-se necessário que o profissional de Enfermagem, enquanto profissional da saúde, participe das ações que visem satisfazer as necessidades de informação e promoção de saúde da população. Dessa forma, é fundamental a participação do enfermeiro no desenvolvimento de atividades educativas, com vistas a estimular o nível de conhecimento dos pacientes e da comunidade. Este conhecimento favorece a adesão do paciente ao tratamento, salientando a importância da mudança dos hábitos de vida, além de capacitar a equipe na execução das atividades, de realizar consultas de enfermagem, de identificar os fatores de risco, e das possíveis

intercorrências no tratamento. **Conclusão:** O trabalho propiciou aos profissionais de enfermagem, um melhor entendimento sobre a fisiopatologia da diabetes mellitus, enfatizando a polidipsia. Constatou-se a necessidade de fomentar novas perspectivas de trabalho, estudo e pesquisas no contexto acadêmico, possibilitando aos discentes desenvolver a criatividade, a reflexão, e a interconexão dos saberes da enfermagem para a promoção da saúde.

**Descritores:** Diabetes Mellitus, Fisiopatologia, Enfermagem

**Referências:**

1. Nieman, D. C. Exercício e Saúde: como se prevenir de doença usando o exercício como seu medicamento. São Paulo: Manole, 1999.
2. Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD. Disponível em <[www.diabetes.org.br](http://www.diabetes.org.br)> Acesso em 02/12/2009
3. Guyton e Hall. Tratado de Fisiologia Médica. Editora Guanabara, Rio de Janeiro, 2002.
4. Robbins e Cotran. Patologia: Bases Patológicas das Doenças. Elsevier Editora Ltda, Rio de Janeiro, 2005.
5. Smeltzer, S. C.; Bare, B. G. Brunner & Suddarth. Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica. 10.ed.v.4 Rio de Janeiro: Guanabara, 2006.

## **CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AVALIAÇÃO E MENSURAÇÃO DA DOR ONCOLÓGICA**

Fernanda Sant' Ana Tristão, [Elisangela Souza](#)

Curso de Enfermagem ULBRA Gravataí

[enf.elis@yahoo.com.br](mailto:enf.elis@yahoo.com.br)

**Introdução:** estimativas indicam que 50% a 90% dos pacientes com câncer experimentam dor, em múltiplos sítios que podem estar relacionadas diretamente ao câncer ou até mesmo ao tratamento antitumoral. A dor oncológica tem inúmeros fatores que a tornam uma experiência complexa e multifatorial, devendo assim ser avaliada através de instrumentos multidimensionais que poderão avaliar a dor em seus aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais. **Objetivo:** verificar o conhecimento teórico dos enfermeiros sobre avaliação e mensuração da dor oncológica. **Método:** estudo quantitativo, descritivo com delineamento transversal. A amostra foi constituída por 53 enfermeiros que atuam em unidades de internação clínica, cirúrgica e oncológica adulto de um Hospital que atua como centro de referência no tratamento da dor no RS. Os dados foram coletados a partir de entrevistas semi-estruturada no período de maio a junho de 2009, após a aprovação

do CEP. Os resultados de variáveis nominais foram expressos através de análise de frequência. **Resultados:** quando questionados se a dor oncológica se diferenciava dos demais tipos de dor, 66,04% responderam positivamente. 84,91% dos profissionais referem existir diferença entre avaliar e mensurar a dor, 66,67% respondeu que mensuração é um ato de determinar um número ou valor correspondente a intensidade da dor e que avaliar envolve os aspectos múltiplos sobre a dor. Em relação aos instrumentos de avaliação e mensuração da dor, apenas 1,89% conhecem o questionário de Mc Gill de avaliação de dor, 11,32% não conhecem os instrumentos multidimensionais de avaliação da dor. Também foi verificado que nenhum dos profissionais entrevistados conhece a Escala de Descritores Diferenciais. 64,15% referem usar algum instrumento para mensuração da dor sendo que 58,49% utilizam somente a escala numérica verbal. **Considerações finais:** apesar dos profissionais de enfermagem reconhecerem que a dor oncológica afeta mais do que somente a dimensão física do indivíduo, e que a dor oncológica se diferencia das demais pela sua multidimensionalidade, os instrumentos multidimensionais de avaliação ainda são pouco conhecidos e a mensuração que tem como base as escalas analógicas visuais ainda é o meio mais utilizado para avaliá-la. **Descritores:** Dor, Doença crônica, Enfermagem.

## **O CUIDADO HUMANIZADO E A EQUIPE DE ENFERMAGEM EM UNIDADES UTI: REVISÃO INTEGRATIVA**

Camila Borba, Desirée Lemos Thomé, Diego Evandro da Silva Rios, Pamela dos Reis,  
Roselaine Patrícia Spaniol, Silvio Renato Martins Camargo, Ana Petersen Cogo  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
mila.borb@yahoo.com.br

**Introdução:** O cuidado humanizado tem sido discutido atualmente nas disciplinas do Curso de Graduação em Enfermagem. A finalidade da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) foi a de efetivar as diretrizes do SUS e mobilizar trabalhadores com os princípios da humanização, que se faz fundamental para o ambiente de alta tecnologia, estresse e sensibilização da UTI. **Objetivo:** Identificar a partir de uma revisão integrativa da literatura o significado do cuidado humanizado nas UTIs e as possíveis dificuldades na sua implantação.

**Métodos:** Revisão integrativa com a questão norteadora: qual o significado cuidado humanizado e o que dificulta, nas Unidades de Terapia Intensiva, a prática deste pela equipe de enfermagem. A busca dos artigos em periódicos brasileiros, no período de 2000 a 2009, na base de dados LILACS com os descritores: humanização da assistência, unidade de terapia intensiva. Instrumento de coleta de dados e análise descritiva foram elaborados. **Resultados:** Foram identificados oito artigos que sinalizam o reconhecimento do significado de cuidado humanizado em termos teóricos pelos profissionais de enfermagem. Apesar de preconizado, encontra dificuldades para ocorrer de forma plena nas UTIs. As principais dificuldades descritas para sua implantação são: ambiente altamente tecnológico, predomínio do cuidado técnico, rotinas de cuidado pouco flexíveis, sobrecarga de trabalho dos profissionais de enfermagem. **Conclusões:** A humanização não ocorre de forma efetiva. Acredita-se que o compromisso para com a prática do cuidado humanizado seja do profissional e da instituição. Para isso, é fundamental que o profissional seja ativo nessa busca, porquanto as mudanças só acontecem através da ação humana.

**Descritores:** Enfermagem, Humanização da Assistência, Unidade de Terapia Intensiva

## **RASTREAMENTO DE INFECÇÃO POR ACINETOBACTER SP EM PACIENTES ADULTOS INTERNADOS EM TERAPIA INTENSIVA**

Evanice Paz da Silva, Nádia M. Kuplich, Rodrigo Pires dos Santos  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
evapaz.enf@hotmail.com

**Introdução:** O *Acinetobacter sp* é um cocobacilo gram-negativo, considerado patógeno oportunista e de grande importância nas infecções hospitalares. Este bacilo é responsável por numerosas complicações clínicas, particularmente em pacientes internados em terapia intensiva. As principais medidas para reduzir a carga de *Acinetobacter sp* em hospitais envolvem medidas de restrição de contato e aplicação de estratégias de vigilância epidemiológica de modo a identificar os portadores silenciosos. **Objetivo:** Verificar a incidência de infecção e colonização "silenciosa" por *Acinetobacter sp* em unidades de terapia intensiva detectada através de técnica de rastreamento. **Método:** Trata-se de um estudo de coorte de pacientes que

internaram no Centro de Terapia Intensiva – área 2 (CTI-2) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), de março a maio de 2009. A coleta dos *swabs*, conforme a técnica preconizada pela instituição para rastreamento, foi realizada por enfermeiros durante a permanência dos pacientes no CTI-2. Os resultados do rastreamento foram acessados no prontuário *on line*. **Resultados:** Um total de 169 pacientes foi admitido no CTI-2 no período do estudo. Foram rastreados com uma mediana de 1 (1-2) coleta para o *Acinetobacter sp* em 37,3% pacientes (n=63). Destes, 11% apresentaram resultado positivo (n=7). Foi encontrada associação significativa entre maior tempo de internação e o rastreamento: mediana de 10 (6-18) dias versus mediana de 4 (2-8) dias de internação sem rastreamento ( $p < 0,01$ ). Também se verificou no total da amostra mais 10 (5,9%) resultados positivos para *Acinetobacter sp* detectado em culturas clínicas. Destes, 4 casos também haviam sido rastreados, porém com resultado negativo. Somente em 1 paciente o resultado foi positivo tanto na rotina do rastreamento como na cultura clínica. **Conclusões:** Os achados confirmam a importância do rastreamento das infecções por *Acinetobacter sp* e a necessidade de revisar a técnica e a rotina da coleta para a efetiva prevenção da disseminação e controle de infecção por este microrganismo.

**Descritores:** Infecção hospitalar, *Acinetobacter sp*, terapia intensiva, rastreamento.

## **FATORES DE RISCO PARA A OCORRÊNCIA DE COMPLICAÇÕES EM PACIENTES SUBMETIDOS AO TRANSPLANTE RENAL**

Isabel Cristina Echer, Amália de Fátima Lucena, Fabiana Bonemann Fehrenbach, Michelli Cristina Silva de Assis, Mara Regina Ferreira Gouvêa, Marise Márcia These Brahm, Cássia Teixeira dos Santos, Ana Paula Corrêa Almeida, Stephani Amanda Lukasewicz Ferreira, Carolina de Castilhos Teixeira

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

tekinha\_amanda@hotmail.com

**Introdução:** A unidade de internação 8º Sul, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), tem como característica atender pacientes submetidos a transplante de órgãos sólidos, como o de rins. O transplante renal é um dos tratamentos de escolha para pacientes portadores de insuficiência renal crônica, que não significa cura, pois o paciente transplantado necessitará de cuidados de saúde ao longo de sua vida, além

de ter de praticar o autocuidado para reconhecer sinais e sintomas relacionados com as principais complicações, como infecções e rejeição. Assim, a enfermagem tem papel essencial, pois, pelos seus cuidados e orientações, reforça a necessidade de novos hábitos de vida, que deverão ser seguidos por estes pacientes. Muitas complicações levam às re-internações, todavia, em nossa realidade, ainda se desconhece os principais fatores desencadeantes. Percebe-se também que muitas re-internações envolvem os mesmos pacientes, longos períodos de hospitalização e complicações infecciosas. **Objetivo:** Identificar fatores associados com a incidência de complicações nos pacientes submetidos a transplante renal. **Material E Método:** Estudo de coorte histórica aprovado por Comitê de ética e pesquisa do HCPA sob o protocolo nº 09-465. A amostra consistirá de pacientes que internaram na unidade 8º Sul, transplantados renais entre janeiro de 2007 e janeiro de 2009. Estima-se uma amostra de 200 pacientes. Os dados serão coletados no prontuário do paciente e em base de dados informatizada do HCPA e analisados pela estatística descritiva com uso do programa *Statistical Package for Social Science*. **Resultados E Conclusões:** O projeto encontra-se na etapa de coleta de dados. Conhecer os fatores associados às complicações e as re-internações destes pacientes será de especial interesse para que a equipe multiprofissional possa delinear tratamento, cuidado e educação em saúde de forma qualificada.

**Descritores:** cuidados de enfermagem, transplante renal, complicações.

### **ESCALA DE EDMONTON E CUIDADOS PALIATIVOS: REVISÃO INTEGRATIVA**

Daiane da Rosa Monteiro, Maria Henriqueta Luce Kruse, Miriam de Abreu Almeida

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

daimonteiro84@hotmail.com

**Introdução:** Cuidados Paliativos (CP) são prestados aos pacientes com doenças progressivas e irreversíveis quando se reconhece que eles se encontram fora de possibilidades terapêuticas de cura, seu enfoque é o controle dos sintomas e a melhora da qualidade de vida. Sendo assim, obter meios de aperfeiçoar os cuidados a estes pacientes com o propósito de aliviar os sintomas persistentes nessa etapa da doença são objetivos para o cuidado de enfermagem. A experiência nas Unidades de Cuidados Paliativos tem demonstrado que prestar assistência integral a pacientes e

suas famílias têm contribuído para o aumento da qualidade de vida. Na prática dos Cuidados Paliativos é comum os pacientes apresentarem mais de um sintoma, decorrente da evolução da doença ou do tratamento<sup>(1)</sup>, assim se torna importante avaliar e controlar adequadamente essas necessidades de cuidado, pois uma avaliação mais abrangente permite a formulação de estratégias terapêuticas mais eficazes. A Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) é um instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos encontrados em pacientes em CP, é composta de escalas visuais numéricas que variam entre zero e 10, sendo zero a ausência do sintoma e 10 o sintoma em sua mais forte intensidade. A ESAS foi projetada para permitir medições quantitativas sobre a intensidade dos sintomas apresentados pelos pacientes, tendo eles a opção de adicionar um décimo sintoma referente ao que estão sentindo no momento. Considerando que tal Escala é bastante utilizada em instituições que assistem pacientes em CP, é importante conhecer a avaliação dos profissionais e pacientes sobre o uso da ESAS, pois assim o atendimento prestado pode tornar-se mais eficaz, promovendo conforto e alívio dos sintomas. **Objetivo:** Realizar uma revisão integrativa acerca da avaliação dos profissionais de saúde e pacientes quanto ao uso da ESAS em pacientes em CP. **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa, o modo mais amplo de metodologia de pesquisa de revisão, já que permite a inclusão simultânea da pesquisa experimental e não-experimental com o objetivo de melhor compreender o fenômeno em questão<sup>(2)</sup>. A elaboração do estudo foi desenvolvida em cinco etapas: formulação do problema, coleta dos dados, avaliação dos dados coletados, análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados<sup>(3)</sup>. Para guiar o estudo foi formulada a seguinte questão: na literatura produzida, a ESAS mostrou ser um bom instrumento de avaliação ou apresentou muitas limitações na avaliação de profissionais de saúde e pacientes? Os dados foram coletados do Medline e Lilacs, referente ao período de agosto de 2009, e utilizadas as palavras-chave ESAS *and* Edmonton *and* Palliative. Os critérios de Inclusão foram artigos de 1991 até 2009 cujo tema fosse a aplicação da ESAS, artigos com resumo e texto completo disponíveis na base de dados, artigos escritos em inglês, português ou espanhol, artigos que utilizassem a ESAS como foco principal do estudo e artigos que utilizassem a ESAS como avaliação de sintomas em pacientes oncológicos. Os critérios de exclusão foram resumos que não respondessem a formulação do problema e artigos que utilizassem a ESAS e outras escalas para identificar e quantificar sintomas. Através dos critérios foram selecionados 8 artigos para o

estudo. **Resultados:** Utilizando as palavras-chave selecionadas, foram encontrados 54 artigos, mas conforme critérios de inclusão e exclusão, somente oito artigos em inglês, entre 1998 e 2009, fizeram parte do estudo. Não há publicações em português ou oriundas do Brasil, de onde pode se depreender que a escala ESAS é pouco utilizada em nosso país. Foi observado que os países onde inicialmente foi utilizada a filosofia dos Cuidados Paliativos são os que publicaram artigos sobre o assunto, sendo dois estudos publicados no Canadá, dois nos Estados Unidos, um na Itália, um na Austrália, um no Reino Unido e um na Suécia. Os oito artigos apresentam resultados semelhantes quanto a opiniões sobre a ESAS. Cinco deles indicam que a ESAS é um instrumento simples e fácil de ser aplicado, quatro artigos indicam que é um instrumento curto e rápido e outros quatro artigos garantem que é uma boa Escala para avaliação de sintomas. A ESAS apresentou essas características possivelmente por ser uma escala visual numérica e por abranger os principais sintomas apresentados por pacientes em CP. Apesar de ser considerada uma boa Escala para avaliação dos sintomas tanto por pacientes quanto por profissionais da saúde, ela não aborda todos os sintomas apresentados em CP, até porque se tornaria muito extensa. O bem-estar foi o sintoma mais comentado nos estudos, pois muitos pacientes não conseguiram entender o significado da palavra para poder atribuir um valor conforme prevê a Escala. Por ser muito amplo o conceito de bem-estar, talvez seja difícil explicar ao paciente, por ser algo subjetivo, que depende de cada pessoa. Outro dado encontrado em quatro artigos foi relacionado às terminologias utilizadas na Escala. Em um estudo a palavra fadiga foi confundida com sonolência, em outro tal palavra não foi compreendida. Alguns pacientes não entenderam como completar a Escala. Uma alternativa para este problema seria substituir algumas palavras da Escala por outras, de modo que transmitissem significados mais precisos e acessíveis aos pacientes. Dois artigos afirmam que os pacientes ficam confusos quanto ao horário do sintoma e sugerem que a Escala tenha informações como - preencha a escala quanto ao sintoma que você possui agora, hoje ou nas últimas 24 horas -. Torna-se importante que o profissional de saúde oriente quanto ao preenchimento no momento em que o paciente toma conhecimento da Escala. Dois estudos fizeram observações quanto à frequência da aplicação da Escala, não havendo um consenso entre os autores sobre qual seria a frequência ideal. Segundo um dos artigos, a Escala deveria ser aplicada diariamente para poder acompanhar a evolução dos sintomas. Mesmo que a ESAS seja uma escala fácil e rápida de ser preenchida, a possibilidade de aplicá-la semanalmente pode ser considerada, já que preenchê-la todos os dias pode

se tornar exaustivo para os pacientes, principalmente aqueles mais debilitados. A constipação é um sintoma muito presente em pacientes em Cuidados Paliativos, tendo sua inclusão sugerida em três artigos. Dois estudos evidenciaram que pacientes consideram a ESAS muito extensa. Em um desses estudos os pacientes que fizeram essa observação encontravam-se em fase terminal, tendo dificuldades para completar a ESAS tanto por problemas físicos quanto cognitivos. Outros artigos que consideram a ESAS não adequada para uso são desenvolvidos também com pacientes em fase terminal. Nestes casos parece ser necessário fazer reformulações, sendo uma alternativa que o profissional da saúde ou familiar auxiliasse no preenchimento. Há dois artigos que não consideram a ESAS um instrumento adequado para avaliação de sintomas em pacientes terminais e um artigo que avalia a ESAS como um bom instrumento na avaliação dos pacientes em fase final de vida, evidenciando uma discordância entre os autores. A literatura mostra que problemas físicos e cognitivos estão interligados em pacientes em fase terminal, por essa razão, quatro artigos evidenciaram que a ESAS é difícil de preencher quando os pacientes apresentam determinados sintomas. Em um dos artigos os pacientes referem falta de concentração para utilizar a Escala devido ao uso de medicamentos. O conhecimento sobre a utilização do instrumento e a avaliação individualizada sobre o estado de saúde do paciente possibilita estratégias para reformulações na utilização da Escala que possam produzir avaliações mais precisas. **Conclusões:** Cuidados Paliativos são voltados ao controle dos sintomas e preservação da qualidade de vida do paciente e sua família, sendo importante para manter seu bem-estar no final de vida, tanto no hospital quanto no domicílio. O paciente que recebe Cuidados Paliativos necessita de cuidados diferenciados que consideram o paciente em sua individualidade e que requerem um atendimento integral, humanizado e qualificado. No entanto, para que tal cuidado seja possível o profissional deve mobilizar recursos que possam aperfeiçoar e melhorar o atendimento prestado. A ESAS é uma Escala que possibilita que os profissionais da saúde conheçam os sintomas apresentados pelos pacientes para que possam elaborar intervenções específicas e individualizadas, pois se observa que pacientes não referem certos sintomas quando não lhes é perguntado ou tendem a referir o sintoma que mais lhe incomoda. Deste modo, a ESAS por contemplar os nove sintomas mais evidentes em Cuidados Paliativos permite avaliar as intervenções para acompanhar os resultados em relação à terapêutica aplicada. Uma enfermagem competente, presente em todos os momentos e atualizada em relação a

procedimentos, tratamentos e intervenções para melhoria do atendimento, facilita o reconhecimento das necessidades e o planejamento de melhores cuidados.

**Descritores:** Cuidados Paliativos, Escalas, Cuidados de Enfermagem.

**Referências:**

1. Fabbro ED, Dalal S, Bruera E. Symptom Control in Palliative Care - Part II: Cachexia/ Anorexia and Fatigue. J Palliat Med. 2006; 9(2):409-421.
2. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. J Adv Nurs. 2005; 52(5):546-553.
3. Cooper HM. Integrating Research: A Guide for Literature Reviews. 2ed. London: Sage Publication; 1989.

## **ANORMALIDADES CUTÂNEAS DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE**

Elem Cristina Leite, Regina Helena Medeiros, Taline Bavaresco  
Universidade de Caxias do Sul / Hospital Geral  
elen-leite@hotmail.com

**Introdução:** As alterações nutricionais como anemia, hipoalbuminemia, catabolismo proteico, alterações de ferro, fósforo, cálcio, hormônios, restrição de ingestão hídrica e distúrbios metabólicos podem provocar anormalidades cutâneas como pele desidratada, assaduras, feridas, pruridos e dermatite na IRC. **Objetivo:** Verificar a frequência e os tipos de anormalidades cutâneas na HD. **Métodos:** 71 pacientes em HD. Coletados dados demográficos, clínicos e desordens cutâneas como: prega, cor de pele, edema, prurido, feridas e dermatite. A análise estatística utilizada foi à análise descritiva simples (frequência, percentual, média e desvio-padrão). Para avaliar a relação das variáveis com as anormalidades cutâneas foi utilizado ANOVA com um valor de  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** A frequência de anormalidades cutâneas foi de 100%. As alterações ocorreram em maior número no sexo feminino [38(53%)] e a média de idade foi  $55,17 \pm 1,6$ . A pele de cor amarela foi encontrado em 48(67,6%) e 23(32,4%) com palidez, feridas 8 (11,3%) e prega cutânea 43(60,6%). Houve relação com os níveis de colesterol e prurido. **Conclusão:** A totalidade dos pacientes apresentava coloração da pele amarela 48(67,6%), prega cutânea 43(60,6%) e edema 71(100%). As anormalidades cutâneas nos pacientes com IRC tem relação com os níveis de hemoglobina, hematócrito, ureia, colesterol total, LDL, fósforo, Kt/v, inflamação e comorbidades. Os resultados apontam para a necessidade de um acompanhamento sistematizado com pele e feridas na HD, melhora das condições

clínicas, adequação de diálise, maior participação do enfermeiro e um melhor planejamento frente às necessidades reais dos pacientes.

**Descritores:** Insuficiência renal crônica, Hemodiálise, Anormalidades cutâneas.

## **INTEGRIDADE TISSULAR PREJUDICADA EM VÍTIMA DE TRAUMA**

Amanda de Souza Magalhães, Caroline Bello Soares, Karen Chisini Coutinho, Margarita

Ana Rubin Unicovsky

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

karenchisini@gmail.com

**Introdução:** Trata-se de um estudo de caso de paciente com ferimento corto-contuso proveniente de acidente de trabalho realizado durante o estágio acadêmico em um hospital especializado em trauma de Porto Alegre. No estudo aborda-se o cuidado a vítima de trauma e a sistematização da assistência de enfermagem com ênfase ao uso dos sistemas de classificações para diagnósticos e intervenções. **Objetivos:** Aprofundar os conhecimentos com o cuidado em urgência e emergência; Relacionar os conhecimentos teóricos à prática; Aplicar o processo de enfermagem e o uso dos sistemas de classificações para diagnósticos e intervenções; Subsidiar com esta experiência a realização de futuros trabalhos que poderão ser relevantes à enfermagem. **Método:** Trata-se de um estudo de caso que se teve por base o acompanhamento do paciente durante seu atendimento no hospital de urgência e emergência, local onde o estágio acadêmico foi desenvolvido. Para tanto se utilizou das cinco etapas do Processo de Enfermagem, ou seja, o exame físico, a coleta de informações, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento e a implementação dos cuidados de enfermagem e a avaliação dos mesmos. **Resultados:** Na sala de sutura do hospital de trauma, uma das principais demandas de atendimento são ferimentos corto-contusos causados por acidente de trabalho. Os resultados estão apresentados conforme etapas do Processo de Enfermagem. 1) Dados referentes à coleta de informações e exame físico - Paciente masculino, 51 anos, branco, casado, natural de Cachoeirinha e trabalha em Porto Alegre, na Prefeitura Municipal, católico. Ingressou na sala de sutura em setembro de 2009, vindo do seu local de trabalho, em uma oficina mecânica, com expressão de dor na face, sangramento intenso no punho e na região do músculo oponente do polegar esquerdo (eminência tenar), causados pelo

impacto contra a lente de vidro do farol de um carro, que ao ser empurrado durante o encaixe, se estilhaçou. Ao exame físico apresentava-se responsivo, sentindo dor. Regulação neurológica: Sem alterações no nível de consciência, lúcido, orientado e coerente. Comportamento tranquilo e comunicando-se adequadamente. Percepção dos órgãos dos sentidos: usa óculos por hipermetropia. Pupilas isocóricas e fotoreagentes. Ouvidos, nariz, fácies e pescoço sem alteração. Quanto à oxigenação: Expansão torácica simétrica, sem roncosp e sem sibilos em ausculta pulmonar. No tórax não foram notadas alterações anatômicas e abdômen normotenso e sem dor à palpação. Regulação térmica e vascular: Apirético com extremidades perfundidas, aquecidas e sem presença de edema. Apresentando enchimento capilar rápido e pulsos cheios, sinais vitais estáveis e hipertensão (150 x 110 mmHg). Alimentação: Alimentação hipercalórica, boa ingestão hídrica, cavidade oral íntegra e dentição completa. Eliminações: Apresenta eliminações espontâneas. Integridade Cutâneo - Mucosa: Mucosas úmidas e coradas, pele hidratada, com pequenas lesões. Cuidado corporal: bons hábitos de higiene. Com alterações no sono. Deambula sem auxílio. Educação para saúde: possuía boa capacidade de apreensão às orientações. Referiu fazer uso de álcool raramente, pelo uso de medicamentos para controle da pressão arterial, não ser fumante e estar com imunizações em dia. 2) Diagnósticos de enfermagem estabelecidos de acordo aos dados coletados: *Integridade tissular prejudicada* relacionada a fator mecânico evidenciada por pele lesada no membro superior esquerdo (MSE) - Cuidados com Lesões; Cuidados com Local de Incisão; Imobilização; Proteção contra infecção e Sutura. *Risco de infecção* relacionado à pele rompida nos locais dos ferimentos - Controle de imunização/vacinação; Controle de infecção; Cuidados com local de incisão; Cuidados com lesões; Proteção contra infecção e Supervisão da pele. *Risco de trauma* relacionado à história de trauma prévio, por um corte no dedo indicador direito, alguns dias antes do atendimento no HPS - Monitoração de sinais vitais e Supervisão da pele. *Dor aguda* relacionada à agente lesivo físico evidenciada por expressão facial, relato verbal e evidência observada de dor durante o atendimento - Administração de Analgésicos; Controle da Dor e Prescrição de Medicamentos. *Risco de disfunção neurovascular periférica* relacionado a trauma no MSE - Imobilização; Precauções contra Sangramento-Lesão e Supervisão da Pele. 3 e 4) Planejamento e implementação das intervenções de enfermagem- Orientar o paciente sobre as formas de prevenir infecção, usar técnicas para o cuidado com a lesão, lavagem das mãos e dos locais das lesões com água abundante e sabão, manter membro elevado para uma boa perfusão venosa, se dor,

uso de analgésicos prescritos; proteção contra infecção: observar sinais e sintomas sistêmicos e locais de infecção; observar vulnerabilidade. 5) Evolução e Avaliação. Foi feito contato após 02 dias do acidente com o paciente e o mesmo relatou que fez uso do analgésico somente nas primeiras 24 horas por dor no local, após não sentiu mais nada. Estava seguindo as orientações quanto ao cuidado com a lesão e a mesma estava sem secreções e com boa cicatrização. Orientado novamente para a retirada dos pontos em 07 dias. **Conclusão:** O aumento da incidência de traumas no ambiente de trabalho está associado à falta de ações que visem à promoção da saúde do trabalhador através do incentivo à prática correta de condutas trabalhistas. Os investimentos não são suficientes para atender a demanda de problemas relacionados à saúde. Considera-se o estudo deste caso e a realização do estágio neste hospital de trauma uma oportunidade única de aprendizado, em que foram aprofundados os conhecimentos teóricos aplicados à prática, colaborando para a formação dos acadêmicos de enfermagem. Com a ajuda dos Sistemas de Classificações NANDA e NIC, tivemos a oportunidade de explorar o caso estabelecendo diagnósticos e intervenções relacionados à situação do paciente, e, também, ficou evidente para o grupo o cuidado integral que a enfermagem desenvolve baseado nesses sistemas definindo as condutas necessárias para boa evolução do quadro clínico. Com a realização deste estudo de caso, percebe-se que o vínculo com o paciente, bem como a adesão deste ao tratamento proposto é fundamental para amenização dos danos provocados pelo trauma. É papel da equipe de enfermagem difundir a informação correta, promover práticas educativas e motivar o indivíduo para a adoção dessas práticas, levando em consideração a comunidade onde está inserido, para desenvolver intervenções de saúde apropriadas.

**Descritores:** Enfermagem em Emergência, Diagnósticos de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem.

## **AVALIAÇÃO DA DOR DE PACIENTES ONCOLÓGICOS ADULTOS PELO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**

Carolina de Castilhos Teixeira, Stephani Amanda Lukasewicz Ferreira, Camila Ruzskovski Marques, Tobias Bloss, Maitê Nunes de Miranda e Maria da Graça Oliveira Crossetti

Escola de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
[carolina\\_castilhos@hotmail.com](mailto:carolina_castilhos@hotmail.com)

**Introdução:** O câncer é responsável por aproximadamente 13% das mortes no mundo. Só no Brasil, em 2004, morreram 141 mil pessoas. A explicação para estes dados é a exposição dos indivíduos a maiores fatores de risco, como nutrição, padrão de vida relacionado ao trabalho, assim como a diferença na capacidade diagnóstica nas diferentes regiões do país. **Objetivo:** Conhecer como o enfermeiro avalia a dor em pacientes oncológicos. **Metodologia:** Revisão Integrativa (RI) da literatura, segundo Cooper (1987) que teve como questão norteadora “*como é feita a avaliação do paciente oncológico com dor pelo enfermeiro?*”. A coleta de dados foi realizada nas bases LILACS, Scielo e BDEF. A avaliação dos dados foi feita a partir de instrumento construído pelo grupo de trabalho. Nesta RI foram respeitadas as idéias, conceitos e definições dos autores, sendo os artigos científicos citados conforme norma de Vancouver. **Resultados:** Em atenção à questão norteadora, identificou-se que na avaliação da dor considera-se: alterações fisiológicas (sudorese, taquicardia, hipotensão arterial, tremor e agitação motora), comportamentos psicossociais e atitudes (depressão, apatia, rebeldia, rejeição à situação e isolamento), anamnese completa, exame físico baseado na palpação das diferentes estruturas corporais, comportamentos não verbais, expressões faciais ou movimentos sutis, além de métodos como a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Visual Numérica (EVN). **Considerações finais:** Verificou-se que o enfermeiro utiliza aspectos clínicos bem como psicológicos para avaliar a dor de pacientes oncológicos, considerando também as escalas padronizadas. Os resultados encontrados nesta RI são de significativa importância para a atuação dos enfermeiros, uma vez que um maior conhecimento no assunto os instrui e capacita a ter mais subsídios para atender o indivíduo em sua singularidade.

**Descritores:** enfermagem, câncer, avaliação da dor.

## CUIDADO AO CLIENTE COM DOR CRÔNICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Karina Kalsing, Vera Catarina Castiglia Portella

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

karinakalsing@yahoo.com.br

**Introdução:** Fibromialgia caracteriza-se pela ocorrência de dor musculoesquelética generalizada crônica e presença de pontos dolorosos (tender points) na ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares. É considerada uma síndrome porque engloba uma série de manifestações clínicas como dor, fadiga, indisposição e distúrbios do sono. (Teixeira, 2001). Durante as consultas de Enfermagem individuais e em grupos aos pacientes com Fibromialgia, procura-se estabelecer vínculo entre enfermeiro-cliente(s) para encontrar as verdadeiras causas da dor, assim como sucesso na adesão ao tratamento. **Objetivos:** Relatar as experiências e percepções das autoras a respeito das Consultas de Enfermagem realizadas no Ambulatório de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos. **Métodos:** Relatos das autoras sobre as Consultas de Enfermagem realizadas tendo como cenário o Ambulatório de Tratamento da Dor e Cuidados Paliativos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O público alvo foi composto pelos clientes portadores de fibromialgia atendidos nas consultas. **Resultados:** Pela própria observação da conceituação da fibromialgia, podemos inferir os empecilhos inerentes à compreensão dessa síndrome, o que dificulta o seu diagnóstico e tratamento. Além de não existirem exames complementares que por si só confirmem o diagnóstico, a experiência clínica do profissional que avalia o paciente com fibromialgia é fundamental para o sucesso do tratamento. Muitos pacientes portadores encontram dificuldades para compreender a doença, além de possuir déficit na adesão ao tratamento, acarretando subtratamento e qualidade de vida prejudicada. **Conclusão:** A Enfermagem, independentemente do seu local de atuação, pode se deparar com pacientes com afecções dolorosas crônicas. É de fundamental importância que o profissional Enfermeiro esteja capacitado técnico e cientificamente para contribuir de forma eficaz no controle algico da Fibromialgia e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos clientes acometidos desta síndrome. **Descritores:** fibromialgia, dor crônica.

## **NUTRIÇÃO ENTERAL EM PACIENTES CRÍTICOS: DIFERENÇA ENTRE O VOLUME PRESCRITO E O VOLUME ADMINISTRADO**

Michelli Cristina Silva de Assis, Stella Marys Rigatti Silva, Claudine Lazzari Novello, Carla Rosane de Moraes Silveira, Elza Daniel de Mello, Mariur Gomes Beghetto  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
mcassis@hcpa.ufrgs.br

**Introdução:** Diferentes condições determinam que pacientes críticos recebam volumes de dieta enteral diferentes daqueles prescritos. Esse estudo apresenta resultados de uma auditoria, realizada pela Comissão de Suporte Nutricional (CSN) de um hospital de referência, para avaliar quanto do volume de dieta enteral prescrito foi efetivamente administrado, aos pacientes adultos internados no Centro de Terapia Intensiva (CTI). **Métodos:** Os pacientes foram selecionados durante 30 dias consecutivos de 2009. Duas investigadoras avaliaram, diariamente, a listagem eletrônica de pacientes das CTIs em uso de NE e, por meio de um protocolo, acompanharam-nos até a suspensão da NE, ou até a alta do paciente da CTI. Por meio de testes paramétricos e não paramétricos comparou-se o volume prescrito pelo médico àquele efetivamente administrado, conforme anotações de enfermagem, além dos fatores associados à administração de 80% ou mais do volume de NE prescrito. **Resultados:** Foram acompanhados 85 pacientes com idade de  $58,6 \pm 18,0$  anos, sendo 40% homens, com  $2,9 \pm 2,7$  comorbidades. Os pacientes deixaram de receber  $428 \pm 243$  (75 a 1385) ml/dia do volume de NE prescrito e 85,9% deles receberam menos de 80% do volume prescrito. Pacientes que receberam 80% ou mais do volume de NE prescrito assemelharam-se aos que receberam menos de 80% quanto as suas características demográficas e clínicas, sendo o tempo de uso NE maior naqueles que receberam maior volume de NE. Os principais motivos de interrupção da NE foram: realização de procedimentos (41,6%), náuseas/vômitos (15,2%), distensão abdominal (14,4%), complicações clínicas (14,4%), constipação (8,8%) e transição para alimentação oral (5,6%). **Conclusões:** Por diferentes motivos, que envolvem toda a equipe, grande parte dos pacientes críticos deixa de receber a totalidade da NE prescrita, podendo levar a redução acentuada do aporte calórico diário. Terapia Nutricional, nutrição enteral, cuidados de enfermagem.

## CONSULTORIAS COMO INSTRUMENTO DE ENSINO PRÉ-OPERATÓRIO NO TRANSPLANTE HEPÁTICO

Soraia Arruda, Daniela dos Santos Marona

Hospital de Clínicas de Porto Alegre

sarruda@hcpa.ufrgs.br

**Introdução:** O transplante tem-se tornado um tratamento de sucesso para uma série de doenças hepáticas de curso terminal <sup>(1)</sup>, estando, também, cada vez mais acessível, prolongando e melhorando a qualidade de vida dos pacientes <sup>(2)</sup>. O enfermeiro vem conquistando seu espaço nos Programas de Transplante, coordenando as atividades de assistência a esse tipo de paciente. O ensino pré-operatório é uma ferramenta utilizada para garantir a independência e a detecção precoce de complicações, que possam comprometer a sobrevida, principalmente no período pós-transplante <sup>(3)</sup>. **Objetivo:** Descrever o papel da consultoria de enfermagem no Programa de Transplante Hepático do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a ótica do trabalho do enfermeiro na equipe de transplante hepático. As consultorias são solicitações de avaliação efetuadas por qualquer profissional do hospital. A consultoria de enfermagem tem como objetivo instrumentalizar precocemente o paciente e sua família, sobre a terminalidade da doença e processo de transplante, esclarecendo dúvidas quanto ao procedimento. Esse acompanhamento tem sido cada vez mais essencial, pois além de ser crescente número de indicações para transplante, as mudanças nos critérios de alocação de fígado, priorizam a gravidade da doença hepática, através do preditor de mortalidade MELD <sup>(4)</sup>. Pacientes considerados graves, que estejam iniciando ou com avaliações incompletas, são internados nas unidades do referido hospital, a fim de se agilizar avaliações. **Considerações finais:** Nesse contexto, as consultorias à Enfermagem no Transplante Hepático Adulto têm sido o primeiro contato desse paciente com a temática "Transplante". Há a entrega do Manual do receptor e do termo de consentimento, onde paciente e familiar recebem orientações a respeito da cirurgia, funcionamento da lista de espera, cuidados domiciliares e ações que devem ser realizadas em caso de urgência. **Descritores:** transplante de fígado, educação em enfermagem, enfermagem.

**Referências:**

1. (<http://hdl.handle.net/10183/3556>)
2. (<http://hdl.handle.net/10183/17410>)
3. SASSO,K; GALVÃO,C.M; SILVA JR; FRANCA AVC. Transplante de Fígado: resultados da aprendizagem de pacientes que aguardam a cirurgia. Revista Latino Americana de Enfermagem. 2005 vol 13, n4, pp481-488
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria nº 1.160 de 29 de maio de 2006.

# *Enfermagem no Cuidado ao Idoso*

---

---

**ALTERAÇÕES E DIFICULDADES NO COTIDIANO DOS CUIDADORES  
FAMILIARES DE IDOSOS PORTADORES DE INCAPACIDADES E DEPENDÊNCIA**

Margot Agathe Seiffert, Maria de Lourdes Denardin Budó, Celso Leonel Silveira

Universidade Federal de Santa Maria

margotenfer@gmail.com

Observa-se atualmente que o processo de envelhecer deixou de ser um fenômeno exclusivo dos países desenvolvidos e tornou-se comum também nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil <sup>(1)</sup>. Esta mudança no perfil demográfico, iniciada na segunda metade dos anos 70, quando houve um declínio da taxa de natalidade, aponta que para o ano de 2025 existirá, no Brasil, aproximadamente 30 milhões de idosos, que representarão 15% da população total <sup>(2)</sup>. No entanto, esse fenômeno traz consigo alterações que são próprias do processo de envelhecimento, como o aparecimento de patologias crônicas incapacitantes. Então, pode-se dizer que a população brasileira está envelhecendo com mais incapacidades e dependência <sup>(3)</sup>. Essas circunstâncias fazem com que os idosos requeiram não só dos profissionais de saúde, mas também da família, a utilização de conhecimentos e de habilidades para prevenir ou minimizar os efeitos secundários graves que surgem dessas patologias <sup>(1)</sup>. Devido a essas mudanças no perfil demográfico do nosso país é muito comum os domicílios das famílias brasileiras possuírem um idoso portador de incapacidades e dependência. As políticas de atenção ao idoso defendem que o domicílio constitui-se no melhor local para o idoso envelhecer, sendo que permanecer junto à família representa a possibilidade de garantir a autonomia e preservar sua identidade e dignidade. A família desempenha atividades voltadas para suprir as demandas de acordo com as necessidades dos idosos doentes no próprio local onde residem. A esfera familiar é uma unidade formada de seres humanos ao longo de sua trajetória de vida, cuidando de si próprio e de outros, sendo que as maneiras de cuidar variam de acordo com os padrões culturais e se relacionam com as necessidades de cada indivíduo <sup>(2)</sup>. Em contrapartida, a maioria das famílias não está preparada, tecnicamente e emocionalmente, para prestar cuidados domiciliares ao seu familiar dependente, pois essa realidade começou a fazer parte do seu cotidiano recentemente. Essa situação de despreparo vem acarretando alterações e dificuldades dentro do ambiente familiar, como sobrecarga pessoal, alterações no modo de viver, exteriorização de sentimentos e mudanças nas relações familiares <sup>(1)</sup>. O resumo tem

como objetivo descrever e discutir algumas das alterações e dificuldades vivenciadas pelos cuidadores familiares de idosos portadores de incapacidade e dependência no domicílio. Para a elaboração do resumo realizou-se uma busca de artigos científicos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) que contemplassem os objetivos do resumo. O estudo emergiu da experiência de acadêmicos e docentes de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria que participam do Projeto de Extensão "Cuidado a usuários portadores de perdas funcionais e dependências no ambiente domiciliar". O projeto é desenvolvido em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Santa Maria, tem por objetivos estimular a autonomia do usuário portador de perda funcional e dependência e dar suporte aos cuidadores e a família e ocorre por meio de visita domiciliária. Cuidar de um idoso dependente pode ser considerado algo complexo e árduo para as famílias que confere sobrecarga de trabalho, responsabilidades, sobrecarga financeira, incertezas e cansaço físico que, por vezes, desencadeiam sentimentos de culpa, angústia, insegurança, desânimo e estresse <sup>(1)</sup>. Alguns familiares demonstram cansaço, estresse e impaciência, e muitas vezes o cuidado prestado por eles não é valorizado pelo integrante da família que se encontra em situação de dependência, gerando assim, conflitos familiares. Em estudo realizado com cuidadores familiares, constatou-se que estes demonstraram maior sobrecarga emocional ao se referirem ao fato de que os pacientes não reconheciam seu trabalho e dedicação, apesar de todos os seus esforços <sup>(2)</sup>. Na mesma pesquisa, os cuidadores mencionaram que se sentem sobrecarregados pela demanda de cuidados e, também, por terem de realizar tarefas que até então eram atividades pessoais do idoso, realizadas por eles próprios, como tomar banho e ir ao banheiro, e que com o avanço da patologia, tem de ser executada pelo cuidador <sup>(2)</sup>. Alguns atores acreditam que a proximidade e o tipo de relação afetiva existente entre o cuidador e o paciente anteriormente à doença também contribuem no processo de cuidado. Se antes havia um bom relacionamento entre eles, a tendência é que essa atividade seja mais bem administrada. Quando a relação entre ambos era marcada por conflitos, o cuidado pode ser prestado sem a devida atenção ou até desencadear sentimentos de raiva, pelas imposições associadas à situação da doença <sup>(4)</sup>. Outra dificuldade enfrentada pelas famílias é a realização dos cuidados, o que denota uma falta de preparo desses cuidadores familiares para prestar uma assistência domiciliar adequada. O exercício de cuidar do idoso doente no domicílio é um aprendizado constante, baseado nas necessidades físicas e biológicas e de acordo com o nível de dependência do idoso. Na maioria das vezes se torna difícil, pela inexperiência do cuidador, atender as

demandas que vão surgindo no transcorrer do processo do cuidar e que necessitam ser aprendidas no enfrentamento do cotidiano. Assim, o cuidar, que inicialmente compreendia atividades simples que se limitavam na ajuda da realização de atividades diárias, como vestir-se ou servir de apoio para andar na rua, pode, com o tempo, se tornar mais complexo e exigir do cuidador conhecimento e habilidades para o exercício do cuidar de acordo com as necessidades físicas do idoso <sup>(2)</sup>. Em pesquisa realizada, os cuidadores descreveram que tiveram de incorporar e desenvolver a cada dia uma nova gama de cuidados, adequando-os às necessidades do idoso que conforme a dependência vai se apresentando no transcurso da evolução de sua doença, o que torna o cotidiano cansativo e repetitivo. Referiram também que as noites são mal dormidas, geradas pela preocupação em saber se o idoso está bem, pelo compromisso de administrar medicamentos nos horários corretos e pela repetição de tarefas <sup>(2)</sup>. Na maioria dos casos outra questão muito presente é a alteração financeira na família, muitas vezes um integrante da família deixa de trabalhar para se tornar um cuidador familiar, implicando dificuldades financeiras. Autores afirmam que os cuidadores geralmente têm problemas em conciliar o cuidado do familiar ao trabalho fora de casa, muitos deles abandonam ou reduzem a jornada de trabalho. As dificuldades financeiras também decorrem do aumento das despesas relacionadas aos cuidados do paciente. Além disso, o paciente geralmente se afasta do trabalho, passando a receber uma aposentadoria que nem sempre equivale ao que ele recebia anteriormente, contribuindo para a diminuição da renda familiar <sup>(4)</sup>. Outra dificuldade encontrada pelos cuidadores familiares está relacionada à mobilidade física do idoso dependente, as famílias encontram muitas dificuldades em movimentá-los, em alguns casos o idoso está acima do peso, em decorrência do próprio estado de saúde que se encontra. Isso também acarreta em problemas de saúde para os membros da família que cuidam desses idosos. Em estudo realizado, os cuidadores relataram que sentem dor, e apontaram a coluna como o local que mais sofre as consequências do esforço físico, seguida pelos braços. Outros mencionaram que sentem uma completa exaustão física, com sensação de cansaço geral, dores em todo o corpo e alteração no sono. A sobrecarga física é considerada por essas pessoas como responsável por uma grande piora na qualidade de vida <sup>(4)</sup>. As dificuldades e alterações vivenciadas pelos cuidadores familiares de idosos portadores de incapacidade e dependência encontradas neste estudo nos permite concluir o quão difícil é para as famílias enfrentar essa situação, conseguir prestar um cuidado adequado, manter uma boa relação familiar entre os membros de toda família. A falta

de apoio técnico e emocional às famílias dificulta ainda mais o cotidiano dessas pessoas. O acompanhamento periódico é essencial, pois frequentemente os cuidadores familiares possuem novas demandas de cuidados, orientações, apoio técnico e emocional.

**Descritores:** Assistência domiciliar, Cuidador familiar, Idoso.

**Referências:**

1. Lavinski, AE, Vieira, TT. Processo de cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: sentimentos dos familiares envolvidos. *Acta Scientiarum Health Sciences* [Internet] Maringá, 2004 [citado 2010 mar 22]; 26(1): 41-45.
2. Cattani, RB, Girardon-Perlini, NM. O. Cuidar do idoso doente no domicílio na voz de cuidadores familiares. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2004 [citado 2010 mar 22]; 6(2): 254-271.
3. Duayer, MFF, Oliveira, MAC. Cuidados domiciliários no SUS: uma resposta às necessidades sociais de saúde de pessoas com perdas funcionais e dependência. *Saúde em Debate* [Internet] Rio de Janeiro, 2005 [citado 2010 mar 22]; 29(70): 198-209.
4. Fonseca, NR, Penna, AFG, Soares, MPG. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. *Physis Revista de Saúde Coletiva* [Internet], Rio de Janeiro, 2008; [citado 2010 mar 22]; 18(4): 727-743.

**PLANO DE CUIDADOS PARA UM PACIENTE IDOSO COM SÍNDROME METABÓLICA**

Carolina Gosmann Erichsen, Beatriz Waldmann

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

carol.erichsen@gmail.com

**Introdução:** A síndrome metabólica, segundo MATOS et. al., é caracterizada pela associação de quatro doenças crônicas não transmissíveis (DCNT): dislipidemia, diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial e excesso de peso ou obesidade. As DCNT são consideradas como epidemia na atualidade, transformando-se em um sério problema de saúde pública, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. As modificações no estilo de vida da sociedade em geral são apontados como os principais responsáveis por essa situação, sendo que o início das doenças, geralmente lento e gradual sem apresentar sinais ou sintomas, favorecem para a piora do quadro e o aparecimento de outras comorbidades associadas. Doenças Crônicas são responsáveis pelo maior número de mortes no mundo. Em 2005 foram quase 60% das causas de mortalidade mundial e segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), se essa tendência continuar, em 2020 elas deverão ser responsáveis

por 73% dos óbitos e 60% das doenças. Diabetes, hipertensão, problema de coluna, câncer e reumatismo estão entre as doenças que mais acometem os brasileiros, cerca de 52,6 milhões, ou seja 29,9% da população (IBGE, 2003). A obesidade se transformou nas últimas décadas em um dos problemas de saúde pública mais grave em diversos países. No período de 2002-2003 a prevalência do excesso de peso era de 41,1% para os homens brasileiros e de 40% para as mulheres e a prevalência da obesidade para os homens era de 8,9% e 13,1% para as mulheres (BRASIL, 2006). A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública em todo o mundo e um dos fatores de risco mais importante para o desenvolvimento de doenças cardio e cerebrovasculares e renais. Segundo o IBGE, a taxa de prevalência da hipertensão arterial em Porto Alegre é de 45,9% na população com 60 anos e mais e 30,2% na população em geral. O diabetes é um problema comum e de incidência crescente. No final da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população com idade entre 30 a 69 anos, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Em 2005, estimava-se que 11% da população com idade de 40 anos ou mais eram portadoras do diabetes, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores (população estimada IBGE 2005). No Ambulatório de Dano Crônico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, na Zona 12, sala 06, estes pacientes são atendidos através das consultas de enfermagem. Em uma dessas consultas, um paciente foi escolhido para a realização deste trabalho científico, que foi elaborado para atender à proposta de avaliação da disciplina "Enfermagem no Cuidado ao Adulto II" em 2009/2. **Objetivo:** avaliar a situação de saúde do paciente, abordando os problemas ativos, conceituando-os com a literatura e estabelecer um plano de cuidados fundamentado. **Método:** O paciente selecionado para o trabalho foi J.R.F., masculino, 77 anos, 1,64m de altura, peso atual de 83,900kg e IMC de 31,19 Kg/m<sup>2</sup>. É portador de diabetes mellitus tipo II, hipertensão e obesidade grau I. Ele foi escolhido devido à importância de estudar a síndrome metabólica, que vem apresentando um crescimento no número de casos na sociedade ocidental atual. Além disso, o paciente representa um desafio e pode ser classificado como um caso complicado, visto que, apesar dos riscos cardiovasculares que corre, ele tem pouca adesão ao tratamento. Para criar o plano de cuidados para o paciente em questão, primeiramente foi realizada a análise dos dados coletados, levantando os problemas ativos de saúde, os diagnósticos de enfermagem e discutindo sua situação, relacionando os diagnósticos aos problemas encontrados. **Resultados:** Os problemas ativos de saúde identificados no paciente são: (1) níveis de glicemia alterados,

verificados nos exames realizados, onde o hemoglicoteste (HGT) estava acima de 127 mg/dl na maioria das verificações; (2) alterações no peso entre as consultas, para mais e para menos; (3) sedentarismo; (4) falta de adesão ao tratamento; (5) falta de atenção às orientações nas consultas. De acordo com a classificação da NANDA, foram identificados os seguintes diagnósticos para o paciente em questão: controle ineficaz do regime terapêutico, manutenção ineficaz da saúde, nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, risco de glicemia instável, estilo de vida sedentário, conhecimento deficiente sobre o diabetes, comportamento de saúde propenso a risco.

**Conclusões:** Para o cuidado adequado do paciente, é necessário estabelecer um plano de cuidados com o mesmo, visando, principalmente, mudanças no estilo de vida para a melhora da sua saúde. Para todos os aspectos que serão apresentados, é importante que o paciente saiba, acima de tudo, quais as suas doenças, os fatores que o levaram a este quadro apresentado, quais os riscos que ele corre se persistir e quais os melhores tratamentos a serem seguidos. Uma das ações para estabelecer este plano, é avaliar em cada consulta realizada o conhecimento que o paciente tem acerca das suas comorbidades. Devemos verificar qual a sua compreensão sobre o tratamento, incluindo a monitorização do estado de saúde, a administração de medicamentos, o planejamento da alimentação, a atividade física e os meios para identificar e evitar as possíveis complicações. As intervenções apresentadas neste plano de cuidados foram baseadas em Smeltzer et. al. (2008). Para promover a adesão dos pacientes idosos, todas as variáveis relacionadas à não-adesão ao tratamento devem ser avaliadas. Devemos considerar que pode haver um comprometimento cognitivo que leva à uma incapacidade da pessoa idosa em deduzir, aplicar as informações ou compreender os principais pontos tratados. Assim, devemos promover um suporte familiar adequado, para que o paciente seja auxiliado no planejamento das suas atividades diárias. Para o cuidado de enfermagem ao paciente com hipertensão, deve-se objetivar a redução e o controle da pressão arterial, sem que o paciente apresente efeitos adversos. O papel da enfermeira é ensinar o paciente a seguir adequadamente o seu regime de tratamento, como: implementar mudanças no estilo de vida, verificar a pressão arterial frequentemente e incentivá-lo a tomar a medicação conforme a prescrição médica. Consultas de acompanhamento devem ser marcadas regularmente para monitorar os resultados, os efeitos adversos e realizar possíveis alterações no tratamento. Os cuidados de enfermagem para o DM incluem cuidados com a integridade da pele (principalmente os pés), a melhora no estado nutricional e promover conhecimento para que o paciente seja capaz de realizar o

cuidado preventivo das complicações crônicas e o auto-cuidado. O cuidado com a pele deve acontecer diariamente, através da avaliação dos pés para verificar a hidratação e a ocorrência de alguma ferida. Os pés devem ser higienizados adequadamente com água e sabão e devem ser completamente secos. É importante não deixar os pés muito tempo na água, evitando que a pele fique enrugada, o que pode levar à rupturas. Por outro lado, com a pele muito seca também pode ocorrer lesões, por isso, deve haver uma hidratação adequada da pele. A monitorização dos níveis glicêmicos é importante, já que o tratamento inadequado pode comprometer a recuperação e elevar os riscos de complicações. A enfermeira tem o papel importante de alertar o paciente quanto aos riscos e ensinar a controlar os fatores que estão relacionados com as alterações do índice glicêmico. Outros cuidados de enfermagem é quanto à melhora do estado nutricional do paciente, que deve ocorrer para permitir a manutenção de níveis glicêmicos adequados, para manter a pressão arterial controlada e criar um balanço energético negativo, objetivando uma perda de peso gradual. A ingesta alimentar deve ser rigorosamente planejada para reduzir o consumo de doces e carboidratos, permitindo o controle da glicose; reduzir a quantidade de sal, para o controle da PA; reduzir o consumo de gorduras saturadas e trans e aumentar o consumo de verduras, legumes, frutas e fibras, objetivando uma redução no peso e uma adequação nos níveis de lipídeos no sangue.

**Descritores:** Ambulatório hospitalar, doença crônica, diagnóstico de enfermagem.

**Referências:**

1. Matos, Amélio F. Godoy; Moreira, Rodrigo O.; Guedes, Erika P.. Aspectos Neuroendócrinos da Síndrome Metabólica. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, São Paulo, V. 47, N. 4, Aug. 2003.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Doenças crônicas atingem quase um terço da população brasileira.
3. Brasil, Ministério da Saúde. Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência. Brasília: Editora MS, 2008. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 8.
4. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008. Porto Alegre: Artmed, 2008. 396p.
5. Smeltzer, S.; et. al. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

**PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS  
PARA O ATENDIMENTO A IDOSOS EM UMA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA: NOTA PRÉVIA**

Aline dos Santos Duarte, Eliane Pinheiro de Moraes  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
alinesd2006@hotmail.com

**Introdução:** O aumento da expectativa de vida geral implica em mudanças no perfil epidemiológico da população. O acréscimo da incidência de doenças crônico-degenerativas e as limitações decorrentes destes agravos interferem em diferentes aspectos na vida dos indivíduos demandando assistência integral tanto aos doentes quanto aqueles responsáveis pelo seu cuidado. A diminuição da capacidade funcional dos idosos torna-os, de alguma forma, dependente de assistência. Avaliar a funcionalidade permite verificar a relação entre a doença/desordem nas funções do organismo, seu impacto no desempenho das atividades dos indivíduos e a influência em sua participação na sociedade. Estas atividades podem ser divididas em Básicas, Instrumentais e Avançadas. As básicas referem-se à capacidade de alimentar-se, banhar-se, vestir-se, arrumar-se, mobilizar-se, controlar as eliminações e deambular. As Instrumentais tratam de atividades como realizar compras, usar o telefone, medicar-se, utilizar meios de transporte, preparar refeições, organizar a casa e administrar as finanças. E as Avançadas estão relacionadas à participação em grupos sociais ou grupos religiosos, realização de atividades de recreação/lazer conhecendo o tipo, local e frequência e como ocupa o tempo livre<sup>1</sup>. Outro fator que pode comprometer a saúde dos idosos é o declínio cognitivo. Este, além de dificultar a inserção do indivíduo na sociedade, tende a torná-lo mais vulnerável às situações adversas do ambiente e, conseqüentemente, mais dependente de auxílio. Privilegiar o envelhecimento bem-sucedido requer também avaliar e antecipar fatores de risco para o declínio cognitivo e diagnosticar precocemente desvios que possam resultar num envelhecimento cognitivo patológico<sup>2</sup>. Considerando que a grande maioria dos idosos são portadores de uma ou mais morbidades, torna-se relevante, além de conhecê-las e tratá-las, verificar seu impacto na capacidade de realizar as atividades cotidianas sem necessitar de auxílio. A alteração na conformação das famílias, hoje mais nucleares, pode trazer sobrecarga a quem é delegado o cuidado ao indivíduo doente, considerando que este não tem com quem dividir a responsabilidade pela

assistência necessária. Este fator aumenta a vulnerabilidade de ambos: ser cuidado e cuidador, gerando ao serviço de saúde demandas que precisam ser bem conhecidas para que sejam atendidas de forma satisfatória. Atualmente, percebe-se as ações da atenção básica centradas no binômio mãe-bebê, em detrimento de estratégias que promovam uma assistência integral aos idosos, ampliando o modelo de atenção à saúde para além do tratamento clínico e de emergência e enfatizando ações preventivas e de reabilitação da saúde. Fica evidente a urgência de se estabelecer um vínculo entre o serviço de saúde, o usuário idoso e sua família/cuidador com o objetivo de identificar e manejar situações que comprometam a saúde de ambos. Nesta perspectiva, o presente estudo propõe avaliação da aplicabilidade de um instrumento especificamente elaborado para a coleta de dados direcionada ao Processo de Enfermagem junto a idosos no contexto da Estratégia de Saúde da Família. **Objetivos:** Realizar pré-teste para avaliar a viabilidade da adoção de um instrumento especificamente elaborado para conhecer a situação de saúde de idosos pertencentes à área de abrangência de uma Estratégia de Saúde de Família em Porto Alegre e, a partir dos resultados, propor sua implantação pelos profissionais deste serviço de saúde. **Método:** A coleta de dados se dará por meio de entrevista através da aplicação de um formulário como técnica de interrogação e exame físico baseados no instrumento construído e validado para o atendimento a idosos pertencentes ao Programa de Saúde da Família baseado na teoria das Necessidades Humanas Básicas desenvolvida por Vanda Horta<sup>3</sup>. A seleção da amostra buscará a escolha de indivíduos típicos em relação à população a ser estudada em um número de vinte idosos. O preenchimento do instrumento deve ocorrer durante visita domiciliar ou consulta de enfermagem. A primeira parte do instrumento corresponde à identificação e tem o objetivo de ajudar a enfermeira a caracterizar o paciente. A segunda parte, Condições Gerais, trata da avaliação das necessidades de regulação térmica e vascular, oxigenação e terapêutica. A terceira parte do instrumento avalia o desempenho do idoso nas Atividades Básicas, Instrumentais e Avançadas de Vida Diária. A quarta parte do instrumento busca avaliar o grau de deterioração das funções cognitivas do idoso. A avaliação se dará através da memória, orientação e capacidade de cálculo, considerando-se importante ressaltar a margem de erro de até dois itens quando o cliente não possui escolaridade formalizada. A quinta parte do instrumento foi constituída contendo a avaliação da situação sócio-familiar. Os itens contemplam diferentes aspectos que vão desde a infra-estrutura da residência do cliente à interação social com outras pessoas e com o meio sendo, esta última, bastante

influenciada pela visão de mundo de cada um. A sexta parte do instrumento traz a avaliação das Necessidades Humanas Básicas a ser realizada a través do registro de dados objetivos e subjetivos. E, por fim, na sétima etapa, foi reservado um espaço para anotações de outros dados de interesse para a enfermagem não contemplados ao longo do instrumento. Após a aplicação do instrumento, as pesquisadoras avaliarão alguns aspectos importantes, tais como: quantidade e ordem das perguntas, clareza e precisão dos termos e presença de ambigüidade. Além destes, acrescentaremos a mensuração do tempo necessário para o preenchimento do formulário e outras questões relevantes que possam surgir. Após análise da viabilidade de adoção do instrumento por parte da equipe da Estratégia de Saúde da Família, as pesquisadoras farão reunião com os profissionais para expor os resultados encontrados e, de acordo com a sua adequação, propor a implantação do instrumento de coleta de dados a todos os idosos pertencentes à área de abrangência da ESF. **Conclusões:** Da coleta destes dados resultará, portanto, um relatório que contribuirá como subsídio para mensurar a dependência e traçar o plano de intervenções. Ficarão registrados para a equipe de saúde os cuidados que poderão ser delegados a um membro da família ou cuidador e aqueles que necessitarão de atenção mais direta dos profissionais. A próxima etapa será a conclusão deste projeto para posterior submissão à apreciação do comitê de ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre para, conforme aceitação ou adequações solicitadas, aplicá-lo na população a ser estudada. Considerou-se como norteador da necessidade de utilização deste instrumento o princípio da Equidade que sugere que pessoas diferentes devam ter acesso a recursos de saúde de acordo com as suas necessidades. A construção de um banco de dados sobre a situação de saúde de idosos pretende contribuir para a primeira etapa do Processo de Enfermagem e promover a qualidade do mesmo, através de uma abordagem que visa à promoção, proteção e reabilitação da saúde do idoso e de seus cuidadores no contexto da saúde coletiva.

**Descritores:** Idoso, Saúde da Família e Saúde Pública.

**Referências:**

1. Duarte AY. Desempenho funcional e demandas assistenciais. In: Lebrão ML, organizador. O projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. p. 255-20.
2. Reis LA, Torres GV, Araújo CC, Novaes LK. Rastreamento cognitivo de idosos institucionalizados no município de Jequié-BA. *Psicol. estud.* 2009;14(2): 295-301.
3. Porto MLL. Construção e validação de um instrumento de coleta de dados para o idoso no Programa de Saúde da família [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2004.

**CONSULTA DE ENFERMAGEM COM PACIENTE IDOSO PORTADOR DE  
FIBROMIALGIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Anderson Borges Ferreira, Bárbara Cristiane Garnize, Vera Portella  
Escola de Enfermagem/Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
barbaracrisgarnize@hotmail.com

Fibromialgia é uma síndrome caracterizada pela dor musculoesquelética difusa pelo corpo, evidenciando-se pontos dolorosos à palpação (*tender points*) e ausência de processos inflamatórios articulares ou musculares. A fibromialgia é desencadeada por múltiplos fatores físicos e emocionais, portanto as pessoas que desenvolvem essa patologia têm necessidade de atendimento amplo. Não existem exames laboratoriais que confirmem o diagnóstico da Fibromialgia, portanto ele é realizado através da exclusão das outras doenças, o que gera desconfiança e insegurança para alguns pacientes comprometendo a adesão ao tratamento que consiste basicamente na mudança de hábitos e costumes, práticas de exercícios físicos e alongamentos diários, atividades que proporcionem relaxamento, associadas ao uso de medicamentos para o manejo da dor. Em se tratando de idosos o problema é intensificado pela presença de outros problemas de saúde comumente encontrados na velhice e a interação de diversos fármacos que são utilizados para o tratamento dos vários problemas de saúde. O objetivo deste trabalho é relatar a experiência vivenciada no Ambulatório de Enfermagem de Tratamento da Dor Crônica no cuidado a pacientes idosos portadores de Fibromialgia. Para fundamentar o relato utilizou-se material científico coletado em bases de dados como SCIELO e LILACS. Foi possível caracterizar, analisar e descrever os fatores que circundam a doença em idosos e seus principais sintomas, realizando assim intervenções mais eficientes durante as consultas de enfermagem abordando aspectos clínicos e psicológicos tendo como resultado melhor qualidade de vida pela minimização das repercussões da doença.

**Descritores:** Idoso, Saúde do Idoso e Enfermagem.

## CONSUMO DE FIBRAS EM POPULAÇÃO IDOSA E ASSOCIAÇÃO COM FATORES DE RISCO CARDIOVASCULARES

Ana Paula Ferreira, Janice Maria da Cunha Culau, Sérgio Sirena, Lena Lima  
Grupo Hospitalar Conceição/Serviço de Saúde Comunitária  
janculau@yahoo.com.br

**Introdução:** O aumento progressivo das Doenças e Agravos Não-Transmissíveis (DANT's) com o avanço da idade, em principal as Doenças Cardiovasculares (DCV), nos indica a necessidade de estudar a população idosa. Mudanças simples e de baixo custo, como dos hábitos alimentares, associam-se a bons resultados nos desfechos das DCV. A quantidade de fibras ingeridas, derivadas de frutas, vegetais e cereais integrais, é um indicador da qualidade da dieta de um idoso. **Objetivo:** Avaliar o consumo de fibras e associar com os fatores de risco cardiovasculares. Metodologia: O estudo foi feito através de entrevistas com questionário previamente estabelecido, inquéritos dietéticos e aferição antropométrica, em usuários, com 60 anos ou mais, cadastrados em unidade de saúde, selecionados aleatoriamente. **Resultados:** Foram estudados 58 idosos, dos quais 41 eram mulheres. O consumo médio de fibras foi de 10,9g/dia, sendo que 88% da amostra consome menos do que a recomendação de 20g/dia, com diminuição no consumo de frutas, vegetais e cereais integrais conforme a idade avança. Dois ou mais fatores de risco estavam presentes em 48% da amostra. A associação entre o consumo de fibras e os fatores de risco não se mostrou significativa. **Conclusão:** O baixo consumo geral de fibras pelos idosos estudados e a alta prevalência de fatores de risco cardiovasculares demonstra a importância de ações mais efetivas voltadas a essa faixa etária. A prevenção dos eventos cardíacos e suas seqüelas através de práticas saudáveis, como alimentação e atividade física, devem ser continuamente trabalhadas, de forma multidisciplinar nas equipes de saúde e planejadas em nível estadual e federal.

**Descritores:** fibra alimentar, idoso, doenças cardiovasculares.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM IDOSO COM MÚLTIPLAS PATOLOGIAS: ESTUDO DE CASO

Ingrid de Souza Pinheiro, Elisandra Leites Pinheiro, Luccas Melo de Souza  
Universidade Luterana do Brasil, campus Gravataí

**Introdução:** O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, que ocorre<sup>(1)</sup> de forma radical e acelerada. Projeções apontam que, em 2020, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos, com um contingente superior a 30 milhões de pessoas. Com isso, a modificação da prevalência e incidência das doenças crônicas, inserido num contexto social, torna-se um desafio para o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem ao paciente idoso, destacando-se a multiplicidade de problemas de saúde coexistentes, tais como hipertensão, diabetes, asma, reumatismo, problemas relacionados a visão, circulação, estresse e depressão, entre outros<sup>(2)</sup>. Assim, neste cenário, faz-se necessário um cuidado de enfermagem integral e sistematizado, devido a complexidade e necessidades de atendimento, grande parte das vezes, relacionadas às patologias adquiridas pelo paciente idoso. Nesse cenário, o Processo de Enfermagem torna-se importante para um atendimento completo. A anamnese e o exame físico, quando coletados de forma correta, dão subsídios para a realização dos diagnósticos de enfermagem, bem como implementação do cuidado sistematizado de enfermagem, a fim de auxiliar e incentivar o paciente à busca de uma vida com qualidade. **Objetivo:** Aplicar as etapas do Processo de Enfermagem a um idoso com Insuficiência Renal Crônica, Diabetes Mellito e Hipertensão Arterial Sistêmica, a fim de promover um cuidado de enfermagem sistematizado, científico e humanizado. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de caso, abordagem apropriada para documentar situações particulares, útil para ser aplicada na assistência integral de enfermagem e no processo de ensino e aprendizagem<sup>(3)</sup>. A coleta de dados foi realizada em um hospital do Sistema Único de Saúde de Porto Alegre, através de informações colhidas por meio das etapas do Processo de enfermagem, a partir da anamnese e exame físico junto ao paciente, bem como de dados coletados no prontuário do mesmo. **Resultados: Histórico de enfermagem:** J.O.S., 85 anos, masculino, viúvo, residente em Porto Alegre/RS, internou no hospital em outubro de 2009 para investigação de suspeita de broncopneumonia, não confirmada. Paciente relata tabagismo por 30 anos, cessado há 37 anos. Portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica há 6 anos, nefropatia diabética há 3 anos,

desencadeando insuficiência renal crônica. Realiza hemodiálise há dois 2 anos e 6 meses, através de fístula arteriovenosa (FAV) no antebraço esquerdo (E). Paciente refere ter realizado tratamento cirúrgico de colecistectomia há 20 anos. Tem uma vida saudável, nega alergias e etilismo. **Medicamentos e fluxograma de exames:** A farmacoterapia na internação é específica às patologias do paciente, tais como cloridrato de metoclopramida, paracetamol, dipirona sódica, omeprazol, cloridrato de ranitidina, levofloxacino, insulina regular humana, cloridrato de propranolol, complexo B, ácido acetilsalicílico e cloridrato de fluoxetina. O fluxograma de exames apresentou significativas alterações, por se tratar de um paciente renal. Os níveis das células vermelhas (hematócrito (28,10%), hemoglobina (8,70 g/dL), eritrócitos (3,95 u/L), VCM (71,13 fL), HCM (22,02 pg/cel) e CHCM (30,96%)) estavam consideravelmente inferiores aos seus valores de referência. O responsável é um hormônio denominado eritropoetina secretado pelo rim funcionante, que se liga as moléculas da hemoglobina, auxiliando na mitose das células sanguíneas. Na bioquímica do sangue, o potássio (5,2 mmol/L) e creatinina (5,2 mg/dL) estavam aumentados, pois estes componentes são metabolizados e secretados nos rins, que no caso do paciente está comprometido. **Evolução de enfermagem:** Dados Subjetivos - Paciente refere sentir-se bem, sono tranquilo, aceitar bem via oral e ausência de dor, estando a par de sua situação de saúde. Sem queixas. Dados Objetivos: Paciente em bom estado geral, comunicativo, deambula sem auxílio, lúcido, orientado auto-alopsiquicamente, coerente, conjuntivas palpebrais úmidas e cordas. Crânio simétrico, couro cabeludo íntegro. Pupilas isocóricas e fotorreagentes. Cavidades nasal e oral íntegras. Ausência de linfonodos submentonianos palpáveis. Pressão arterial: 130/60 mmHg no membro superior direito (D), pulso periférico: 62 bpm, frequência ventilatória: 14 ivpm, Temperatura axilar.: 35,5° C. Dor: ausente, Saturação parcial de O<sub>2</sub>: 100%. Tórax simétrico. Ausculta cardíaca: ritmo regular em 2 tempos. Ausculta pulmonar: murmúrios vesiculares uniformemente distribuídos, eupnéico em ar ambiente. Abdome flácido, normotenso e indolor à palpação, sons timpânicos. Ruídos hidroaéreos presentes. Presença de cicatriz que se estende do hipocôndrio D a flanco D. Dorso íntegro. Membros superiores aquecidos e perfundidos. Acesso venoso periférico flexível salinizado em antebraço D. Fístula arteriovenosa funcionante em antebraço E. Aneurismas em veias do antebraço E. Eliminação fecal presente. Membros inferiores aquecidos, perfundidos e sem edema. Conduta - Oriento paciente sobre controle da ingesta hídrica, alimentação, pressão arterial e glicemia. Realizo troca de curativo do acesso venoso flexível e retiro cateter nasal. **Diagnósticos de**

**Enfermagem:** Após a etapa de investigação, foram identificados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem<sup>(4)</sup>: 1)Risco de infecção: procedimentos invasivos; 2)Risco de glicemia instável: controle de medicamentos e falta de adesão ao controle de diabetes; 3) Risco de desequilíbrio eletrolítico: disfunção renal; 4)Disposição para aumento do autocuidado devido a expressar desejo de aumentar o autocuidado; 5) Disposição para comunicação aumentada devido a expressar satisfação com a capacidade de idéias com terceiros; 6) Disposição para sono melhorado devido a expressar sentir-se descansado após o sono; 7) Disposição para aumento de tomada de decisão devido a manifestar desejo de fortalecer a tomada de decisão; 8) Disposição para nutrição melhorada devido a expressar conhecimento sobre escolhas alimentares saudáveis. **Intervenções de Enfermagem:** As principais intervenções de enfermagem são<sup>(5)</sup>:

1)Assegurar o manuseio asséptico de todas as linhas endovenosas (acesso venoso periférico); 2)Monitorar os níveis de glicose sanguínea conforme prescrição médica; 3) Monitorar manifestações de desequilíbrio de eletrólitos, bem como administrar líquidos quando apropriado; 4) Encorajar a independência do paciente na realização das atividades normais da vida diária de acordo com seu nível de capacidade; 5)Oferecer escuta terapêutica ao paciente quando em contato para os cuidados de enfermagem; 6)Orientar o paciente a evitar ingerir, próximo da hora de dormir, alimentos e bebidas que interfiram no sono. 7)Informar o paciente sobre enfoque ou soluções alternativas. 8)Determinar a capacidade do paciente para satisfazer suas necessidades nutricionais.

**Considerações Finais:** O estudo de caso apresentou as características, definições e os cuidados de enfermagem. É de extrema importância a conscientização do paciente e seus familiares quanto aos cuidados prestados e o quão importante é a inserção deste na sociedade. Os cuidados de enfermagem devem estar voltados à orientação do paciente e equipe, assim como o auxílio em suas atividades rotineiras, estimulando-o a desenvolver o autocuidado. O estudo possibilitou associar teoria com a prática, bem como proporcionou um cuidado adequado e integral ao paciente por meio do Processo de Enfermagem.

**Descritores:** enfermagem, idoso, processo de enfermagem

**Referências:**

1. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2009;43(3):548-54.
2. Chaimowcz, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. Revista de Saúde Pública [Internet]. 1997;31(2):184-200.
3. Goldim JR. Manual de Iniciação à pesquisa em Saúde. Porto Alegre: Dacasa; 2000.

4. Nanda Internacional - Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007-2008/ North American Nursing Diagnosis Association. Tradução: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed; 2008.
5. Dochterman JM, Bilecheck, GM. Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC). 4 ed. Artmed: Porto Alegre; 2008.

## **PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO DA ENFERMAGEM SOBRE SAÚDE DO IDOSO À LUZ DA ABORDAGEM FENOMENOLÓGICA**

Diego Schaurich, Maria da Graça Oliveira Crossetti, Stela Maris de Mello Padoin, Hilda Maria Barbosa de Freitas, Cláudia Zamberlan

**Introdução:** a saúde do idoso, atualmente, desperta interesse de pesquisadores, profissionais de saúde e governantes em virtude do aumento da expectativa de vida da população. Assim, faz-se premente que as instituições acadêmicas acompanhem estas transformações e produzam conhecimentos relevantes contribuindo com questões relacionadas à promoção da saúde e prevenção de agravos, sem descuidar dos aspectos assistenciais, de tratamento e reabilitação. **Objetivo:** caracterizar a produção do conhecimento da enfermagem acerca da saúde do idoso desenvolvido à luz da abordagem fenomenológica. **Metodologia:** estudo bibliográfico realizado nos catálogos do CEPEn e Banco de Teses da CAPES. As variáveis foram: ano de defesa, tipo de estudo, Instituição de Ensino Superior (IES), sujeitos de pesquisa e referencial filosófico. **Resultados:** localizou-se 17 estudos (13 dissertações e quatro teses), sendo o primeiro datado de 1993. Das 10 IES que produziram trabalhos sobre a temática na abordagem fenomenológica, destacam-se: UERJ, USP/Ribeirão Preto e UFBA. Quanto aos sujeitos pesquisados, encontrou-se que os idosos/as foram os principais (nove estudos), seguidos pelos cuidadores familiares/leigos e enfermeiros/as (quatro cada). Em relação ao referencial filosófico demonstra-se que Alfred Schütz foi utilizado em cinco trabalhos, Martin Heidegger em quatro, Merleau-Ponty e Viktor Frankl em um estudo cada, e seis estudos não referiram utilização de referencial. **Conclusões:** considerando-se apenas o conhecimento *stricto sensu* desenvolvido à luz da fenomenologia, as dissertações/teses localizadas são representativas da produção da enfermagem brasileira. Identificou-se mais defesas de dissertações do que teses e a UERJ destaca-se dentre as IES. Como a abordagem fenomenológica privilegia as vivências/experiências do ser no seu mundo-vida, ter encontrado que os próprios idosos foram os principais sujeitos de pesquisa é algo

natural, sendo Alfred Schütz o principal referencial em virtude de considerar os aspectos relacional-sociais.

**Descritores:** Enfermagem, Pesquisa em Enfermagem, Saúde do Idoso.

# *Sistematização da Assistência de Enfermagem*

---

---

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM FADIGA EM PACIENTES ONCOLÓGICOS: VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DAS CARACTERÍSTICAS DEFINIDORAS

Priscila de Oliveira da Silva, Maria Isabel Pinto Coelho Gorini

Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

prisilva@hcpa.ufrgs.br

**Introdução:** O Diagnóstico de Enfermagem (DE) Fadiga está incluído na terminologia diagnóstica proposta pela NANDA Internacional (NANDA-I)<sup>1</sup>. A inclusão deste DE aconteceu na Taxonomia I da NANDA-I em 1988, sendo definido como sensação constante de sobrecarga de exaustão e diminuição da capacidade para o trabalho físico e mental<sup>2</sup>. Este diagnóstico foi revisado em 1998 e algumas alterações foram feitas no seu conceito. Sendo assim, a NANDA-I apresenta a seguinte definição para o DE Fadiga: “uma sensação opressiva e sustentada de exaustão e de capacidade diminuída para realizar trabalho físico e mental no nível habitual”<sup>1</sup>. Embora o DE Fadiga seja prevalente nos pacientes oncológicos, observa-se que há dificuldade em identificá-lo, o que pode ter influência na eficácia do tratamento assim como na qualidade de vida deste paciente. A necessidade em realizar estudos de validação das Características Definidoras (CD) deste DE foi constatada numa revisão bibliográfica<sup>3</sup> realizada com o objetivo de buscar como a produção científica de Enfermagem Oncológica tem abordado a fadiga, associando-a com as características definidoras apontadas pela NANDA e identificando as intervenções de Enfermagem que têm sido realizadas para sua prevenção e/ou tratamento nessas publicações, associando-as às intervenções citadas pela NIC. A validação das CDs do DE Fadiga foi relatada em um estudo realizado por professores da Universidade de Missouri-Columbia<sup>4</sup>. Os autores utilizaram como método a análise estatística multivariada dos dados dos instrumentos preenchidos. Para isso foram utilizadas as escalas Revised Piper Fatigue Scale e Schwartz Measurement of Fatigue, em quatro grupos de mulheres saudáveis. Então, devido à carência de estudos de validação do DE Fadiga em pacientes oncológicos, optou-se por realizar, nesta pesquisa, a validação de conteúdo das CDs deste diagnóstico. Dentre as metodologias utilizadas para validação de CDs dos DEs, o método proposto por Fehring<sup>5</sup> é o mais utilizado, o qual propõe metodologias de validação de conteúdo, clínica e diferencial. Diante do exposto, surge a seguinte questão: As Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga, descritas pela NANDA-I<sup>1</sup>, são reconhecidas por enfermeiros como adequadas aos

pacientes brasileiros com câncer? Visto que estabelecer um DE acurado possibilita que sejam implementadas intervenções adequadas, este estudo torna-se relevante pois irá fornecer subsídios para que o DE Fadiga seja estabelecido de forma acurada, proporcionando que um cuidado qualificado e direcionado aos reais problemas, vivenciados pelo paciente com câncer, seja realizado. Os benefícios, propostos com a realização deste estudo, estão relacionados à promoção da sistematização da assistência de enfermagem ao paciente oncológico, permitindo um cuidado integral bem como o aperfeiçoamento e aprimoramento dos conhecimentos referentes aos DEs além de proporcionar maior clareza na identificação das CDs e o estabelecimento do DE acurado. **Objetivo:** Validar as Características Definidoras do Diagnóstico de Enfermagem Fadiga, descritas pela NANDA-I<sup>1</sup>, em pacientes adultos oncológicos. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal e descritivo do tipo validação de conteúdo (DCV), proposto por Fehring<sup>5</sup>. Esta pesquisa será realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), uma vez que nesta instituição o Processo de Enfermagem está implementado desde a década de 80, tendo como base teórica a teoria das Necessidades Humanas Básicas de Horta. Atualmente, o HCPA tem implementado o Processo de Enfermagem informatizado. Para validar as CDs serão selecionados enfermeiros que prestem assistência ao paciente oncológico nas Unidades de Internação Clínica, Cirúrgica, Unidade de Ambiente Protegido, Quimioterapia e Radioterapia. Para delimitação da amostra, será utilizado o método de seleção de peritos, proposto por Fehring<sup>5</sup> para DCV, o qual sugere que a amostra seja constituída por, no mínimo, 50 peritos, associada à amostragem não probabilística intencional. Cabe salientar que o tamanho dessa amostra está relacionado à disponibilidade dos profissionais que preencham os critérios para ser perito. Quanto aos critérios de seleção utilizados para este estudo, houve adaptação do Modelo proposto por Fehring<sup>5</sup>. O instrumento para coleta dados foi subdividido em quatro partes: a primeira, contendo a apresentação da pesquisa, seus objetivos, aspectos éticos e orientação para preenchimento; na segunda parte, os sujeitos deverão preencher seus dados pessoais com informações referentes aos critérios já estabelecidos para a seleção de peritos; terceira apresenta a descrição do DE Fadiga; e, por fim, uma escala tipo Likert, contendo as 19 CDs do diagnóstico estudado descritas pela NANDA-I<sup>1</sup> e uma CD acrescentada após revisão da literatura, suas definições conceituais e espaço para atribuição de valor correspondente a cada uma delas (de 1 a 5, conforme julgamento dos peritos). A análise das variáveis relacionadas aos dados pessoais dos sujeitos, será utilizada estatística descritiva. Os

dados relacionados às características definidoras, sofrerão cálculos de frequência e média, assim como desvio-padrão, para indicar a variabilidade dos dados. Para a análise das CDs, será calculada a média ponderada das notas, atribuídas pelos enfermeiros, para cada característica definidora, em que se consideram os seguintes valores referentes à escala Likert: 1=0; 2= 0,25; 3= 0.50; 4= 0,75; 5=1. Os valores inferiores a 0,50 serão descartados e as CDs com média ponderada e 0.80 serão considerados como indicadores principais, ou seja, características que devem estar presentes para validar o diagnóstico, afirmando que o diagnóstico realmente existe<sup>40</sup>. Já as CDs com média ponderada < 0.80 e > 0.50 como indicadores secundários, as quais são características que oferecem uma evidência secundária, de apoio do diagnóstico<sup>40</sup>. A seguir, um escore VCD total será obtido por meio da soma dos escores individuais e divisão pelo número total de CDs do diagnóstico, excluindo-se as com média ponderada d 0.50<sup>41</sup>. Para tratamento dos dados, será utilizado o programa Microsoft Office Excel 2003. Este projeto segue todos os aspectos éticos e legais de pesquisa com seres humanos, conforme Resolução nº196/96 do CNS. Os participantes que concordarem em participar do estudo assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se, em algum momento do estudo, os participantes solicitarem informações adicionais, estas serão fornecidas pela pesquisadora. Caso algum participante tenha algum desconforto em responder ao instrumento de pesquisa, o mesmo poderá desistir do estudo a qualquer momento. **Resultados e Conclusões:** Este projeto está em fase de coleta de dados, não havendo resultados até a presente data.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Fadiga, Enfermagem Oncológica.

**Referências:**

1. NANDA Internacional. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificações, 2009-2011. Porto Alegre: ARTMED, 2010.
2. Farias JN, Nóbrega MML, Pérez VLAB, Coler MS. Diagnósticos de Enfermagem. Uma abordagem Conceitual e Prática. João Pessoa: Impressão das oficinas da gráfica Santa Marta; 1990.
3. Menezes MFB, Camargo TC. A fadiga relacionada ao câncer como temática na enfermagem oncológica. Rev Latino-am Enfermagem, 2006 mai/jun; 14(3): 442-7.
4. Fu M, LeMone P, McDaniel RW, Bausler C. A Multivariate Validation of the Defining Characteristics of Fatigue. Nursing Diagnosis 2001 jan-mar; 12(1): 15-27.
5. Fehring RJ. Methods to validate nursing diagnoses. Heart & Lung, 1987 nov; 16(6): 625-29.

## DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA UMA ABORDAGEM INTEGRAL AO PACIENTE COM FIBROMIALGIA: ESTUDO DE CASO

Sharlene Teixeira de Souza, Aline dos Santos Duarte, Bibiana Fernandes Trevisan,  
Verônica Fontoura Mendes Riveiro

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

sharlenetei@hotmail.com

**Introdução:** A Síndrome Fibromiálgica é uma doença que evoca inúmeros questionamentos tanto por parte da equipe de saúde, quanto em meio aos portadores do distúrbio. Este fato deve-se às incertezas que permeiam o diagnóstico dada a inexistência de um exame específico e à evolução do quadro álgico que tende à cronicidade influenciando diferentes aspectos da vida do indivíduo. Durante o estágio curricular de enfermagem no Ambulatório de dor crônica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), teve-se a oportunidade de conhecer uma portadora da Síndrome Fibromiálgica, que teve sua vida transformada pelo desenvolvimento da doença. A partir dos achados e análise do caso, buscou-se estabelecer um plano de ação de enfermagem que contemple os diferentes aspectos prejudicados pela presença da dor.

**Método:** Trata-se de estudo de caso. O **objetivo** é descrever, entender, avaliar e explorar essa situação determinando os fatores causais e estabelecendo ações. A paciente em estudo é aderente às consultas do Ambulatório de Enfermagem do Idoso Com Dor Crônica Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). As consultas de enfermagem do serviço têm o objetivo de identificar e manejar as diferentes situações envolvidas no processo de adoecimento do adulto ao longo das etapas do desenvolvimento da patologia. Os dados foram coletados através de consulta de enfermagem e pesquisa no prontuário da paciente. Após revisão bibliográfica e análise do caso, realizou-se busca na North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem adequados à paciente em questão e, através da Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), buscou-se sugerir intervenções de enfermagem com suas respectivas atividades para manejar o quadro álgico e suas implicações. **Resultados:** O diagnóstico Dor Crônica é definido como uma experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão de início súbito ou lento, intensidade leve ou intensa, constante ou recorrente, sem um término antecipado ou previsível e com duração de mais de seis meses. Relacionada à incapacidade

física/psicossocial crônica evidenciada por relato verbal de dor. Como intervenção de enfermagem considerou-se adequada Administração de Analgésicos através das seguintes atividades: orientar sobre a satisfação das necessidades de conforto e a realização de outras atividades que auxiliem no relaxamento, a fim de facilitar a resposta analgesia; estabelecer expectativas positivas quanto à eficácia dos analgésicos de modo a otimizar a resposta do paciente e orientar o paciente sobre a utilização de medicamento antes que a dor fique mais forte. Acrescentou-se a intervenção Controle da Dor através de: usar estratégias terapêuticas de comunicação para reconhecer a experiência de dor e transmitir aceitação da resposta do paciente a ela; determinar o impacto da dor sobre a qualidade de vida (p.ex. sono, apetite, etc.) e investigar com o paciente os fatores que aliviam/pioram a dor. Prescreveu-se também a Promoção do Exercício (Alongamento) através de: auxiliar o paciente a investigar as próprias crenças, a motivação e o nível de aptidão neuromusculoesquelética; orientar uma rotina de exercícios no grupo de articulações/músculos que estejam menos doloridos ou enrijecidos e, gradativamente, para aqueles mais restritos; orientar o paciente a monitorar a tolerância ao exercício (p. ex. presença de certos sintomas como falta de ar, pulso rápido, palidez, leve dor de cabeça, e dor ou edema articular/muscular), durante o exercício. Pode-se intervir também com Aplicação de calor/frio através das atividades: explicar o uso de calor ou frio, a justificativa do tratamento e a maneira como ele afetará os sintomas do paciente; orientar as contra-indicações ao frio ou ao calor, como sensibilidade diminuída ou ausente, circulação diminuída e capacidade para comunicar-se reduzida; determinar a disponibilidade e as condições de segurança de todo o equipamento utilizado para a aplicação de calor ou frio; orientar o paciente a aplicar frio/calor diretamente sobre o local afetado ou próximo a ele, se possível. É possível realizar o Controle do Ambiente através das atividades: orientar o paciente a criar um ambiente seguro e orientar o paciente a evitar exposição às correntes de ar, calor excessivo ou frio desnecessários. O Isolamento social refere-se à interação social e, no caso desta paciente, foi extremamente prejudicada pela presença de dor. Esta situação é freqüentemente observada em pacientes com dor crônica já que o sintoma provoca no doente mecanismos de fuga de situações que podem desencadear a dor. O diagnóstico está relacionado a fatores que contribuem para a ausência de relacionamentos pessoais satisfatórios evidenciados por ausência de pessoas significativas que dêem apoio. Como intervenção sugere-se Aconselhamento através de: estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito; auxiliar

o paciente a listar e priorizar todas as possíveis alternativas ao problema; auxiliar o paciente a identificar pontos fortes e reforçá-los; encorajar o desenvolvimento de novas habilidades conforme apropriado. Pode-se intervir também através da Melhora da auto-estima com as atividades: monitorar as afirmações do paciente em relação à auto-estima; encorajar o contato visual na comunicação com os outros; encorajar e reforçar pontos pessoais positivos identificados pelo paciente; evitar críticas negativas; auxiliar no estabelecimento de metas realistas para alcançar uma auto-estima maior; investigar as razões da culpa e da autocrítica; encorajar o paciente a aceitar novos desafios. O aumento da socialização pode ser promovido através das atividades: encorajar maior envolvimento nas relações já estabelecidas; encorajar as relações com pessoas que tenham interesses e metas comuns; auxiliar o paciente a aumentar a percepção dos seus pontos fortes e das suas limitações na comunicação com os outros; encorajar o paciente a mudar de ambiente, como sair para caminhar ou ir ao cinema e investigar os pontos fortes e as fraquezas da atual rede de relacionamentos do paciente. A paciente relata aumento de peso devido à ingesta exagerada de alimentos calóricos como pães brancos e doces. Relacionado a este quadro, identificou-se Nutrição Desequilibrada (mais do que as necessidades corporais). O desequilíbrio está relacionado à ingesta excessiva em relação às necessidades metabólicas evidenciada por comer em resposta a estímulos internos, a ansiedade, que não a fome. Pode-se intervir através de Aconselhamento nutricional por meio das atividades: estabelecer metas realistas a curto e a longo prazo em relação à mudança no estado nutricional; oferecer informações, quando necessário, sobre a necessidade de saúde para a modificação da dieta: perda de peso, aumento de peso, restrição de sódio, redução de colesterol, restrição de líquidos, etc; discutir as preferências e os alimentos de que o paciente não gosta; avaliar o progresso das metas de modificação alimentar a intervalos regulares; elogiar os esforços para alcançar as metas. Pode-se utilizar a intervenção: Assistência para perder peso através das atividades: Determinar o desejo e a motivação do paciente para reduzir o peso ou a gordura corporal; determinar com o paciente a quantidade desejada de peso a ser reduzida; estabelecer um plano realista com o paciente, de modo a incluir uma ingestão menor de alimentos e um aumento de gasto de energia; determinar os padrões alimentares atuais, fazendo o paciente manter um diário do que come, bem como de quando e onde come; Encorajar a substituição de hábitos indesejáveis por hábitos favoráveis; controle do peso; determinar a porcentagem de gordura corporal ideal para o paciente; encorajar o paciente a ingerir quantidades diárias de água

adequadas. **Conclusões:** A experiência de associar os achados da literatura com o quadro da paciente e, a partir desta relação, buscar os diagnósticos e intervenções de enfermagem adequados, promove um exercício à prática da assistência integral aos portadores da Síndrome Fibromiálgica. Percebe-se uma limitação neste estudo relacionada ao curto período em campo de estágio o que impossibilitou o acompanhamento mais a longo prazo para a aplicação de todas as intervenções elencadas e avaliação dos resultados de enfermagem.

**Descritores:** Fibromialgia, Diagnóstico de Enfermagem e Ambulatório Hospitalar.

**PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA RENAL CRÔNICA EM HEMODIÁLISE:  
DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESTABELECIDOS DURANTE A  
SESSÃO HEMODIÁLITICA**

Jessica Dallé, Amália de Fátima Lucena

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

jessicadalle@gmail.com

**Introdução:** O Processo de Enfermagem (PE) é uma metodologia para o planejamento e a execução do cuidado de enfermagem. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) o Processo de Enfermagem é utilizado há mais de 30 anos e é constituído de cinco etapas: histórico de enfermagem composto por anamnese e exame físico, Diagnóstico de Enfermagem (DE), prescrição dos cuidados, implementação e evolução. Os DEs inseridos no sistema informatizado do HCPA desde 2000, tem como base o vocabulário da taxonomia diagnóstica da *North American Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) e o modelo teórico de Wanda de Aguiar Horta. Já os cuidados de enfermagem relativos à etapa de prescrição de enfermagem se baseiam na literatura da área, na prática clínica das enfermeiras do hospital e, mais recentemente, nas intervenções e atividades descritas na *Nursing Interventions Classification* (NIC) <sup>(1, 2)</sup>. Todavia, na unidade de hemodiálise ainda não se realizam as etapas de DE e prescrição de enfermagem. **Objetivos:** Estabelecer os DEs de acordo com a NANDA-I em pacientes hospitalizados portadores de Insuficiência Renal Crônica (IRC), durante a sessão de hemodiálise, bem como descrever os cuidados de enfermagem para os mesmos. **Método:** Pesquisa de coorte histórica, realizada em duas etapas: na primeira, foram analisados os dados coletados

em prontuários eletrônicos e manuais; na segunda, os dados analisados foram submetidos à opinião das enfermeiras da Unidade de Hemodiálise, de forma a se obter consenso quanto aos DEs. Na seqüência, elencou-se os cuidados de enfermagem para os DEs identificados de acordo com sistema informatizado de prescrição de enfermagem do HCPA, complementado pelas intervenções da NIC. A pesquisa teve como população os pacientes hospitalizados em unidades clínicas e cirúrgicas adultas do HCPA, com diagnóstico médico de IRC, que realizaram sessões de hemodiálise durante sua internação, considerando-se o período de janeiro a dezembro de 2008. A amostra compreendeu 98 prontuários eletrônicos e manuais de pacientes selecionados de forma sistemática, alocando-se os múltiplos de três, considerando-se uma lista de 378 pacientes com seus respectivos números de prontuários. Esta amostra foi calculada considerando-se um intervalo de confiança de 95% e erro absoluto de 10%. A coleta de dados ocorreu nos prontuários, de forma retrospectiva, com foco nas três últimas evoluções de enfermagem referentes às sessões de hemodiálise. A pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ/EEUFRGS) e pelo Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação (GPPG) do HCPA. **Resultados:** Na amostra estudada, a idade média dos pacientes foi de 51 ( $\pm 14$ ) anos, sendo a idade mínima de 17 e máxima 77 anos. Houve predomínio do sexo masculino (67,3%) contra 32,7% do sexo feminino. Quanto à unidade de internação, 60 (61,2%) pacientes internaram em unidades cirúrgicas e 30 (38,8%) internaram em unidades clínicas do HCPA. A mediana de tempo de internação dos pacientes foi de 17 dias; (10,7 no percentil 25 e 30,2 no percentil 75), com um mínimo de 4 e máximo de 88 dias de internação. Dos pacientes com IRC estudados, identificou-se que 43 (43,9%) eram transplantados renais, sendo 29 pacientes (43,9%) do sexo masculino e 14 (43,8%) do sexo feminino. A média de idade dos pacientes transplantados foi de 44,58 ( $\pm 12,9$ ) anos, enquanto a média de idade dos demais foi de 55,95 ( $\pm 12,0$ ) anos. Essa correlação entre transplante renal e idade apresentou significância estatística ( $p=0,000$ ), ou seja, a média de idade é menor no grupo que realizou transplante renal. O motivo de internação mais freqüente, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID), descrito no prontuário do paciente foi por outras doenças renais, o que incluiu a realização de transplantes renais e/ou complicações dele, nefropatias, doença renal policística, glomerulonefrite membranosa, pielonefrite crônica, etc. Entre as comorbidades apresentadas pelos 98 pacientes da amostra, 55 (56,1%) apresentaram HAS e 22 (22,4%) DM. Estas duas comorbidades foram analisadas separadamente

das outras, devido a sua alta prevalência. Ainda em relação às comorbidades, 35 (35,7%) dos pacientes não apresentaram outras comorbidades além de HAS e/ou DM; 17 (17,3%) possuíam doenças cardiovasculares, 13 (13,3%) outras doenças renais, 10 (10,2%) neoplasias, 8 (8,2%) outros motivos (doenças oftalmológicas e hérnias) e doenças hepáticas, 4 (4,1 %) doenças da tireóide e 3 (3,1%) doenças pulmonares. Na segunda etapa do estudo, analisou-se um total de 294 evoluções de enfermagem do período trans-hemodiálise. A mediana foi de 6 (3,0 -9,0) evoluções por pacientes, sendo o mínimo de 3 e máximo de 30 evoluções. O foco da análise das evoluções de enfermagem foi a identificação de sinais e sintomas descritos no período trans hemodiálise e o sintoma mais freqüentemente encontrado nas últimas três evoluções de enfermagem do paciente foi a hipotensão (49%), seguida pela hipertensão (45,9 %), mucosas descoradas (38,8%), edema (24,5%), dor lombar (13,3%), hipoglicemia (11,2%), náuseas (10,2%), secreção em cateter (8,2 %), calafrios (6,1%), hiperglicemia (4,1%), taquicardia e taquipnéia (3,1%), cãibras (2%) e hematoma em fístula arterio-venosa (1%). Uma vez identificados os sinais e sintomas nas evoluções de enfermagem se estabeleceram os DEs possíveis, de acordo com a classificação diagnóstica da NANDA-I (2010). Os DEs reais estabelecidos com base nos sinais e sintomas foram: volume de líquidos excessivo, náusea, dor aguda e hipotermia. Os DEs de risco estabelecidos foram: risco para infecção, risco para glicemia instável, risco de desequilíbrio eletrolítico e risco de desequilíbrio de volume de líquidos. Após o estabelecimento dos DEs, foram descritos os cuidados de enfermagem (intervenções/atividades) para os DEs estabelecidos de acordo com as informações contidas no sistema informatizado do HCPA, e com as intervenções de enfermagem sugeridas pela NIC, tendo-se por base o capítulo da associação das mesmas aos diagnósticos da NANDA-I <sup>(2)</sup>. **Conclusões:** Foram estabelecidos seis DEs para o trans hemodiálise de pacientes com IRC de acordo com a classificação da NANDA-I (2010) <sup>(3)</sup>: volume de líquidos excessivo; náusea; dor aguda; risco para infecção; risco para glicemia instável; risco de desequilíbrio eletrolítico; risco de desequilíbrio de volume de líquidos. O estabelecimento destes DEs permitiu a identificação das intervenções de enfermagem direcionadas para as reais necessidades desses pacientes, o que possibilitará a elaboração de um plano de cuidados de enfermagem preciso e eficiente, prevendo as possíveis complicações que podem ocorrer e os cuidados para evitá-las ou tratá-las. O uso dos DEs é fundamental para a enfermagem, pois é uma atribuição exclusiva do enfermeiro e a sua execução proporciona melhores condições de planejamento e qualificação do cuidado ofertado, além de melhorar a comunicação

entre enfermeiros e entre a equipe multiprofissional e contribuir para o desenvolvimento da profissão. Este estudo também pode, por meio dos seus resultados, contribuir para a implementação do PE na íntegra na unidade de hemodiálise do HCPA e na complementação do sistema informatizado do hospital, afim de qualificar cada vez mais a assistência prestada pela enfermagem.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Diálise Renal, Insuficiência Renal Crônica.

**Referências:**

1. Lucena AF, Barros, ALBL. Nursing Diagnoses in a Brazilian Intensive Care Unit. International Journal of Nursing Terminologies and Classifications. 2006 ; 17(3): 139-146.
2. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
3. North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2009-2011. Porto Alegre: Artmed, 2010.

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE  
SUBMETIDO A PUNÇÃO-BIÓPSIA HEPÁTICA**

Beatriz C. Juchem, Letícia S. dos Santos, Sabrina C. J. Timponi, Simone C. Rosales  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
sjohansson@hcpa.ufrgs.br

**Introdução:** Através do Processo de Enfermagem (PE) e da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é possível oferecer um cuidado individualizado que atenda às necessidades do paciente, por meio da coleta de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação<sup>(1)</sup>. O presente estudo relata a experiência de assistência de enfermagem a pacientes submetidos a punção-biópsia hepática (PBH) orientada por exames de imagem, que constitui procedimento invasivo freqüente em Unidades de Radiodiagnóstico. A punção-biópsia hepática consiste na retirada de pequena amostra de tecido do fígado para ser examinada em laboratório. O procedimento geralmente é guiado por ecografia, com anestesia local ou, conforme a idade e condições do paciente, sob anestesia geral. A retirada do material para análise é feita através de agulha especial acoplada a uma pistola pneumática. O exame é indicado na investigação de patologias como câncer, doenças inflamatórias ou infecciosas, bem como rejeição de órgão transplantado. O preparo para o exame inclui jejum total de 6 horas e resultados de provas de coagulação sanguínea (plaquetas, TP e KTTTP) em níveis seguros para a realização do

procedimento. Medicações do tipo anticoagulantes devem ser suspensas nos 7 dias que precedem o exame. Complicações incluem infecção, reflexo vaso-vagal e hematoma intraparenquimatoso<sup>(2)</sup>. Na Unidade de Radiologia do HCPA são realizadas cerca de 80 PBH mensalmente e, no caso dos pacientes de ambulatório, cabe à equipe de enfermagem o preparo, auxílio na realização do exame e recuperação do paciente até a liberação para o domicílio, cerca de quatro horas após o procedimento.

**Objetivo e método:** Descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem aos pacientes ambulatoriais submetidos a PBH no Serviço de Radiologia do HCPA através de estudo de caso. Os aspectos éticos foram respeitados, mantendo-se a confidencialidade da identificação do cliente. **Apresentação do caso:** Na admissão do paciente foi realizada a anamnese e exame físico pelo enfermeiro, evidenciando-se os seguintes dados mais relevantes: AFS, masculino, 54 anos, procedente de Porto Alegre, compareceu para realizar o exame pela primeira vez para investigação de nódulo hepático. Acompanhado pela esposa, relatou jejum de 6 horas e negou patologias concomitantes, bem como alergias ou uso regular de medicamentos. Apresentou resultado recente de provas de coagulação sem anormalidades. Questionou se o procedimento era doloroso e o tempo de realização do mesmo. Apresentou-se lúcido, orientado, em bom estado geral e deambulando, com tensão arterial (TA) 116x74 mmHg, frequência cardíaca (FC) 82 bpm, temperatura axilar 36,4°C e oximetria 98%. Neste momento, estabeleceu-se o Diagnóstico de Enfermagem (DE) Conhecimento deficiente relacionado à falta de exposição prévia à situação<sup>(3)</sup>. O resultado esperado neste caso foi Conhecimento: Procedimento de Tratamento, segundo a NOC – *Nursing Outcomes Classification*<sup>(4)</sup>. A principal intervenção, de acordo com a NIC – *Nursing Interventions Classification*<sup>(5)</sup> – foi Ensino: Procedimento/Tratamento, através da atividade de orientação do paciente e familiar sobre o exame, possíveis complicações e rotinas de recuperação. O procedimento foi realizado com orientação ecográfica, com anestesia local, sem intercorrências e o material coletado foi enviado ao laboratório para análise. Logo após o exame o paciente foi encaminhado à Sala de Recuperação, onde foi recebido queixando-se de discreta dor no local de punção, apresentando TA 132x85 mmHg. Neste momento, os seguintes DE foram elencados: Dor aguda relacionada a agente lesivo (físico) e Risco de sangramento relacionado a trauma<sup>(3)</sup>. Os resultados selecionados na NOC<sup>(4)</sup> foram: Controle da dor para Dor aguda e Gravidade da perda sanguínea para Risco de sangramento. Dessa forma, as seguintes intervenções<sup>(5)</sup> de enfermagem foram implementadas: Controle da dor através de medidas de conforto,

analgesia conforme prescrição médica e observação da resposta do paciente. Além disso, prevenir perda do volume sanguíneo por meio da monitoração de sangramentos e manutenção de repouso absoluto em decúbito lateral direito nas duas horas seguintes ao exame, aplicando assim, pressão sobre o local de possível sangramento, além do controle de sinais vitais, atentando para alterações nos níveis tensionais e frequência cardíaca. Duas horas após o exame, foi liberada dieta normal e o paciente recebeu lanche com boa aceitação. Na avaliação final, quatro horas após o procedimento, o mesmo negava dor e sentou-se na cadeira, mantendo o curativo no local de punção sem sinais de sangramento. Os sinais vitais não sofreram alterações importantes e a TA foi verificada em 118x76 mmHg. O paciente foi então liberado para o domicílio, acompanhado pela sua familiar, após orientações sobre os cuidados de repouso relativo até completar 48 horas após o procedimento, cuidados com o curativo, dieta, e possíveis sinais de complicações, devendo retornar ao hospital se necessário. **Conclusões:** As autoras sugerem a inclusão do resultado "Conhecimento: Procedimento de Diagnóstico" que seria utilizado em substituição ao "Conhecimento: Procedimento de Tratamento", pois a PBH é um procedimento diagnóstico e, desta forma, a existência deste resultado na NOC<sup>(4)</sup> ofereceria uma opção de terminologia mais acurada para o planejamento da assistência em situações semelhantes. Outra possibilidade seria complementar o resultado existente incluindo a expressão Diagnóstico: "Conhecimento: Procedimento de Tratamento/Diagnóstico", em analogia à intervenção principal escolhida para o caso. Com este estudo, esperamos contribuir para o desenvolvimento das taxonomias de enfermagem e o aprimoramento da SAE, além de auxiliar na ampliação de conhecimentos na área de enfermagem em diagnóstico por imagem.

**Descritores:** Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem, Diagnóstico por Imagem: Enfermagem

**Referências:**

1. Doenges ME, Moorhouse MF. Diagnóstico e intervenção em enfermagem. 5. ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 1999.
2. Juchem BC, Santos LS, Timponi SCJ, Rosales SC. Enfermagem no serviço de diagnóstico por imagem: preparo e acompanhamento de exames. In: Leite MMJ, coordenadora. PROTENF Programa de atualização para técnicos de enfermagem Ciclo 2 Módulo 2. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009. p. 37-8.
3. NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.
4. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). 3. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.
5. Dochterman JM, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). 4. ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2008.

## **VALIDAÇÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O DIAGNÓSTICO RISCO PARA INTEGRIDADE DE PELE PREJUDICADA EM PACIENTES ADULTOS EM RISCO DE ÚLCERA POR PRESSÃO**

Taline Bavaresco, Amália de Fátima Lucena

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

tali\_nurse@yahoo.com.br

**Introdução:** O Processo de Enfermagem (PE) possibilita o registro das atividades desenvolvidas pelo enfermeiro consolidando a sua prática. O uso de sistemas de classificação tem qualificado o PE, por meio do uso de linguagens uniformizadas que favorece a comunicação e o registro dessa prática. A Nursing Interventions Classification (NIC) é um sistema de classificação de intervenções de enfermagem, que pode ser utilizado pelo enfermeiro quando este realiza um diagnóstico de enfermagem (DE) e a partir dele julga necessário intervir. A rotina sistematizada de avaliação de risco para úlcera por pressão visa à diminuição de seus índices de incidência, do sofrimento dos pacientes e custos advindos desse processo. Sabe-se que a prevenção deste problema depende do adequado cuidado de enfermagem, o que justifica o desenvolvimento de estudos nesta área como forma de buscar alternativas. A NIC apresenta-se como uma ferramenta a ser utilizada. **Objetivo:** Validar as intervenções de enfermagem propostas pela NIC para o DE "Risco para integridade da pele prejudicada" em pacientes adultos em risco de UP. **Métodos:** Estudo descritivo do tipo validação de conteúdo, com base no modelo de Fehring, que será realizado em instituições hospitalares brasileiras que possuam enfermeiros com experiência clínica no cuidado com pele, participantes de grupos de estudo desta área e com experiência na aplicação da Escala de Braden. A análise dos dados será realizada por meio de estatística descritiva, considerando-se a nota atribuída para cada intervenção, conforme o Modelo de DVC de Fehring. Esta pesquisa seguirá as normas estabelecidas na Resolução 196/96, para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resultados e Conclusão:** Trata-se de um projeto de pesquisa que se encontra em fase de elaboração.

**Descritores:** Estudo de validação, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de enfermagem.

**VALIDAÇÃO DE RESULTADOS DE ENFERMAGEM SEGUNDO A NURSING  
OUTCOMES CLASSIFICATION – NOC NA PRÁTICA CLÍNICA DE ENFERMAGEM  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Deborah Hein Seganfredo, Miriam de Abreu Almeida, Luciana Nabinger Menna Barreto  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
debhseg@gmail.com

**Introdução:** A relevância desta investigação está em descrever os Resultados de Enfermagem (RE) propostos pela Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC), passíveis de utilização na prática clínica. **Objetivos:** Validar, na primeira etapa, os REs NOC para os dois DEs mais frequentes em internações de pacientes clínicos, cirúrgicos e de terapia intensiva; e validar, na segunda etapa, os indicadores dos REs da NOC validados anteriormente para o DE mais freqüente. **Método:** Validação foi realizada tendo por base adaptação do modelo de Fehring, obtendo-se o consenso de 12 enfermeiros peritos que concordaram em participar da pesquisa, aprovada em comitê de pesquisa e ética das instituições envolvidas. O instrumento de coleta de dados na primeira etapa se constituiu dos REs propostos pela NOC para os dois DEs em estudo, sua definição e uma escala Likert de cinco pontos, destinada à pontuação conforme seu grau de importância na opinião dos peritos. Na segunda etapa, os indicadores de cada RE também foram pontuados em escala Likert. Os dados foram analisados por estatística descritiva, considerando-se a média ponderada dos escores. Foram validados os REs que obtiveram médias iguais ou maiores a 0.80. **Resultados:** O DE *Risco de Infecção* foi o mais freqüente, sendo validados oito (38,1%) dos 21 REs propostos pela NOC. O DE *Déficit no Autocuidado: Banho/Higiene* foi o segundo DE mais freqüente e cinco (14,28%) dos 35 REs foram validados. Dos 132 indicadores propostos para os oito REs validados para *Risco de Infecção*, 67 (50,75%) foram validados. **Conclusão:** A utilização da NOC, embora recente em nosso meio, apresenta-se como uma alternativa viável para avaliar e identificar as melhores práticas de cuidado de enfermagem.

**Descritores:** Diagnóstico de Enfermagem, Processos de Enfermagem, Avaliação em Enfermagem.

## O CUIDADO À FAMÍLIA DO PACIENTE CRÍTICO TERMINAL: DIAGNÓSTICOS, INTERVENÇÕES E RESULTADOS DE ENFERMAGEM

Aline dos Santos Duarte

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

alinesd2006@hotmail.com

**Introdução:** Estudos mostram que aproximadamente 10% das pessoas admitidas em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) morrerão aí, sendo que 20% podem ser transferidos deste ambiente, porém morrer antes da alta hospitalar. Estes dados apontam para a necessidade de as equipes de saúde ampliarem o foco para além dos cuidados curativos tornando-se proficientes também em cuidados integrais à família procurando atenuar as dificuldades trazidas pelas alterações sociais e psicoespirituais inerentes ao processo de luto. **Objetivos:** Conhecer, através de revisão de literatura, as necessidades da família do paciente crítico terminal observadas no contexto da terapia intensiva e as soluções que têm sido apontadas a estes achados na prática assistencial. A etapa seguinte visa à identificação dos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem adequados à prevenção das possíveis dificuldades relacionadas ao processo de luto. **Métodos:** Realizou-se revisão de literatura nas bases de dados Bireme e CINAHL utilizando-se nestas bases os seguintes descritores padronizados do DECS (direito a morrer OR atitude frente à morte OR futilidade médica OR assistência terminal OR doente terminal and unidades de terapia intensiva) e MESH (Death OR Attitude to Death OR Terminal Care OR Critical Illness OR Terminally Ill OR Medical futility AND Intensive Care Units OR Coronary Care Units) respectivamente. Os artigos recuperados foram avaliados e selecionados de acordo com a relevância ao tema proposto. Identificou-se os diagnósticos de enfermagem adequados e, a partir destes, pesquisou-se as intervenções de enfermagem para o manejo das necessidades e os resultados de enfermagem esperados. **Resultados:** Os achados apontam para a possível dificuldade de compreensão dos familiares em relação à complexidade da terminologia e das práticas em terapia intensiva. Considerando-se a importância destes pontos nos processos de tomada de decisão por parte da família, deve-se buscar uma abordagem baseada na informação, honestidade, apoio, boa vontade para ouvir e esclarecer as dúvidas, ampliando, dentro do possível, o tempo e o espaço para estas discussões. O princípio de autonomia requer da enfermagem, em conjunto com a equipe multidisciplinar, a

promoção da liberdade de escolha do paciente (quando possível) e de sua família quanto ao tratamento, respeitando as leis vigentes. Para tal, é necessário que se tenha um diálogo franco e claro com o paciente e seus familiares tornando-os sujeitos da tomada de decisão. Para esta necessidade identificou-se o diagnóstico Conhecimento Deficiente relacionado à falta de familiaridade com os recursos de informação. Como uma possível intervenção de enfermagem, sugere-se a Facilitação da Aprendizagem através das seguintes atividades: adaptar informações ao nível de conhecimento e compreensão do familiar e organizar as informações em uma seqüência lógica. Acrescentou-se o diagnóstico Conflito de Decisão relacionado a fontes de informação múltiplas. Como intervenção sugere-se Apoio à Tomada de Decisão através das atividades: determinar a existência ou não de diferenças entre a visão que o paciente (neste caso, a família) tem da própria condição e a visão dos provedores do cuidado de saúde e facilitar a tomada de decisão conjunta. Como resultados, espera-se participação em decisões sobre cuidados de saúde indicada por busca por informações, identificação de prioridades dos resultados de saúde e identificação de barreiras aos resultados de saúde. Diversos estudos consideraram que a aceitação da morte é facilitada pela preparação para o luto, para tal, deve-se promover o acesso máximo, a comunicação e a privacidade. No período pós-morte, deve-se descrever a condição do corpo a fim de evitar um maior impacto, estimular e respeitar os rituais religiosos e oferecer contato com o líder espiritual. Para esta necessidade, identificou-se o diagnóstico Sofrimento Espiritual relacionado à morte. Como intervenção, considera-se o Apoio Espiritual através do uso de comunicações terapêuticas para estabelecer confiança e demonstrar empatia e oferecimento de minutos de privacidade e silêncio para as atividades espirituais. Como resultado, espera-se bem-estar espiritual manifestado através de expressão de esperança e expressão de sentido e propósito de vida. Por fim, estudos apontam para as consequências do pesar não resolvido: depressão, aumento da suscetibilidade à doença e do risco de morte súbita, eventos cardíacos, disfunção social, abuso de álcool entre outras. Dentro deste contexto, atribui-se também à enfermeira o papel de encaminhar os familiares para serviços comunitários de apoio ao luto como Organizações Não Governamentais (ONG's) ou grupos de apoio com o objetivo de reduzir, a curto e a longo prazo, as morbidades associadas ao luto não resolvido. Neste sentido, considera-se adequado o diagnóstico Risco de Pesar Complicado cujos fatores são: instabilidade emocional e morte de pessoa significativa. Como intervenção, sugere-se Promoção da Integridade Familiar através das atividades:

auxiliar a família a solucionar a sentimentos de culpa, determinar as relações típicas da família, monitorar as atuais relações familiares, identificar os mecanismos típicos de enfrentamento familiar, colaborar com a família na solução de problemas e encaminhar a família a grupos de apoio compostos por outras famílias que lidam com problemas similares. Sugere-se também a Intervenção na Crise através do auxílio na identificação de habilidades de enfrentamento atuais/passadas e de sua eficácia e do auxílio na identificação de sistemas de apoio disponíveis. Para a intervenção Facilitação do Processo de Pesar, sugere-se a identificação de fontes de apoio comunitário. Como resultado destas atividades, esperam-se a presença dos indicadores: verbalização da necessidade de auxílio, identificação de padrões eficazes de enfrentamento, sensação de controle, redução do estresse, aceitação da situação, modificação do modo de vida conforme a necessidade e uso de apoio social disponível e relato de aumento de conforto psicológico. **Conclusões:** Os achados desta revisão buscam contribuir para a construção de parâmetros que norteiem e estendam a prática assistencial de enfermagem à família do paciente em estágio terminal no ambiente de cuidados críticos. Diante da irreversibilidade do caso, no que se refere à degeneração orgânica causada pela doença, buscou-se evidenciar a oportunidade de abordar aspectos sociais e psicoespirituais relacionados ao momento de luto da família. Nesta perspectiva, os diagnósticos identificados, as intervenções sugeridas e os resultados de enfermagem esperados tornam-se peculiares ao ampliar a assistência em saúde para além do modelo biomédico que a reduz às características físicas e fisiológicas do indivíduo enfatizando a cura e, em muitos casos, privando a família destes pacientes de cuidados ativos e integrais.

**Descritores:** Doente terminal, Família e Unidades de Terapia Intensiva.