

---

# SEMANA DE ENFERMAGEM



A Responsabilidade Social  
no Contexto  
da Enfermagem



**Local:**  
Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Porto Alegre, RS, Brasil  
09 a 11 de maio de 2007



# Resumos 2007

---

---

**HOSPITAL DE CLÍNICAS  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
RIO GRANDE DO SUL  
ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM-RS**

***“A Responsabilidade Social  
no  
Contexto da Enfermagem”***

**09 a 11 de maio de 2007**

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

---

---

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

**Presidente:** Sérgio Carlos Eduardo Pinto Machado

**Vice-presidente:** Amarílio Vieira de Macedo Neto

**Grupo de Enfermagem**

**Coordenadora:** Ana Maria Müller de Magalhães

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

**Reitor:** José Carlos Ferraz Hennemann

**Vice-reitor:** Pedro César Dutra Fonseca

**Escola de Enfermagem**

**Diretora:** Liana Lautert

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

**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM – Seção RS (ABEn-RS)**

**Presidente:** Joel Rolim Mancia

**Vice-presidente:** Valéria Lech Lunardi

S471r Semana de Enfermagem (2007, maio 9-11 : Porto Alegre, RS)

A responsabilidade social no contexto de enfermagem : resumos da Semana de Enfermagem / Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul [e] Associação Brasileira de Enfermagem - RS. – Porto Alegre : HCPA; UFRGS, Escola de Enfermagem, 2007.

1 CD-ROM : il. color. ISBN: 978-85-87582-27-0

Evento realizado no Anfiteatro Carlos César de Albuquerque, com cursos na Escola de Enfermagem e no HCPA.

Evento conhecido, em suas edições anteriores, como: Semana de Enfermagem do HCPA.

1. Enfermagem. 2. Promoção da saúde. 3. 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. Associação Brasileira de Enfermagem – RS. IV. Issi, Helena Becker. V. Semana de Enfermagem do HCPA. VI. Título. VII. Título: Resumos da Semana de Enfermagem. LHSN – 001.300 NLM – W 3

Catálogo pela Biblioteca da Escola de Enfermagem.

---

## **PROMOÇÃO E REALIZAÇÃO**

Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Associação Brasileira de Enfermagem-RS

---

---

## APRESENTAÇÃO

### SEMANA DE ENFERMAGEM: A RESPONSABILIDADE SOCIAL EM FOCO

No mês de maio comemora-se a Semana de Enfermagem no Brasil. Esta data foi instituída em 1960, pelo então Presidente da República, Juscelino Kubitschek, por meio do decreto nº 48.202, o qual dispõe em seu Artigo 1º: “Fica instituída a Semana da Enfermagem, a ser celebrada anualmente, de 12 a 20 de maio, datas nas quais ocorreram, respectivamente, em 1820 e 1880, o nascimento de Florence Nightingale e o falecimento de Ana Nery”. Este decreto estabelece ainda que “No transcurso da Semana deverá ser dada ampla divulgação às atividades da Enfermagem e posta em relevo a necessidade de congraçamento da classe e suas diferentes categorias profissionais, bem como estudados os problemas de cuja solução possa resultar melhor prestação de serviço ao público” (Art. 2º).

E é dentro deste espírito, que os profissionais da enfermagem têm-se reunido anualmente tanto para participar de discussões sobre os desafios da profissão, de cursos e troca de experiências quanto para confraternizar com colegas e amigos; ou seja, transformando esta data em um sinônimo de atualização profissional e confraternização.

Discorrendo sobre a trajetória histórica, a Semana de Enfermagem teve sua origem na primeira Semana da Enfermeira realizada pela Escola Anna Nery, no Rio de Janeiro, em 1940. Destinava-se a reunir as Escolas de Enfermagem existentes para discutir temas relativos à educação, entre outros objetivos<sup>123</sup>. Durante a Semana de 12 a 20 de maio, apresentava também outras atividades, homenagens e atos religiosos, dela participavam autoridades de governo e da Igreja. Constituíam-se em cerimônia de grande repercussão na capital da República, como mostram os registros na imprensa e as gravações de rádio. Sendo que no dia de encerramento era realizada uma romaria ao túmulo de Anna Nery<sup>4</sup>.

A partir de 1954 denominou-se Semana Brasileira de Enfermagem (SBEn) e passou a ser evento regular da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). Estudiosos da história da

---

<sup>1</sup> Carvalho AC. Associação Brasileira de Enfermagem-1926-1976-Documentário. Rio de Janeiro: ABEn, 1976.

<sup>2</sup> Mancia JR. As enfermeiras assistenciais e a ABEn-RS: uma análise reflexiva [dissertação]. Florianópolis (SC):Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina;2002.96f.

<sup>3</sup> Mancia JR, Padilha MICS. História da enfermagem- a ABEn-RS e as enfermeiras assistenciais.Brasília (DF):ABEn;2007.( No prelo)

<sup>4</sup> Semana de Enfermagem. Rio de Janeiro: Escola Anna Nery;1940.

---

enfermagem apontam-na como uma eficiente estratégia utilizada pelas escolas para divulgar a profissão e arregimentar alunas para os cursos de enfermagem, visto que nessa época ainda havia na sociedade certo preconceito quanto às jovens mulheres exercerem enfermagem<sup>(2)</sup>.

Desse modo, a Semana Brasileira de Enfermagem teve e tem um papel importante na divulgação e consolidação da profissão de Enfermagem, visto que é realizada no Brasil inteiro e, sempre trabalha com um tema nacional de interesse para a categoria<sup>2</sup>, incorporando-se à agenda da Enfermagem Brasileira.

Da mesma forma, tradicionalmente a Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre e apoio da ABEn/RS promovem a Semana de Enfermagem, a qual ocorre este ano no período de 09 a 11 de maio, tendo como tema **A RESPONSABILIDADE SOCIAL NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM**.

Ao longo dos anos o evento tem atraído um público crescente que congrega docentes, estudantes, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, enfim profissionais com formações diversificadas, que atuam em distintos campos da saúde e que se unem em torno da temática comum na enfermagem: o cuidado de enfermagem. E é no encontro destes homens e mulheres, com seus fazeres e saberes, um olhar crítico e responsabilidade social que se constrói uma profissão comprometida com o bem estar de todos.

Ao propor como eixo norteador das discussões e reflexões, a temática da Responsabilidade Social no contexto da Enfermagem, coloca-se o desafio de aprofundar este conceito e relacioná-lo com as estratégias práticas de sua implementação no cotidiano das instituições de saúde.

Assim, por meio deste fio condutor, são abordados temas relevantes no cenário atual, norteado pelas diretrizes e políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuindo para a transformação do modelo de atenção à saúde no Brasil e para o enfrentamento dos desafios que se apresentam. Neste sentido, a enfermagem tem um papel central na construção de respostas efetivas à estes desafios, com vistas à ampliação do acesso, à equidade e qualidade em saúde, assim como na construção de novas metodologias que possam agregar mais qualidade aos resultados obtidos.

A fim de garantir um processo de interlocução e trocas de saberes entendendo como fecundo o compartilhar de experiências para a construção do conhecimento, apesar do evento ser da enfermagem, não se perde de vista o caráter interdisciplinar das práticas em saúde. Assim, o evento propõe como palestrantes e conferencistas, além de enfermeiros, outros profissionais da saúde, dentre os quais, pesquisadores renomados, cujos olhares se debruçam sobre a ótica dos atores que integram os cenários do cuidado em saúde.

---

Para deflagrar as reflexões em torno do tema central, o evento será aberto com o painel “Responsabilidade Social e Enfermagem: o que temos e o que queremos no ensino, na pesquisa e na assistência”, tendo como painelistas os enfermeiros e professores Ricardo Burg Ceccim (UFRGS), Valéria Lunardi (FURG) e Ana Maria M. de Magalhães (UFRGS/HCPA). Reafirma-se, assim, a necessidade de construir e fortalecer a rede de relações institucionais e sociais que permitam a manifestação de todos os agentes envolvidos na produção do ensino e serviços de saúde contribuindo, deste modo, para a formação de cidadãos responsáveis pela gestão dos recursos e das políticas públicas de saúde.

O convite à professora Suely Ferreira Deslandes, socióloga, doutora em ciências pela Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ-RJ, decorre do teor veemente de suas discussões em torno das idéias centrais da humanização como oposição à violência; da oferta de atendimento de qualidade, articulando os avanços da tecnologia com o acolhimento; da melhoria das condições de trabalho do profissional e ampliação do processo comunicacional, temas que subsidiam a conferência “A Produção dos Cuidados de Saúde Sob a Ótica da Humanização”.

Atendendo as premissas contidas na afirmativa “A palavra, tanto de usuários quanto de profissionais, precisaria ter lugar mais relevante no cotidiano institucional” do Ministério da Saúde, organizou-se o painel intitulado “Assumindo a Responsabilidade Social através do Processo de Escuta: com a palavra o usuário e o trabalhador”. Na perspectiva de valorização da subjetividade, entre os promotores do debate estão aqueles que usufruem os modelos assistenciais oferecidos pelas instituições, aqui personificado por um representante de usuários e familiares, com aqueles que fazem a práxis dos processos de atendimento, com os que representam as entidades de classe em seu poder estratégico e político e aqueles que promovem tecnologias de escuta no âmbito institucional do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Focalizando a Enfermagem e as abordagens de ensino e cuidado através da lente da educação permanente, constitui-se o painel “A Formação do Profissional de Enfermagem no Contexto do Trabalho: uma responsabilidade a compartilhar”, onde estratégias de co-responsabilização, acreditando nos sujeitos como protagonistas no processo de produção da saúde, podem ser adotadas e estão expressas nas falas que abordam a Educação em Serviço e a Residência Integrada em Saúde .

O Painel “O Desenvolvimento da Enfermagem como Compromisso Social: novas tecnologias para o ensino e o cuidado” visa divulgar e refletir acerca dos avanços dos últimos anos nas tecnologias da comunicação e da informação, abordando novas tecnologias para o ensino do cuidado, através da utilização de ambientes de aprendizagem virtual e *softwares* de interatividade e

---

as contribuições e desafios para a visibilidade do fazer dos enfermeiros por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem e dos Indicadores Assistenciais desenvolvidos pelo Grupo de Enfermagem do HCPA.

São colocadas em foco, ainda, propostas que evidenciam o cunho da responsabilidade social na práxis da enfermagem no contexto da saúde, no painel “A Experiência da Enfermagem do HCPA: projetos e programas do Grupo de Enfermagem”, contemplando os programas de Prevenção e Tratamento de Feridas; Incentivo ao Aleitamento Materno e Atenção às Famílias de Crianças em Ventilação Mecânica no Domicílio.

Acreditando que outro ponto-chave nas discussões em defesa da necessidade de criação de novas propostas na integração das instituições de saúde, seus profissionais e a família, evocamos um chamamento para reflexões e ao mesmo tempo, potencializar convicções acerca da “Inclusão da família no processo de cuidar: um direito de cidadania ou um modelo assistencial?”, com a conferência proferida pela Prof<sup>a</sup> Ivone Cabral.

Cabe ressaltar a fundamental participação da enfermagem no processo assistencial no que se refere à Gestão Ambiental, a medida que gera toneladas diárias de resíduos, por exemplo, em instituições hospitalares, responsáveis diretas por grande parte da segregação adequada de resíduos biológicos e químicos, além dos resíduos comuns e recicláveis. Esta preocupação dá origem às discussões acerca da “Saúde e Responsabilidade Ambiental.

Neste sentido, verifica-se que tanto no tema central desta Semana de Enfermagem, nas palestras, painéis e mesas redondas como nas temáticas dos trabalhos apresentados em pôster, evidencia-se grande preocupação voltada ao debate da responsabilidade social da enfermagem, direcionada tanto para o cuidado ao ser humano, ao longo de seu ciclo vital, como para a saúde do trabalhador, a educação, a saúde coletiva e administração de serviços de saúde.

As atuais configurações da sociedade e das práticas em saúde, por vezes desordenadas e caóticas, requerem a inserção e participação dos profissionais de enfermagem nas políticas de saúde a fim de garantir a qualificação do cuidado voltado à dinâmica da construção da cidadania e qualidade de vida.

*Liana Lautert*

Diretora da Escola de  
Enfermagem UFRGS

*Ana Maria Muller de Magalhães*

Coordenadora do GENf/HCPA

*Joel Rolim Mancia*

Presidente da  
ABEn/RS

*Helena Becker Issi*

Coordenadora da Semana  
de Enfermagem  
EEnf-UFRGS/HCPA



---

## COMISSÃO ORGANIZADORA

### **Coordenação Geral**

*Helena Becker Issi*

*Adriana Tessani*

*Ana Beatriz Longo Trindade*

*Ana Paula Fortunato*

*Andrea de Mello Pereira da Cruz*

*Ariane Teixeira*

*Célia Mariana Barbosa de Souza*

*Christine Wetzel*

*Claudia Inajara Laurêncio dos Santos*

*Claudia Beatriz Nery*

*Denise Severo dos Santos*

*Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira*

*Eneida R. Rabello da Silva*

*Eva Neri Rubim Pedro*

*Fátima Lucena*

*Gleci Beatriz Luz Toledo*

*Iara Höelle*

*Joel Mancia*

*Joseleini Arbo de Arbo*

*Liège Machado Brum*

*Lilian Córdova do Espírito Santo*

*Lisiane dos Santos Soria*

*Luciana Marina da Silva*

*Luiz Eduardo Fagundes*

*Luzia T. Vianna dos Santos*

*Márcia Cristina Willer Gonzáles*

*Márcia Weissheimer*

*Maria da Graça Corso da Motta*

*Maria Henriqueta Luce Kruse*

*Maria Lúcia Rodrigues Falk*

*Marlise Meyer*

*Marta Regina Freitas Johann*

*Morgana Pescador de Camargo*

*Nair Regina Ritter Ribeiro*

*Regina Beatriz Kirsten Barbisan*

*Regina Weissheimer*

*Rosmari Wittmann Vieira*

*Silvana Zart Dias*

*Solange Pilati*

*Suzana Fiore Scain*

---

---

## SUMÁRIO

<b>1. PROGRAMA DA SEMANA.....</b>	<b>15</b>
<b>2. RESUMOS.....</b>	<b>19</b>
▪ <b>Cursos.....</b>	<b>20</b>
Introdução a assistência de enfermagem – Processo e Diagnóstico de Enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	21
Avaliação da dor como o 5º sinal vital.....	22
Humanização no Hospital de Clínicas: co-responsabilidade de usuários e trabalhadores.....	25
Violência e suas implicações para a enfermagem.....	26
Cuidado à criança e família que (com)vive na epidemia HIV/AIDS.....	29
- A história da trajetória da epidemia de um vírus em humanos.....	29
- Gravidez e puerpério da portadora do HIV-1.....	32
- Cuidados às crianças que vivem com HIV/AIDS.....	34
- A família e sua trajetória de cuidados a crianças soropositiva.....	35
▪ <b>Palestras.....</b>	<b>38</b>
Responsabilidade Social e Enfermagem: o que temos e o que queremos na assistência.....	39
Assumindo a responsabilidade social através do processo de escuta: com a palavra o usuário e o trabalhador.....	42
O “processo de escuta” do usuário através da Pesquisa de Satisfação de Clientes e a Responsabilidade Social.....	45
A experiência da enfermagem do Hospital de Clínicas: projetos e programas do Grupo de Enfermagem.....	47
Programa de prevenção e tratamento de feridas.....	47
Programa de incentivo ao aleitamento materno no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	50
A intervenção da enfermeira no preparo da família para a alta de pacientes dependentes de ventilação mecânica para o domicílio.....	51
A inclusão da família no processo de cuidar: um direito de cidadania ou um modelo assistencial?.....	52
Saúde e Responsabilidade ambiental.....	53
▪ <b>Trabalhos.....</b>	<b>56</b>
<i><b>Enfermagem no Cuidado à Criança.....</b></i>	<b>57</b>
A humanização no cuidado à família: oficinas de criatividade – Enfermagem no cuidado à criança.....	58
Adesão ao tratamento anti-retroviral: um relato de experiência na coleta de dados.....	60
Adesão às consultas de enfermagem do programa Prá-nenê da Unidade Básica Santa Cecília – HCPA.....	63
Cateter venoso central de inserção periférica: Durabilidade na Neonatologia de um hospital escola.....	66
Cuidados paliativos em unidade de oncologia pediátrica: percepção dos pais.....	69
Delineando o perfil das crianças que utilizam dietoterapia por sonda enteral por tempo prolongado.....	72
Escutando a equipe, os familiares e a criança com fibrose cística: subsídios para a construção de um manual.....	75
Estudo comparativo da colonização do trato respiratório de pacientes com fibrose cística X internação hospitalar.....	78
Grupo de estudos da dor da criança oncológica: uma iniciativa das enfermeiras da unidade de oncologia pediátrica fo Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	81

Grupo de estudos em reanimação cardiorrespiratória em pediatria.....	83
Metahemoglobinemia: implicações para os profissionais de saúde e cuidador-familiar.....	86
Mudanças no cotidiano da criança com diabetes mellitus e de sua família.....	89
O enfermeiro na creche: uma proposta de cuidado à saúde.....	92
Diagnósticos e intervenções de enfermagem – vivências acadêmicas durante o estágio no cuidar da criança e família.....	95
Estudos sobre o cuidado ao recém-nascido pré-termo: terceira edição.....	97
Representações culturais sobre recém-nascido.....	98
Uma dor silenciosa: atuação da equipe de enfermagem na avaliação da dor em recém-nascidos.....	99
<b>Enfermagem no Cuidado à Mulher.....</b>	<b>100</b>
A presença do pai durante a gestação e puerpério em famílias residentes no município do Rio Grande, RS.....	101
A criança e a UTIP: o olhar da mãe e as contribuições para o cuidar da enfermagem.....	104
Autonomia na anticoncepção: experiências de mulheres pobres multíparas.....	105
Desvelando a gravidez planejada em um grupo de adolescentes de Porto Alegre.....	106
Diagnósticos de enfermagem e cuidados à mulher portadora da doença hipertensiva específica da gestação.....	107
História familiar em pacientes com doença hipertensiva da gestação.....	108
O grupo de aleitamento materno e suas repercussões na amamentação.....	109
O nascimento em suas diferentes óticas: um relato de experiência.....	110
O uso de métodos não farmacológicos na fase ativa do trabalho de parto.....	111
Perfil das pacientes submetidas a histeroscopia no hospital universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. – FURG, Rio Grande, RS.....	112
Violência, gênero e saúde: reflexões sobre a inserção da enfermagem.....	113
<b>Enfermagem no Cuidado ao Adulto.....</b>	<b>114</b>
Caracterização dos diagnósticos e intervenções de enfermagem do idoso em um serviço de emergência – subsídios para o cuidado humanizado – nota prévia.....	115
Consultorias realizadas pelas enfermeiras do programa de prevenção e tratamento de feridas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no Centro de Tratamento Intensivo em 2006.....	119
Diagnósticos de enfermagem mais prevalentes em um centro de transplante de células tronco hematopoéticas.....	122
Diálogos sobre espiritualidade no processo de cuidar de si e do outro para a enfermagem em terapia intensiva.....	125
Doença de Alzheimer: conhecendo o “Mal do Século”.....	128
Dor crônica: contextualização na enfermagem.....	131
Endoprótese: uma nova alternativa de tratamento – Repercussões para a enfermagem.....	134
Envelhecimento e qualidade de vida: conhecendo alguns determinantes para o cuidado em enfermagem.....	137
Identificação de <i>Aspergillus sp</i> em unidade de tratamento intensivo.....	140
Manual de orientações aos candidatos a transplante hepático: instrumento para o autocuidado – uma nova abordagem.....	143
Programa de Educação Continuada.....	146
Resultados de enfermagem NOC para pacientes com problemas ortopédicos: um estudo de validação.....	149
A atuação da equipe de saúde no cuidado de pacientes com estresse ocasionado pelo pré-operatório.....	152
A comunicação não-verbal entre enfermeira e paciente sedado.....	153
A importância do processo de enfermagem no tratamento de quimioterapia ambulatorial.....	154
A negação do medo frente ao tratamento quimioterápico.....	155

Apresentação do protocolo assistencial de acidente vascular cerebral isquêmico agudo no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – implicações para equipe de enfermagem.....	156
Avaliação do tempo de internação por tuberculose em isolamentos de pacientes adultos no HCPA.....	157
Cuidados a uma paciente portadora de artrite reumatóide: um estudo de caso.....	158
Cuidados de enfermagem a uma paciente com obesidade leve.....	159
Cuidados de enfermagem ao paciente em choque séptico.....	160
Diagnósticos e cuidados de enfermagem ao paciente submetido à prostatectomia radical suprapúbica.....	161
Distúrbio da imagem corporal relacionado à amputação do MID - estudo de caso.....	162
Dor crônica e a enfermagem na adesão ao tratamento.....	163
Enfermagem em Nefrointensivismo – resultados da mudança do processo de trabalho em terapia dialítica no Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	164
Estudo de caso de paciente com doença crônico-degenerativa atendida na agenda de enfermagem do adulto no ambulatório de um hospital universitário.....	165
Estudo de caso: intolerância à atividade em paciente adulto com dor torácica.....	166
O papel do enfermeiro na prevenção de infecções do trato urinário: um estudo de caso.....	167
Os diferentes mecanismos de enfrentamento e os fatores psicológicos que afetam as condições clínicas de pacientes crônicos.....	168
Passagem de plantão: cenário e perspectivas em um centro de terapia intensiva.....	169
Projeto de pesquisa: a percepção dos pacientes com epilepsia sobre o seu auto-cuidado.....	170
Qualidade de vida de cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca.....	171
Refletindo a consulta de enfermagem: atribuição do enfermeiro.....	172
Salinização do cateter venoso periférico.....	173
Uma revisão da literatura de enfermagem acerca das feridas de grande porte.....	174
Vigilância de colecistectomia videolaparoscópica – Projeto Hospitais Sentinela – Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP).....	175
<b>Enfermagem na Saúde do Trabalhador.....</b>	<b>176</b>
Dormir à luz do dia e trabalhar à noite: interferências do serviço noturno à saúde dos trabalhadores de enfermagem.....	177
Acidentes de trabalho e doenças ocupacionais na indústria metalúrgica.....	180
Acidentes de trabalho no dia-a-dia do trabalhador hospitalar.....	181
Estudo clínico de paciente portador de obesidade e dor crônica.....	182
O significado do estresse e as formas de enfrentamento pela equipe de enfermeiros em um centro de terapia intensiva adulto.....	183
Percepções do enfermeiro acerca do estresse vivenciado no trabalho com pacientes oncológicos.....	184
Qualidade de vida no trabalho.....	185
<b>Enfermagem na Saúde Mental.....</b>	<b>186</b>
Aplicação do modelo Calgary em saúde mental.....	187
Assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico pós reforma psiquiátrica.....	190
Caracterização do cuidado em saúde mental no CAPS sob a ótica dos profissionais.....	193
Centro de atenção psicossocial: relato de uma estratégia de avaliação de famílias.....	195
Concepções de uma equipe de saúde mental sobre seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica.....	198
Ensaio sobre o delineamento do exercício da enfermagem no campo da saúde mental.....	201
O processo de cuidar em saúde e enfermagem: grupo multidisciplinar no atendimento de crianças portadoras de sofrimento psíquico em um CAPSI.....	204
Quem avisa, faz: análise da organização do processo de trabalho das equipes das unidades básicas de saúde para a prevenção das tentativas de suicídio.....	207

Reunião de familiares: doença mental e família na perspectiva da enfermagem.....	210
Visita domiciliar: uma alternativa na atenção em saúde mental em um centro de atenção psicossocial.....	213
A etiologia dos transtornos alimentares como subsídio para o tratamento e adesão dos pacientes.....	216
Criação de um instrumento experimental de registro pelas acadêmicas de enfermagem do centro de atenção psicossocial em um hospital universitário.....	217
Cuidados de enfermagem em paciente masculino com anorexia nervosa.....	218
Desfechos de longo prazo em pacientes com transtorno de pânico tratados com terapia cognitivo-comportamental: seguimento prospectivo de cinco anos.....	219
Esquizofrenia e qualidade de vida.....	220
Experiência de grupos para pacientes acometidos por acidente vascular cerebral.....	221
Modificando conceitos sobre a loucura e o cuidado ao portador de sofrimento psíquico: um relato de experiência.....	222
O saber/fazer na assistência em saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.....	223
Oficina de higiene e saúde em um centro de atenção psicossocial: um relato de experiência.....	224
Primeiro estágio de enfermagem em uma unidade de internação psiquiátrica – um relato de experiência.....	225
Processo de enfermagem a um cliente com impregnação medicamentosa admitido em uma unidade de emergência.....	226
Resiliência em saúde mental.....	227
Revisão bibliográfica: alterações psicológicas da cronicidade das doenças.....	228
Sentimentos que permeiam o estágio prático em saúde mental.....	229
Visita domiciliar: aproximando pessoas e facilitando soluções.....	230
<b>Enfermagem e Educação.....</b>	233
A enfermagem e seu potencial educador nos diferentes modelos assistenciais em saúde.....	234
Convicções dos docentes a cerca do referencial teórico cuidado humano.....	236
Ensino e prática do cuidado humano: a perspectiva dos egressos.....	239
Tecnologias da informação e da comunicação no ensino de enfermagem.....	242
A constituição da prática profissional moderna da enfermagem no Ocidente a partir de uma análise de gênero.....	244
A educação em serviço da equipe de enfermagem no centro cirúrgico.....	245
A influência da espiritualidade no cotidiano de trabalho da enfermagem.....	246
Aplicação da técnica Delphi como método de validação de conteúdo – um relato de experiência.....	247
Aprendizagem baseada em problemas na enfermagem: prática de ensino em ambiente virtual....	248
Educação em serviço – Introdução no Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED): uma experiência piloto.....	249
Enfermagem e saúde escolar: relato de experiência de um trabalho desenvolvido com normalistas.....	250
Expectativa do aluno técnico em enfermagem sobre sua futura atuação no mercado de trabalho..	251
Graduando enfermeiros: o cuidado humano e as disciplinas profissionalizantes.....	252
Homens e a prática da enfermagem a partir das relações de gênero.....	253
O acolhimento do técnico de enfermagem (TE) recém-admitido no Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) – uma análise crítica dos educadores em saúde....	254
Rodadas de conversa sobre o trabalho em saúde no Serviço de Enfermagem Materno-Infantil (SEMI): uma experiência piloto.....	255
<b>Enfermagem na Saúde Coletiva.....</b>	256
Abordagem profissional no Sul do Brasil na política à saúde do idoso.....	257

Assistência em saúde reprodutiva: ambulatório básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (CSVC).....	260
Cigarro: liberdade ou dependência? Tecnologia como ferramenta da educação.....	263
Macrocampanha de saúde no Aeroporto Internacional Salgado Filho – Um relato de experiência.....	266
Macroevento consulta de enfermagem: proporcionando qualidade de vida na população de Porto Alegre – Um relato de experiência.....	269
A consulta de enfermagem em puericultura: desvelando a importância do exame físico na tomada de decisão.....	272
A utilização do processo de enfermagem em uma unidade de saúde de Porto Alegre: um relato de experiência.....	273
Ações de enfermagem em Ivoti: convidando você a viver mais e Melhor!.....	274
Experiência de um grupo de acadêmicas de enfermagem em macrocampanha de saúde em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.....	275
Medidas profiláticas contra a febre amarela: uma possibilidade de parceria com agências de viagens.....	276
Orientação à saúde dos viajantes: o papel da rede básica de saúde em Porto Alegre.....	277
Promoção da saúde através de macrocampanhas – relato de experiência.....	278
Relações de gênero na estruturação de políticas públicas de saúde para homens e mulheres.....	279
Relações sociofamiliares e situações de vulnerabilidade a morbidade por causas externas entre jovens.....	280
Relato das vivências como acadêmicas de enfermagem no programa de assistência domiciliar...	281
Relato de experiência: estratégias adotadas pelo município de Porto Alegre na vigilância da gestante HIV positiva e criança exposta.....	282
Residência integrada em saúde: percepções de enfermeiras residentes.....	283
Residentes de enfermagem: um olhar sobre a rede de atenção primária.....	284
Trabalho interdisciplinar no território.....	285
Valorizando os benefícios em parar de fumar como fatores de sucesso no abandono do tabagismo.....	286
<b>Administração de Serviços de Saúde.....</b>	<b>287</b>
A importância do papel da supervisora de enfermagem para a captação de córneas no Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Relato de experiência.....	288
A organização do trabalho das enfermeiras em cargo de supervisão de enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	291
Administração em enfermagem no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	292
Auditoria de contas no centro de tratamento intensivo: um novo desafio aos enfermeiros.....	295
Gerenciamento de uma equipe de enfermagem – Os desafios da administração contemporânea..	298
Pensamento crítico e a acurácia dos diagnósticos de enfermagem em um hospital universitário..	301
Supervisão do Grupo de Enfermagem – Relato de experiência das atividades de 2006.....	304
Um modelo de anamnese e exame físico do paciente a ótica dos enfermeiros.....	307
A comunicação na equipe de enfermagem.....	310
Atributos de satisfação de clientes: um estudo teórico-prático.....	311
Erros na administração de medicamentos: implicações para a enfermagem.....	312
Gerência e assistência de enfermagem no cuidado ao paciente e aos familiares no pré, trans e pós-transplante de medula óssea.....	313
Humanização no Hospital de Clínicas: co-responsabilidade de usuários e trabalhadores.....	314
Modelos de gestão da qualidade: o ciclo da melhoria contínua.....	315
Projeto de pesquisa: indicadores de saúde: conceitos e definições.....	316



# Programa

---

---

**9/05/2007**  
**Quarta-feira**

08h às 18h	Inscrições, entrega de material, Cursos Pré-Semana de Enfermagem e Espaço da Alma.
------------	--

### **CURSOS PRÉ-SEMANA DE ENFERMAGEM**

1. Abordagem em pesquisa quantitativa e qualitativa.
2. Elaboração de projeto de pesquisa
3. Questões importantes para publicação de artigos em revistas de enfermagem
  4. Sistematização da assistência de enfermagem.
  5. Avaliação da dor como o 5º sinal vital.
  6. Ética e bioética na enfermagem.
  7. Política Nacional de Humanização.
8. Cuidados com acessos venosos de pacientes em tratamento dialítico.
  9. Estratégias para avaliação de famílias.
10. Cuidados com cateteres venosos centrais em pediatria.
  11. Atendimento de PCR em adulto.
12. Violência e suas implicações para a enfermagem.
13. Cuidados paliativos.
14. Cuidado à criança e família que (con)vive na epidemia HIV/AIDS
- 15.

18h 30min às 19h	Solenidade de Abertura
19h 15min	<b>Painel</b> <i>Responsabilidade Social e Enfermagem: o que temos e o que queremos</i> Ensino: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim (UFRGS) Pesquisa: Prof <sup>ª</sup> Dr <sup>a</sup> Valéria Lunardi (FURG) Assistência: Prof <sup>ª</sup> Ms. Ana Maria Müller de Magalhães (EEUFRGS/Hospital de Clínicas)



**10/05/2007**  
**Quinta-feira**

08h 30min às 10h	<b>Conferência</b> <i>A produção dos cuidados de saúde sob a ótica da humanização</i> Profª Drª Suely Ferreira Deslandes (FIOCRUZ)
10h	Intervalo
10h 30min às 12h	<b>Painel</b> <i>A formação do profissional de enfermagem no contexto do trabalho: uma responsabilidade a compartilhar</i> Profª Drª Dora Lúcia de Oliveira (EEUFRGS/Hospital de Clínicas) Profª Drª Maria Henriqueta Kruse (EEUFRGS/Hospital de Clínicas)
12h	Intervalo
14h às 15h 30min	<b>Painel</b> <i>Assumindo a responsabilidade social através do processo de escuta: com a palavra o usuário e o trabalhador</i> Usuário: Ivan Carlos Moraes Gonçalves Aux. Enf.: Nara Rejane Godoi Machado Profª Drª Gisela Maria S. Souto de Moura (EEUFRGS/Hospital de Clínicas) Enfª Ms. Mariléa Rodegheri (Hospital de Clínicas) Enfª Ms. Maria Lúcia Falk (Hospital de Clínicas)
15h	Intervalo
16h às 17h 30min	<b>Painel</b> <i>O desenvolvimento da enfermagem como compromisso social: novas tecnologias para o ensino e o cuidado</i> Profª Ms. Ana Luísa Petersen Cogo (EEUFRGS) Profª Drª Miriam de Abreu Almeida (EEUFRGS/Hospital de Clínicas) Profª Ms. Lia Brandt Funcke (EEUFRGS/Hospital de Clínicas)
18h	<b>Momento cultural</b> <i>Rádio Esmeralda AM</i>

---

---

**11/05/2007**

Sexta-feira

08h 30min às 10h	<b>Painel</b> <i>A experiência da enfermagem do Hospital de Clínicas: projetos e programas do Grupo de Enfermagem</i> Programa de prevenção e tratamento de feridas – Enf <sup>a</sup> Dóris Baratz Menegon (Hospital de Clínicas) Programa de incentivo ao aleitamento materno – Enf <sup>a</sup> Esp. Cléa Machado de Carvalho (Hospital de Clínicas) Programa de atenção às famílias de crianças em Ventilação Mecânica no domicílio - Enf <sup>a</sup> Ms. Elizabete Clemente de Lima (Hospital de Clínicas)
10h	Intervalo
10h 30min às 12h	<b>Palestra</b> <i>Promovendo a Saúde Mental do Trabalhador</i> Psic. Ms. Tatiana Ramminger (SES-RS)
12h	Intervalo
14h às 15h 30min	<b>Conferência</b> <i>A inclusão da família no processo de cuidar: um direito de cidadania ou um modelo assistencial?</i> Prof <sup>a</sup> Dr <sup>a</sup> Ivone Cabral (UFRJ)
15h	Intervalo
16h	<b>Palestra</b> <i>Saúde e Responsabilidade ambiental</i> Prof <sup>a</sup> Enf <sup>a</sup> Esp. Elizabeth Renck (EEUFRGS/Hospital de Clínicas)
17h 30min	<b>Homenagens e Encerramento</b>



# Resumos



# Cursos

---

---

INTRODUÇÃO À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – PROCESSO E DIAGNÓSTICO DE  
ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

*Rejane Marilda Ávila  
Patrícia Fernandes da Silva*

*RESUMO*

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** O Processo de Enfermagem é uma ferramenta usada na avaliação do paciente e no planejamento da assistência a ser executada. Este trabalho foi criado para sensibilizar a Equipe de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Ele explana todas as etapas do processo, como um todo, desenvolvido e executado no referido hospital. Os Diagnósticos de Enfermagem constituem a base para que se chegue aos resultados pelos quais o Enfermeiro é o responsável. Ressaltamos as diferenças entre Diagnóstico de Enfermagem (DE) e Diagnóstico Médico (DM), onde: 1- DE é orientado para o indivíduo, família ou comunidade. 2- Orienta as intervenções de enfermagem. 3- A classificação dos Diagnósticos de Enfermagem tem em torno de 30 anos. O sucesso destes cuidados está diretamente relacionado com a integração da equipe de enfermagem. Esta operacionalização é uma sistemática onde todos os procedimentos, dentro da Instituição, obedecem a uma padronização para sua execução. Esta sistemática foi elaborada e implementada por um grupo de Enfermeiros, visando o bem estar do paciente, contando com o auxílio da Equipe Multidisciplinar. **METODOLOGIA:** Revisão Bibliográfica e Relatos de Experiência. **OBJETIVOS:** Qualificação da assistência, Individualização do paciente, Planejamento objetivo dos cuidados de enfermagem, Aspecto legal dos registros, Quantificação do trabalho realizado, Unificação da linguagem, Trabalho em equipe, Otimização do tempo, Custos para fins de convênios. **Conclusão:** Este trabalho mostra que o impacto da SAE, desenvolvida pelos Enfermeiros, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, é uma boa ferramenta de trabalho, que unifica a linguagem e as ações de enfermagem, assim como os cuidados prestados. A SAE valoriza o trabalho da Equipe de Enfermagem, quantifica ações e qualifica atendimento.

---

---

## AVALIAÇÃO DA DOR COMO O QUINTO SINAL VITAL: QUALIDADE NO CUIDADO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DOR

*Simone Pasin(1)*

*1. Enfermeira assistencial da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Cuidados Intensivos pela UFRGS. Membro da Sociedade Brasileira para Estudos da Dor e da diretoria da Sociedade Gaúcha para Estudos da Dor.*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Mesmo com os conhecimentos sobre a neurofisiologia e possibilidades farmacológicas e complementares para o tratamento das pessoas com dor, estima-se que a maioria não tem sua dor devidamente avaliada e, por conseqüência, inadequadamente tratada. As causas desta negligência vão desde o desconhecimento sobre o tema, passando pelo descrédito da informação dada pelo paciente e descaso com os indicadores da presença da dor. Presente no cotidiano dos hospitais, o paciente com dor merece receber cuidado. É seu direito. Insere-se aí o preparo dos profissionais da saúde, qualificando-os para prestar este cuidado à pessoa que sente dor. Não há tratamento eficaz sem uma equipe de enfermagem vigilante e comprometida com o bem estar do paciente com dor. São os profissionais com melhores condições de avaliar a eficácia do esquema analgésico proposto. É a equipe de enfermagem que permanece acompanhando-o na sua recuperação e observando seu comportamento frente ao esquema analgésico instalado. Para isso, o paciente com dor deve ser avaliado e tratado e a dor registrada como o quinto sinal vital. Através da avaliação e tratamento adequados busca-se a satisfação do paciente e do profissional que dele cuida. É sempre importante lembrar que a dor aguda, diferentemente da dor crônica, está relacionada ao trauma, à obstetrícia, às afecções clínicas e ao período pós-operatório. Tem função biológica de alerta, registrando que algo não vai bem. Tem delimitação temporal e espacial. E geralmente é previsível, com respostas neurovegetativas associadas, além de possuir neurofisiologia e tratamento conhecidos. Segundo Bernardo (2000), a dor é o resultado da equação entre a sensação dolorosa, em que os sistemas nervosos centrais e periféricos estão envolvidos, e a reação, que é individual e subjetiva. Sendo assim, a reação que o paciente tem quando está com dor é influenciada por determinantes da expressão desta dor. As determinantes afetivas (ansiedade, apreensão e medo), as determinantes cognitivas /comportamentais (grau de atenção e percepção, experiências prévias, significado e contexto cultural e religioso) e determinantes constitucionais (personalidade) influenciarão a maneira como o indivíduo expressa e relata a sua dor. Quando mal tratada, a dor afeta sistemas orgânicos e interfere na recuperação do estado de saúde física e emocional do paciente. O sistema endócrino aumenta a liberação de catecolaminas, aumenta a atividade do sistema renina-angiotensina e diminui a produção de insulina, comprometendo a homeostase do paciente, podendo induzir hiperglicemias e diminuir o débito urinário. No sistema cardiovascular, há aumento do consumo de oxigênio pelo miocárdio, que em pacientes cardiopatas, pode induzir à isquemia e ao infarto agudo do miocárdio, há aumento da

---

pressão arterial e da frequência cardíaca. O sistema gastrointestinal é afetado, alterando a motilidade gástrica e intestinal, provocando desde náuseas e vômitos até íleo paralítico. O sistema imunológico pode ser comprometido na presença de dor. Ocorre diminuição da qualidade de vida, mudanças de humor, depressão, ansiedade e distúrbios do sono. Então, através do despreparo dos profissionais da saúde no cuidado ao paciente com dor, se contribui para o aumento da morbidade, causando danos, por vezes, permanentes. A dor como o quinto sinal vital. “Dor é o que o paciente diz ser, existindo onde ele diz existir.” (McCAFFERY, 1999). Neste conceito está enfatizada a importância da compreensão da dor como um fenômeno multidimensional e subjetivo. Elementos sensoriais, valores afetivos, culturais, emocionais e de significado envolvem a expressão da dor. Por ser uma experiência subjetiva, interna, complexa e pessoal, a dor não pode ser medida. Não existe um instrumento físico que permita aos profissionais da saúde mensurar objetivamente esta experiência. Acreditar na verbalização é o primeiro passo para mudanças do paradigma instituído. Os quatro sinais vitais clássicos fazem parte do cotidiano dos profissionais da equipe de enfermagem. Medir e registrar a pressão arterial, a temperatura corporal e as frequências respiratória e cardíaca são atividades pertinentes ao cuidado de enfermagem aos pacientes. Quando o profissional da enfermagem percebe alteração em algum parâmetro dos sinais vitais mensurados através de instrumentos físicos (esfigmomanômetro, termômetro, estetoscópio), as intervenções realizadas serão baseadas nas percepções deste (no que ele pode observar medir, avaliar) e no relato do paciente. Tendo na dor o quinto sinal vital, assume-se sua presença, a necessidade de seu tratamento e reavaliação do adequado alívio. Caso contrário comete-se negligência ao paciente que sofre. Então, tornar a dor como o quinto sinal vital tem como objetivos: 1) a melhoria da qualidade do cuidado; 2) tornar a dor visível aos profissionais da saúde; 3) estabelecer a necessidade da avaliação sistemática do paciente; 4) exigir tratamento apropriado; 5) permitir que os profissionais da saúde e pacientes usem a mesma linguagem para se comunicarem sobre este fenômeno tão subjetivo e; 6) medir a eficácia do tratamento analgésico administrado. Para sabermos se o paciente tem dor temos que questioná-lo, aceitar e respeitar sua alegação (porque é ele quem está sofrendo) e intervir de maneira eficaz para seu conforto. A localização (segmento do corpo), a qualidade (em pontada, em queimação, apertada, latejante) e os fatores que fazem com que a dor piore ou melhore (“só dói quando eu respiro”, “dói quando me movimento depois passa”, “dói quando faz o curativo”) fazem parte da nossa investigação. A intensidade da dor pode ser relatada pelo paciente através das escalas unidimensionais. São escalas amplamente utilizadas: a Escala Numérica (EN), na qual se solicita que o paciente dê uma nota de zero a 10 para sua dor naquele momento, sendo o zero a inexistência da dor e o valor 10 a dor insuportável, e a Escala Categórica Verbal (ECV), na qual se solicita ao paciente que diga se sua dor é leve, moderada, intensa ou insuportável. Outras escalas também fazem parte deste arsenal como a Escala Analógica Visual (EAV), na qual uma reta de 10 centímetros é mostrada ao paciente para que este aponte qual é o ponto em que está sua dor, sendo zero na extremidade direita e 10 na extremidade esquerda. A Escala das Faces é mostrado ao paciente cinco “carinhas” que vão desde a chorosa até a sorridente. O paciente mostra qual delas ele se identifica no momento de dor. Para avaliação das crianças pré-verbais, utilizam-se escalas comportamentais CHIPPS onde a dor é quantificada pelo cuidador através da observação de características

---

das respostas físicas detectadas na expressão facial, na postura do tronco, da postura das pernas, no choro e agitação motora, onde o score mínimo é zero e o máximo dez sendo identificada a presença de dor em crianças no pós-operatório quando escore for maior que quatro (Büttner & Finke, 2000). As escalas unidimensionais indicam a presença da dor sem avaliar as outras dimensões como a afetiva, a cognitiva ou comportamental. Após o tratamento instalado, e ao obtermos o relato de alívio da dor, outras dimensões envolvidas no fenômeno algico podem ser pesquisadas. Para que este alívio aconteça, precisamos envolvimento da equipe multidisciplinar no tratamento do paciente para melhor utilização das terapias analgésicas farmacológicas e complementares. As terapias complementares fazem parte do arsenal disponível para a melhoria do tratamento farmacológico, pois são utilizadas como adjuvantes, mobilizando fatores moduladores intrínsecos e individuais, causando efeito sinérgico aos analgésicos. São terapias complementares regulamentadas pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) na Resolução no. 197/97: os tratamentos cognitivo-comportamentais (distração, relaxamento corporal, respiração consciente, imaginação, entre outras) e tratamentos físicos como a estimulação cutânea através da massagem e a adição ou subtração da temperatura (crioterapia e termoterapia). CONCLUSÃO: Precisamos repensar o saber e o fazer frente à pessoa com dor. É fundamental considerar que há diversidade de procedimentos invasivos e dolorosos com finalidade terapêutica ou diagnóstica no meio hospitalar, sendo indispensável maior preocupação com a prevenção e o alívio da dor. Utilizar diferentes meios de aliviar a dor interfere positivamente na recuperação dos pacientes. Atitudes simples como aquecimento corporal das vítimas de trauma, manutenção da sua privacidade e tratamento humanizado ao paciente e sua família, além dos analgésicos, diminuem a ansiedade e o medo, e, por conseguinte, a dor, não esquecendo que a dor é um fenômeno subjetivo, individual e multifatorial. A ênfase na utilização das escalas para avaliação da dor, a torna visível aos profissionais da saúde e valoriza as verbalizações, melhorando a qualidade do cuidado aos pacientes com dor. *“Devido à variabilidade de componentes individuais e do contexto sociocultural, não existe uma relação proporcional entre a gravidade, a extensão da lesão e a experiência dolorosa percebida e manifestada pelo paciente”.* (DRUMMOND, 2000.).REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO: Bernardo C . Curso de dor para enfermeiros, 2000. (polígrafo em fotocópia). Büttner W., Finke W. Analysis of behavioural and physiological parameters for the assessment of postoperative analgesic demand in newborns, infants and young children: a comprehensive report on seven consecutive studies. *Paediatric Anaesthesia*, v. 10, n. 3, May 2000. Carvalho MM. Dor, um estudo multidisciplinar. São Paulo: Summus,1999.Chaves LD, Leão ER. Dor: 5º sinal vital- reflexões e intervenções de enfermagem. São Paulo: Maio, 2004.Drummond JP. Dor Aguda: fisiopatologia, clínica e terapêutica. S.Paulo: Atheneu, 2000.McCaffery M, Pasero C: Pain: Clinical Manual. Mosby, 1999.Minayo MCS. Medicina e violência. Médicos, 1999; II (8): 68-72.Teixeira MJ, Figueiró, J A. Dor: epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento. São Paulo: Moreira Jr, 2001.



---

---

HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS:  
CO-RESPONSABILIDADE DE USUÁRIOS E TRABALHADORES.

*Maria Lúcia Rodrigues Falk(1)*

*1. Enfermeira, Assessora do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Mestre em Administração pelo PPGA da UFRGS*

*RESUMO*

A Rede de Contato pró humanização do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atendeu num primeiro momento uma priorização, delimitando-se a seis áreas da instituição. O objetivo na construção da Rede é que se oportunize os diferentes serviços expor suas necessidades em termos de humanização, tanto do ambiente de trabalho para os profissionais, quanto para os usuários; propor iniciativas voltadas à implementação de melhorias e favorecer a construção de um ambiente onde a Política de Humanização esteja na base das práticas e dos processos decisórios quanto à gestão e atenção em saúde. Atualmente, essa Rede de Contato é formada por vinte e três áreas do hospital, tendo a Política Nacional de Humanização, através de seus Dispositivos, como uma ferramenta de grandes avanços. Diferentes ações são emanadas por dados e informações advindas do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), da Ouvidoria, Gestão do Cliente e L-Humanização, canais formais já existentes que alimentam continuamente a instituição na implantação de medidas que visam à melhoria contínua em prol dos usuários e trabalhadores. Tratando-se de resultados alcançados em 2006, podemos citar: fortalecimento e ampliação da rede de contato; carta de Intenções Pró-Humanização, ratificado pela Administração Central e pelas associações profissionais; campanha institucional pró-humanização; realização do I Encontro Pró-Humanização do HCPA, com a participação dos Doutores da Alegria; acolhimento dos novos funcionários e residentes; melhorias nos ambientes de trabalho; atendimento lúdico para pacientes; espaços para reflexão sobre segurança no ambiente de trabalho; divulgação externa do trabalho de humanização; atividade de extensão Pró-Humanização; representação junto ao Programa Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde; consolidação de espaços de comunicação e o Encontro com Apoiadores na PNH-RS.

---

---

## VIOLÊNCIA E AS IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

*Silvana Maria Zarth Dias(1)*

*Simone Algeri(2)*

*1. Professora do Departamento de Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. Mestre em Enfermagem.*

*2. Professora do Departamento de Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Educação*

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO/INTRODUÇÃO:** A violência é um problema de Saúde Pública que atinge a infância e a adolescência brasileira de forma que se constitui uma das principais causas de morte nesse período. Assim, entendemos que a violência contra crianças e adolescentes é um fenômeno abrangente que deve ser entendido sob diferentes aspectos, e, não somente do ponto de vista daqueles que sofrem, mas também dos processos envolvidos na sustentação e na manutenção de ações violentas em relação aos mesmos. A exposição de crianças à violência intrafamiliar, por exemplo, muitas vezes evidencia um ciclo multigeracional, que corresponde à reprodução da violência na adolescência e na idade adulta, tanto no âmbito da própria família como da sociedade. Muitos pais se assustam com a agressividade dos filhos, pois temem que este comportamento seja um prenúncio de um comportamento violento e anti-social no futuro. Entretanto, para lidar com este comportamento, é fundamental entender as razões para a agressividade da criança. Por vezes, as crianças repetem atos que observam nos adultos, ou seja, crianças de famílias violentas têm tendência de usar a agressividade como meio de conseguir o que querem, ou como uma reação a uma situação tensa. A maioria das políticas públicas que são voltadas para a questão da violência contra a criança e o adolescente ainda não se detiveram na análise a respeito de como uma família que apresenta violência em sua dinâmica interna deve ser compreendida inserida dentro de um contexto que envolva uma complexidade de determinantes culturais, sociais e econômicas. Acreditamos que a violência pode se manifestar através de várias formas e com graus diferentes de severidade, e estas formas de violência não se produzem isoladamente, mas fazem parte de uma seqüência crescente de episódios que atinge especialmente a criança e o adolescente, de forma continuada, repercutindo de maneira significativa sobre sua saúde. Ocasionalmente efeitos adversos no desenvolvimento físico e psicossocial, bem como na estabilidade de sua personalidade, com conseqüente diminuição da auto-estima. Como são múltiplos os sintomas e os indícios que evidenciam a situação de violência praticada, também são variantes as situações e o modo como essas se apresentam. Seja sob as formas de negligência, violência física, emocional ou sexual, seja manifestada em classes mais ou menos privilegiadas, a violência tem sido apontada como uma realidade presente no cotidiano dos profissionais de saúde. Portanto, é importante refletir sobre a atividade do enfermeiro frente a essa situação. Discutir as possibilidades de assistência e de prevenção dessa problemática como um desafio permanente na atuação profissional. Dada a severidade do problema, torna-se condição imprescindível que o profissional focalize sua atenção nos indicadores que desencadeiam a violência, exigindo para isso uma resposta específica às necessidades evidenciadas. **OBJETIVO:** problematizar a temática promovendo uma discussão a cercado do agir frente as situações vivenciais e uma reflexão sobre as abordagens práticas.

---

**METODOLOGIA:** Através do trabalho desenvolvido procura-se demonstrar a importância de suscitar a discussão grupal em torno da cidadania e ampliação dos direitos sociais das crianças e adolescentes brasileiros, abrindo um espaço favorável à difusão desses direitos, propiciando uma reflexão que conduza a ampla proteção dos mesmos. Problematizando a temática busca-se ampliar o saber na troca das experiências. Aborda-se aspectos relativos ao tema da violência e suas implicações para a enfermagem no que tange aos critérios e parâmetros de saúde para definição e classificação dessas violências. Os diversos tipos de violências exercidos contra a criança e o adolescente nos variados contextos de vida. Apresenta-se os indicadores para detecção de cada tipo, assim como os comportamentos específicos da criança e da família em situação de violência. Contempla-se as conseqüências neuropsicológicas no crescimento e desenvolvimento infanto puberal. A questão da intensionalidade do fenômeno da violência também é elencada no sentido da interferência que pode ter em relação as estratégias de intervenção. O curso propõe um processo reflexivo compartilhado com acadêmicos de enfermagem e profissionais da área, principalmente na esfera hospitalar e escolar. Discute-se a perspectiva da vulnerabilidade individual, social e programática. Defini-se a legislação através do Estatuto da Criança e do Adolescente e as implicações éticas para os profissionais de saúde. Esses tópicos possibilitam que o enfermeiro obtenha subsídios para obter conhecimento científico sobre a problemática para cumprir com sua responsabilidade em relação à assistência profissional. Além disso, deve haver um compromisso ético, moral e legal enquanto cidadão/profissional. Todavia, isso precede a tarefa de o mesmo ter que se confrontar e lidar com seus próprios sentimentos e emoções acerca da violência contra crianças e adolescentes, trazendo a tona conflitos que precisam ser explorados ao longo de sua formação profissional. A inserção curricular deste tema na formação acadêmica prepara os profissionais da saúde para o diagnóstico deste grave problema apresentando-se, assim, como fator relevante na intervenção precoce de cuidados e prevenção. A universidade deve estar engajada com essa questão, uma vez que os alunos se defrontarão freqüentemente em com essa realidade no âmbito profissional.

**CONCLUSÕES:** A possibilidade de realizar estudos sobre a temática através de cursos passa necessariamente pela atitude de aprofundar em análises e reflexões, via pesquisa, nesta área, por uma compreensão de que a troca de conhecimentos, a discussão, as questões de métodos de ensino e de aprendizagem são essenciais para o melhor exercício profissional dos enfermeiros. O enfermeiro, ao enfrentar a problemática da violência contra a criança e o adolescente, no processo de cuidar, constrói experiências e conhecimentos, respeitando a singularidade das situações, torna-se crítico e responsável pelo processo de intervenção problematizadora para mudança dessa situação. É importante que se reconheça, a criança e o adolescente como um ser pleno de direitos, interativo desde seu nascimento, com necessidades básicas, em que o meio ambiente e o processo de vinculação com o cuidador surjam como elementos fundamentais a um crescimento harmonioso, permitindo desenvolver fatores protetivos que reduzam o número de casos de violência. O trabalho de grupo proposto durante o curso permite uma abordagem ampla da violência, correspondendo a um trabalho preventivo e humanizado, com perspectiva de desenvolver outras atividades sugeridas para adquirir novos conhecimentos. A interação do trabalho de grupo implica na troca de idéias, no fortalecimento do compromisso e na responsabilidade quanto as atitudes

---

para minimização da problemática da violência. Percebemos que o atendimento à criança e ao adolescente em situação de violência não deve ficar restrito somente aos profissionais da saúde que trabalham nos hospitais, mas principalmente aos profissionais da área de Educação e Saúde que atuam nos diversos cenários potenciais tais como na família, escolas infantis, escolas de ensino fundamental e postos de saúde. Objetiva-se uma maior mobilização e integração de diferentes segmentos das equipes de saúde do hospital, com professores, autoridades governamentais, de representantes das instituições da sociedade civil, de movimentos sociais e profissionais de comunicação, no sentido de unir esforços ante a complexidade e abrangência da violência.

**Palavras chave:** violência, enfermagem

---

---

## CUIDADO À CRIANÇA E FAMÍLIA QUE (COM) VIVE NA EPIDEMIA HIV/AIDS A HISTÓRIA DA TRAJETÓRIA DA EPIDEMIA DE UM VÍRUS EM HUMANOS

*Débora Fernandes Coelho(1)*

*1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Aluna do Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora de Pesquisa Clínica na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Membro do Grupo de Estudos do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA/UFRGS).*

### *RESUMO*

A epidemia do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) desde seus primeiros casos identificados, inicialmente nos Estados Unidos, até hoje lança grandes desafios para o mundo dos Seres Humanos. Além de todas as conquistas científicas obtidas nestes mais de 20 anos de história de surgimento do vírus, que fez com que muito se progredisse na manutenção da vida dos indivíduos infectados, muitas outras questões que envolvem a existência humana sobre comportamento, cultura e costumes das Vidas em sociedade vieram à tona a partir da existência deste vírus no meio humano. Algumas conquistas sociais, outros retrocessos fazem parte desta história, mas constantes questões emergem como desafios ainda a serem superados pela espécie. Preconceito, discriminação, abandono, pobreza, miséria, fome, ignorância, julgamentos morais e outras tantas mazelas de um mundo sofrido se juntam a esta trajetória, conseqüências, talvez, de uma história inicial mal contada, mal percebida, mal traduzida, mal olhada. Sabe-se que os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), conseqüência da infecção do HIV no organismo humano, identificados no mundo datam do início da década de 80. Mais precisamente em 1981 a mesma foi descrita para o mundo da saúde como um conjunto de sinais e sintomas diretamente relacionados à deficiência imunológica do organismo humano, causada pela infecção de um vírus que se aloca nos linfócitos para se reproduzir. Portanto, trata-se de um vírus humano e, assim, suscetível a qualquer Ser Humano. A máxima hoje compreendida, no entanto, inicialmente ignorada, declara que todos os seres humanos – tendo organismos humanos – são suscetíveis à infecção pelo HIV. O HIV, inicialmente, chamado de peste “gay”, por estar disseminado nesse grupo. Com o passar do tempo, outros grupos foram manifestando o vírus, sendo, então, denominados de grupos de risco. Hoje, já não existem os famosos grupos de risco, mas sim as situações de risco a que os indivíduos podem estar expostos (NASCIMENTO, 2000). Para melhor compreensão das diferentes interfaces que permeiam o contexto da epidemia apresenta-se, como alternativa, o conceito de vulnerabilidade, pois o mesmo possibilita a avaliação objetiva, ética e política, das condições de vida a que se submete cada indivíduo exposto ao problema e “os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para nos protegermos” (AYRES, FRANÇA JUNIOR E CALAZANS, 1997, p.21). Os mesmos autores colocam que, o termo vulnerabilidade origina-se da advocacia no entanto, torna-se fortemente visível com a epidemia da AIDS a partir da década de 1990, numa tentativa de retirar “o caráter de culpabilidade individual (grupo de risco, comportamento de risco) e se pensar numa possibilidade mais coletiva”, mais

---

abrangente, de possibilidade à infecção pelo HIV (p.21-22). A vulnerabilidade é um constructo conceitual, a qual revela um instrumento de inteligibilidade de situações de saúde e seus determinantes, que envolvem os planos biológico/individual, social e programático/institucional. Tal constructo conceitual, nos diferentes planos, é um todo indivisível, sendo que, ao ocorrer alguma mudança em um dos planos, sempre remeterá aos demais (AYRES, 2003). A vulnerabilidade individual refere-se "àquilo que uma dada pessoa singular pensa, faz e quer", que a coloca, de alguma forma, exposta à aquisição de um agravo de longa duração, seja pela idade, estrutura física, o tipo de informação de que dispõe, como utiliza essa informação, valores, projetos de vida, enfim, tudo o que ela pode fazer por si mesma. A vulnerabilidade social atribui-se às condições culturais, econômicas e políticas que precisam ser pensadas quando se quer compreender as razões pelas "quais as pessoas pensam, fazem e querem coisas" que as expõem a um agravo de longa duração e todas as suas conseqüências, sendo a família parte desse contexto social. E a vulnerabilidade programática reporta-se a situação institucional enquanto saúde, educação, comunidade. Refere-se ao grau de alerta e preocupação com o problema quanto ao modo que a pessoa se organiza para enfrentá-lo (planejamento, recursos, capacidade, gerência e avaliação) que impede ou limita a intervenção sobre as razões sociais que levam o indivíduo "a modos de pensar, fazer e querer", que o expõe aos agravos de longa duração (AYRES, 1998; AYRES, FRANÇA JUNIOR E CALAZANS, 1997). O Ministério da Saúde brasileiro divulga que, no país, já foram identificados cerca de 433 mil casos de AIDS. Este número mostra desde o primeiro caso de AIDS, em 1980, até junho de 2006. A taxa de casos novos a cada ano foi crescente até metade da década de 90, alcançando, em 1998, cerca de 19 casos de aids por 100 mil habitantes (BRASIL, 2007). Nas Regiões Sudeste e Sul concentram-se cerca de 80% dos casos de aids. Observa-se que a região Sudeste é a mais atingida desde o início da epidemia e, apesar da alta taxa de casos novos, está se estabilizando. Na região Sul nota-se aumento das taxas de casos novos até 2003, porém com uma provável desaceleração de crescimento nos anos mais recentes. Os novos números da AIDS no Brasil apontam para uma queda acentuada nos casos de transmissão vertical, quando o HIV é passado da mãe para o filho, durante a gestação, o parto ou a amamentação. A redução foi de 51,5%, entre 1996 (1.091 casos) e 2005 (530 casos). Em 2006, de janeiro a junho, foram notificados 109 casos nessa categoria. Houve um crescimento significativo da epidemia nos indivíduos com 50 anos ou mais entre 1996 a 2005. Os indivíduos na faixa dos 50-59 anos apresentaram uma taxa de casos novos em ascensão neste período, desvela-se entre os homens que passou de 18,2 para 29,8; entre as mulheres, cresceu de 6,0 para 17,3. Entre as pessoas acima dos 60 anos também houve um crescimento significativo, ou seja, nos homens, passou de 5,9 para 8,8 casos em 100 mil habitantes e, nas mulheres, cresceu de 1,7 para 4,6. No país houve aproximadamente 183 mil óbitos por AIDS até dezembro de 2005. Até 1995, a curva de mortalidade acompanhava a de incidência de AIDS, quando atingiu a taxa de 9,7 óbitos por 100 mil habitantes. Após a introdução da política de acesso universal ao tratamento anti-retroviral, observou-se queda na mortalidade. A partir de 2000, evidencia-se estabilização em cerca de 6,3 óbitos por 100 mil, embora essa tendência seja bem mais evidente na Região Sudeste e entre os homens. Além disso, entre 1993 e 2003, observou-se um aumento de cerca de cinco anos na idade mediana dos óbitos por aids, em ambos os sexos, refletindo um aumento na sobrevida dos pacientes. REFERÊNCIAS: AYRES, J.R.C. Vulnerabilidade.

---

Porto Alegre (RS):2003. [3 páginas]. Não disponível: URL: <<http://www.yahoo.com.br>> [e-mail]. Recebido em: 5 set 2003. AYRES, J.R.C. de M; FRANÇA JUNIOR, I; CALAZANS, G.J. AIDS, Vulnerabilidade e Prevenção. In: Seminário de Saúde Reprodutiva em Tempos de AIDS, 2, 1997, Rio de Janeiro. Anais...Rio de Janeiro:ABIA, 1997, p. 20-37. BRASIL. Ministério da Saúde. Aids no Brasil. Home page. Disponível em <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS13F4BF21PTBRIE.htm>. Acesso em: 23/04/2007. NASCIMENTO, D.R. A AIDS no Final do Século. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6, Salvador, 2000. Anais. Salvador: Abrasco, 2000. 1 CD-ROM.

---

---

## CUIDADO À CRIANÇA E FAMÍLIA QUE (COM) VIVE NA EPIDEMIA HIV/AIDS GRAVIDEZ E PUERPÉRIO DA PORTADORA DO HIV-1

*Regis Kreitchmann(1)*

*1. Médico Mestre UFRGS. Aluno do Doutorado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenador de Pesquisa Clínica na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Membro do Grupo de Estudos do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA/UFRGS).*

### *RESUMO*

O Ministério da Saúde estima que existam cerca de 700.000 portadores do HIV em nosso país, representando 0.5 à 1% da população brasileira. Porto Alegre ocupa a terceira posição entre as cidades com as maiores incidências de AIDS. As mulheres contribuem muito para esta estatística, principalmente as jovens em idade reprodutiva. Os dados do Projeto Nascer de Porto Alegre indicam que 3% das nossas gestantes são portadoras do HIV e que a cobertura de testes na gestação é razoável, pois apenas 10% das gestantes chegam ao parto sem a realização do teste no pré-natal. A maioria das gestantes HIV positivas obtém o seu diagnóstico no pré-natal, apenas um pequeno percentual delas faz o diagnóstico pelo teste rápido, no momento do parto. É importante destacar que tem sido detectadas soroconversões durante a gestação e isto justifica a recomendação da repetição de teste do HIV na gravidez caso ele tenha sido realizado a mais de três meses antes do momento do parto. Também cabe lembrar que muitas das gestantes identificadas como portadoras não chegam aos pré-natais especializados por falta de um encaminhamento correto e imediato, negação da paciente, drogadição, entre outras causas. É responsabilidade do profissional e do serviço de saúde verificar se a paciente está sendo acompanhada por um serviço especializado e assegurar-se que ela está realizando o tratamento proposto. Em Porto Alegre os serviços especializados neste atendimento estão localizados no PAM-3 (SAE Municipal), Sanatório Partenom (SAE estadual), H.Femina, H.Conceição, HCPA e H.PUC. Com a implementação do programa de redução da transmissão perinatal do HIV no nosso país, que incluem o oferecimento do teste, o uso de antiretrovirais para a gestante e RN e o aleitamento artificial, houve uma considerável queda nas taxas de contágio dos bebês de 39 % para 2%. Este pré-natal deve ser acompanhado por profissional que tenha experiência no uso de antiretrovirais e que saiba avaliar os marcadores imunológicos e as co-morbidades que frequentemente acompanham a mulher portadora do HIV. Seu parceiro e filhos merecem avaliação para a presença do vírus e sempre recomenda-se o uso de preservativos, mesmo que o parceiro seja também portador do HIV, como forma de evitar a transmissão sexual de cepas resistentes aos ARV e de outras DSTs. A gestante deve receber imunização para o Pneumococo, Hepatite B, Tétano e, quando a imunidade estiver deteriorada ( $CD4 < 200$  cels/mm<sup>3</sup>) deve utilizar a sulfametoxazol e o trimetoprim oral para profilaxia de infecções oportunistas. Devemos utilizar o AZT EV durante todo o trabalho de parto ou iniciá-lo 3 horas antes de uma cesareana eletiva. Esta última deve ser realizada na 38ª semana mas a via vaginal é preferencial se a mulher tiver carga viral realizada após as 34 semanas com menos de 1.000 cópias/ml. É necessário o uso de profilaxia com dose única de Cefazolina



---

2 g EV quando houver múltiplos toques vaginais, trabalho de parto prolongado, bolsa rota maior que 6 horas ou cesareana. No puerpério as mamas devem ser enfaixadas e a cabergolina 2 cp VO deve ser utilizada, se disponível, como forma de inibir a lactação. Verifique, através de contato com especialista, se os antiretrovirais devem ser mantidos após o parto e neste caso, reforçe a adesão ao tratamento, o uso de preservativos e ofereça também outro método contraceptivo. Já existe segurança e experiência no emprego da Depo-Provera IM e do dispositivo intra-uterino. Um manejo adequado da gestante é coroado, geralmente, por uma criança sadia e uma família bem orientada para os cuidados com a saúde, determinando uma boa qualidade de vida e longevidade.

---

---

## CUIDADO À CRIANÇA E FAMÍLIA QUE (COM) VIVE NA EPIDEMIA HIV/AIDS CUIDADOS ÀS CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

*Diego Schaurich(1)*

*1. Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Bolsista CAPES. Membro do Grupo de Estudos do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA/UFRGS).*

### **RESUMO**

Ao se considerar que a criança é um ser em crescimento e desenvolvimento físico, psíquico e emocional, além de possuir vulnerabilidades que lhe são inerentes, muitos são os cuidados necessários a fim de garantir-lhe boas condições de saúde e vida. No entanto, quando se considera as crianças que vivenciam algum tipo de doença, neste caso o estar infectado pelo HIV, faz-se preciso compreender que existem cuidados que são peculiares as necessidades e experiências referentes à epidemia da aids. Sendo assim, vários são os cuidados voltados às crianças que vivem com HIV/aids (comuns, também, a todas as demais), dos quais podem ser citados aqueles destinados à alimentação, higiene, lazer, recreação, saúde, educação, entre outros. Contudo, para fins desta reflexão, serão priorizados dois cuidados essenciais ao vivido pelas crianças, quais sejam: o tratamento anti-retroviral (e, conseqüentemente, as questões que permeiam o processo de adesão medicamentosa) e a revelação do diagnóstico de aids. Atualmente, o tratamento anti-retroviral faz parte do cotidiano das crianças e famílias que encontram-se inseridas na epidemia da aids, o que tem lhes garantido uma vida com melhor qualidade e uma maior expectativa de vida. Neste sentido, os cuidados referentes a este aspecto específico devem levar em consideração os horários em que as medicações são administradas, as recomendações alimentares que devem ser associadas ao tratamento, os efeitos colaterais presentes, a sensibilidade da criança ao gosto/cheiro dos mesmos, os quais terão reflexo direto em uma maior ou menor adesão medicamentosa. Em relação próxima com os cuidados anteriormente descritos, encontram-se os cuidados com a revelação do diagnóstico, pois, à medida que as crianças administram o tratamento e este lhes possibilita uma maior expectativa de vida, faz-se premente, cada vez mais, que as famílias e os serviços de saúde estejam preparados para o fenômeno de revelar o diagnóstico de aids à criança. Portanto, os cuidados referentes a esta questão devem levar em consideração aspectos objetivos e subjetivos como, por exemplo, quem deve realizar esta revelação, em qual momento, qual a capacidade compreensiva da criança, como deve ser este diálogo, qual a rede de apoio que a criança e sua família tem, entre outros. Desta maneira, há que se entender que as crianças que vivem com HIV/aids, para além dos cuidados que são desenvolvidos a todas as crianças em virtude de estarem experienciando uma etapa do processo de crescimento e desenvolvimento, necessitam de cuidados que são específicos a sua condição sorológica e/ou doença que possuam. Concluindo, acredita-se que os principais a serem considerados pelos profissionais da saúde são os cuidados relativos ao tratamento anti-retroviral e à revelação do diagnóstico, uma vez que estão presentes no cotidiano das crianças e suas famílias e interferem diretamente na qualidade de vida destes.

---

---

## CUIDADO À CRIANÇA E FAMÍLIA QUE (COM) VIVE NA EPIDEMIA HIV/AIDS A FAMÍLIA E SUA TRAJETÓRIA DE CUIDADOS À CRIANÇAS SOROPOSITIVA

*Maria da Graça Corso da Motta(1)*

*1. Doutora, Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, vinculada ao Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Estudos do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA/UFRGS).*

### RESUMO

Ao refletir sobre as famílias de crianças soropositiva é imperativo levar em consideração a multiplicidade de fatores sócio econômicos culturais, que atuam no contexto familiar, além das influências afetivos, emocionais que configuram a experiência da doença, principalmente quando se trata do HIV/Aids, uma patologia ainda marcada por um forte estigma social. As interfaces do cuidado à saúde destas crianças e suas famílias é outro aspecto igualmente relevante que merece ser discutido, levando em conta o caráter de doença crônica e suas repercussões tanto à vida da criança como para os familiares e/ou cuidadores. Observa-se na trajetória da criança soropositiva e família a necessidade de enfrentar o estigma social, de adaptar e readaptar-se com frequência em relação ao tratamento que é longo e complexo, além da incerteza em relação ao futuro. A família, independente de sua configuração, desempenha um papel basilar no mundo da criança. Para Polônia ;Dessen;Silva (2005, p.113) família é um sistema complexo, composto por subsistemas integrados e interdependentes, que estabelece uma relação bidirecional e de mútua influência com o contexto sócio-histórico-cultural no qual está inserida. A família, ainda representa para a criança um espaço de inclusão e acolhimento, oferece amor, afeto, proteção e segurança. É o seu referencial no mundo, intermédia sua existência como ser-no-mundo. (MOTTA; LUZ, 2003). Para Montoro (1994) a família é um sistema de vínculos afetivos responsável pela formação da estrutura psíquica da criança, é um facilitador para que possa, crescer e desenvolver suas potencialidades, em cada etapa evolutiva. A sensibilidade parental, portanto é um fator fundamental na interação com a criança, considerando que oferecendo qualidade na relação de apego. Para Lacharité, (2003) apego tem papel significativo na relação da criança consigo, com as outras pessoas, na adaptação social e cognitiva acrescenta ainda que está associado ao seu interesse de exploração do mundo. Elsen (2002) introduz a idéia da família como uma unidade de cuidado de saúde, acrescenta que para isso emprega os seus recursos internos e externos para a manter e ou recuperar a saúde de seus membros. A doença é um elemento antropológico, desarticula a existência do ser doente e seu universo familiar emerge muitos sentimentos e percepções, a possibilidade da morte, sempre presente geradora de muito estresse e ansiedade. A doença provoca transformações radicais no mundo da família, precisa reestrutura-se para assumir os novos papéis, reconstituir-se para enfrentar este fato existencial, para cuidar de si e do filho. A doença provoca uma ruptura no mundo da criança, o corpo, seu referencial, no mundo, altera-se, apresenta transformações modifica a sua imagem corporal manifesta dor, enfrenta o sofrimento (MOTTA, 1997). A criança teme a rejeição, sente medo da reação dos outros, se mantém, muitas vezes, em isolamento, pois se

---

percebe diferente. Ao vivenciar a doença a criança, mesmo muito pequena, a madurece, compreende o significado da doença e da morte, luta para preservar sua existência, manifesta força e coragem, entretanto o seu olhar é distante e triste, revela, possivelmente, suas incertezas, inseguranças em relação ao seu futuro (MOTTA,1997). Estes aspectos são salientados por Levinas, (1982) quando afirma que a criança é uma presença que através do olhar expressa-se. A família deve ser considerada pela equipe de saúde como uma unidade de desenvolvimento humano e saúde, auxiliando ampliar sua capacidade e estratégias no cuidado de seus membros (MOTTA; LUZ, 2003).

• O acolhimento e a construção de redes de apoio à família, (intra/extra familiar e profissional) parece ser eficaz, como estratégias de cuidado, fortalecendo para o enfrentamento da doença e o cuidado da criança. A equipe de saúde pode auxiliar a família e/ou cuidador a lidar com seus sentimentos, favorecendo a busca do equilíbrio, a fim de construir condições para o enfrentamento do estresse, reorganizar-se e adaptar-se as adversidades advindas da doença. Destaca-se ainda a possibilidade de aproveitar os recursos individuais e do entorno familiar e social, a fim de reforçar seus vínculos e responsabilidades, bem como assegurar um tratamento competente e estabelecer redes de apoio para a criança e família. Identificar as forças da família, esperança é outro aspecto relevante. A manutenção uma relação ética e estética, onde está presente a solicitude, intersubjetividade e sensibilidade são essenciais no processo de cuidar (MOTTA, 1997).

A trajetória da família com a criança soropositiva é árdua, difícil e complexa, considerando a multiplicidades de fatores envolvidos, a partir do diagnóstico e ao longo do tratamento da doença. Para a da equipe de saúde é exigindo competência, capacidade de reconhecer os direitos, a subjetividade e referências culturais da família, respeitando seus ritos e mitos relacionados aos cuidados da saúde/doença de seus membros, o que caracteriza o acolhimento. Além disso, desenvolver uma comunicação clara e solidária, favorecer a autonomia, o empoderamento, ajudando na busca seus direitos como cidadão, em fim resgatando no processo de cuidar em saúde os valores humanos, oferecendo dignidade aos seres humanos, em especial, em situação de sofrimento e dor, determinado pela doença.

REFERÊNCIAS: SLEN, Ingrid. Cuidado Familiar: Uma proposta Inicial de sistematização. Conceitual. In: ELSE, MARCON; SANTOS. *Oviver em Família e sua Interface com a Saúde e a Doença.* (org.) Maringá: Eduem, 2002. LACHARITÉ, Carl. *Sensibilidade Materna e Apego.* In: Seminário GAPEFAM, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, março de 2003. LEVINAS, Emmanuel. *Ética e Infinito.* Lisboa: Ed. 70, 1982. MONTORO, Gilda Franco. *Contribuições da teoria do apego à terapia familiar.* In: Temas em terapia familiar. São Paulo: Plexus, 1994. MAFFESOLI, Michel. *O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa.* Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987. MOTTA, Maria da Graça Corso. *O Ser Doente no Tríplice Mundo da Criança, Família. Hospital: Uma Descrição Fenomenológica das Mudanças Existenciais.* Florianópolis: UFSC/Centro de Ciências da Saúde, 1997. Tese (Doutorado) Universidade Federal de Santa Catarina. MOTTA, Maria da Graça, Corso; LUZ Anna Maria Hecker. *Família como Unidade de Desenvolvimento Humano e Saúde .Ver. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v.2 sulp, 2003.* POLÔNIA, Ana; DESSEN, Maria Auxiliadora; SILVA, Nara Liana. *O MODELO BIOECOLÓGICO DE BRONFERBRENNER; CONTRIBUIÇÕES PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO.* In: DESSEN, M.A.; JUNOIR COSTA, Anderson. (org.) *A Ciência do desenvolvimento Humano- Tendências e*

---

Perspectivas. Porto Alegre: Artmed, 2005. VASCONI, Rúben. La Salud como Problema Existencial. In: I Seminário Internacional de Filosofia e Saúde. Florianópolis, 16 a 19 de Nov. de 1994. WHALEY; WONG. Enfermagem Pediátrica-Elementos Essenciais Internação Efetiva. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1999.



# Palestras

---

---

RESPONSABILIDADE SOCIAL E ENFERMAGEM:  
O QUE TEMOS E O QUE QUEREMOS NA ASSISTÊNCIA

Ana Maria Müller de Magalhães(1)

1. Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

**RESUMO**

A questão da responsabilidade social tem sido um tema recorrente em todas as organizações. Em especial nas da área da saúde, dada a natureza de suas atividades, tal conceito deveria estar plenamente incorporado às práticas e políticas institucionais. No entanto, ao se analisar a realidade, encontram-se, neste segmento, inúmeras dificuldades e defasagens na adoção de estratégias efetivas para responder a esse desafio. Conforme ASHLEY (2003, p.6), a responsabilidade social pode ser definida como: [...] compromisso que uma organização deve ter com a sociedade, (...) agindo proativamente e coerentemente no que tange ao seu papel específico na sociedade e sua prestação de contas para com ela. A organização assume obrigações de caráter moral, além das estabelecidas em lei, mesmo que não diretamente vinculadas às suas atividades, mas que possam contribuir para o Desenvolvimento Sustentável. Observa-se, portanto, que a responsabilidade social vinculada ao processo de gestão na prestação de serviços de saúde não pode ser vista como uma simples prática ou política da direção da instituição, mas deve permear toda a estrutura e ser a expressão da cultura da organização na relação com seus usuários e seus parceiros. URSINI e BRUNO (2005) destacam que muitas empresas têm se mobilizado para uma gestão socialmente responsável, investindo em uma relação ética e transparente com todos os seus públicos de relacionamento. Muitas destas iniciativas, porém, têm se caracterizado por ações pontuais e desconectadas da Visão, Missão e Planejamento Estratégico, não representando um compromisso efetivo para o desenvolvimento sustentável. Cabe ressaltar que a ética deve ser a base da responsabilidade social e expressa-se através dos princípios e valores adotados pela organização, sendo importante seguir uma linha de coerência entre a ação e o discurso. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre, como hospital público, geral e universitário, tem buscado exercer esta coerência entre discurso e ação através de uma política de transparência de resultados da gestão, investindo num modelo de planejamento estratégico que permita o amplo envolvimento e participação na consolidação da Visão e da Missão Institucional: **Visão:** Ser um referencial público de alta confiabilidade em saúde. **Missão Institucional:** Prestar assistência de excelência e referência com responsabilidade social, formar recursos humanos e gerar conhecimento, atuando decisivamente na transformação de realidades e no desenvolvimento pleno da cidadania. No Clínicas, utilizando-se como ferramenta do planejamento estratégico o Balanced Scorecard (BSC), foram relacionados grupos de interesses institucionais – tais como Governo Federal (ministérios da Educação e da Saúde), governos Estadual e Municipal, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, fornecedores, agências de fomento à pesquisa, universidades locais e operadoras de saúde – e

---

beneficiários diretos dos serviços, como professores, alunos e pesquisadores, pacientes, familiares e funcionários. Os beneficiários institucionais contam com o Hospital como parceiro no fortalecimento das políticas nacionais para a saúde e na execução de serviços de assistência, ensino e pesquisa. Já os beneficiários diretos contam com os serviços de qualidade e referência, tanto na rede de serviços de saúde como no âmbito acadêmico. A área de enfermagem, como público de interesse e beneficiária direta das atividades de assistência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, vem ocupando e construindo seu espaço neste contexto, através do fortalecimento de uma política e prática institucional de assegurar maior participação nos processos de comunicação e tomada de decisões, incentivando a criação de idéias e sugestões para melhorar o processo de trabalho e de gestão do Hospital. Este esforço pode ser evidenciado através de sua atuação direta nos resultados da produção assistencial, que vêm aumentando e otimizando a utilização dos recursos de forma integrada. Estes resultados estão disponíveis nos dados de acompanhamento dos indicadores de qualidade assistencial, apresentando aumento do número de internações, diminuição do tempo de permanência, redução das taxas de mortalidade, queda das taxas de infecção e ampliação do grau de satisfação dos pacientes, entre outros. São destaques algumas ações, lideradas e compartilhadas pela enfermagem, que asseguram uma atenção à saúde cada vez mais qualificada e humanizada. Destacam-se, neste contexto: Grupo de Trabalho da Humanização (GTH), que desenvolve a Política Nacional de Humanização (PNH), buscando implementar ações que melhorem a qualidade nas relações e no atendimento de trabalhadores e usuários, pautado na indissociabilidade entre a gestão e a atenção; Programa de Proteção à Criança e Programa para Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, que, junto com o Programa de Apoio à Família, buscam alternativas e soluções para os problemas das crianças e suas famílias em um contexto social abrangente, identificando e prevenindo situações de violência intra-familiar e outras situações de risco que transcendem o período de internação hospitalar; Grupo de Gestão do Relacionamento com o Cliente (GGRC), que busca acompanhar a opinião do cliente e sua família com relação ao atendimento recebido, através da pesquisa de satisfação, apontando os pontos de melhoria no processo de trabalho; Programa de Consultoria em Aleitamento Materno, cujos objetivos principais são a promoção e a proteção do aleitamento materno; Programa de Apoio à Família e Grupo de Pais, os quais visam integrar a família no cuidado e na reinserção social de adultos e crianças após longos períodos de internação e mudanças de suas condições de vida decorrente dos processos de doença. Cabe ressaltar, ainda, a fundamental participação da enfermagem no processo assistencial no que se refere à gestão ambiental, pois as ações da área geram cerca de quatro toneladas diárias de resíduos na Instituição e os profissionais de enfermagem são os responsáveis diretos por grande parte da segregação adequada de resíduos biológicos e químicos, além dos comuns e recicláveis. O comprometimento da direção e de todos os funcionários com o descarte adequado dos resíduos de saúde tem um grande impacto social para o desenvolvimento sustentável. As ações destacadas representam uma parte daquilo que entendemos como atividades socialmente responsáveis no contexto da enfermagem. No entanto, entendemos que esta área pode contribuir muito mais para o planejamento sistemático de ações e estratégias que fortaleçam a comunicação e os canais de relacionamento entre a Instituição e a sociedade, na busca do desenvolvimento social responsável.



---

Acreditamos que a prática de enfermagem deve ter o respeito ao ser humano como foco central no planejamento dos cuidados, através da sistematização da assistência de enfermagem, onde se busca desenvolver uma atenção de saúde com integralidade, considerando cada usuário como ser único, com suas opiniões e crenças. Construir e fortalecer a rede de relações institucionais e sociais que permitam a manifestação de todos os agentes envolvidos na produção de serviços de saúde é o que almejamos para consolidação da missão e visão institucional. Acreditamos que, deste modo, estejamos contribuindo, para a formação de cidadãos responsáveis pela gestão dos recursos e das políticas públicas de saúde. A enfermagem tem papel fundamental neste processo, pela sua atuação direta junto à população e na implementação destas políticas. Precisamos incentivar a articulação de um trabalho multidisciplinar integrado, que preserve a autonomia dos diferentes saberes e dos diferentes sujeitos que participam do processo de trabalho, e principalmente, valorizando e respeitando o usuário cidadão responsável. REFERÊNCIAS: ASHLEY, P. Responsabilidade social nos negócios. São Paulo: Saraiva, 2003. URSINI, T.R.; BRUNO, G.O. A gestão para a responsabilidade social e o desenvolvimento sustentável. Fundação de apoio à tecnologia-FAT, mar./maio 2005.

---

## ASSUMINDO A RESPONSABILIDADE SOCIAL ATRAVÉS DO PROCESSO DE ESCUTA

*Mariléa Rodegheri(1)*

*1. Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva/Saúde Mental*

### *RESUMO*

Uma das possibilidades de assumir a responsabilidade social realizando o processo de escuta é ouvir o cliente através do canal da ouvidoria. Ouvidoria é um dos principais canais para a democratização das relações institucionais com a sociedade, pois revela o nível de compreensão das relações sociais, mesmo quando permeadas pela técnica como é o caso no âmbito médico-hospitalar, onde a fragilidade em que se encontram os usuários e seus familiares são marcantes. Instituições hospitalares são cenários propícios por serem ambientes muitas vezes promotores de conflitos, onde o Ouvidor é um mediador, um facilitador de diálogo entre os vários atores. A ouvidoria do HCPA foi criada a partir da 260ª Reunião do Conselho Diretor e iniciou suas atividades na 2ª quinzena de março de 2005, para suprir a inexistência de um local específico que recebesse as manifestações da clientela sobre os serviços prestados pela instituição. Tem como população alvo clientes internos (professores, funcionários, médicos-residentes e estudantes) e externos (pacientes, familiares, fornecedores, prestadores de serviço, gestores de saúde e comunidade em geral). As atribuições são: atender a comunidade, registrando suas manifestações, reclamações, sugestões e elogios; encaminhar e acompanhar as manifestações até a solução final, escutar, acolhendo as pessoas como seres humanos, retornando ao cliente as soluções adotadas e garantir a implantação das mesmas; preservar a qualidade do serviço assistencial, a satisfação do cliente e os princípios éticos que norteiam o trabalho na área de saúde. Existe em cada um de nós esta necessidade fundamental de sermos acolhidos, compreendidos, amados, tal como somos, com nossa história pessoal, com nosso ambiente cultural, com nossos sofrimentos e alegrias. Isso significa que devemos saber escutar não somente com os ouvidos, mas até com os olhos. É necessário dedicar tempo para prestar plena atenção. Significa colocar temporariamente entre parênteses preconceitos e certezas. A compreensão nasce da escuta e significa não julgar. Quem julga quer somente proteger-se ou colocar uma etiqueta na outra pessoa: você é assim! O mau humor, o nervosismo, a irritação, a ira e sobretudo a necessidade de ter razão a todo custo complicam terrivelmente a compreensão. A maneira mais eficaz de receber informações é a escuta atenta. Quando estamos ocupados ou distraídos, quase inevitavelmente OUVIMOS SEM ESCUTAR o que as pessoas estão dizendo. As manifestações são recebidas através de entrevista pessoal, por telefone, fax, carta, correio eletrônico, home page. O objetivo é descrever a experiência de dois anos de atuação da ouvidoria do HCPA, no relacionamento com o cliente. A metodologia utilizada será tipo relato de caso. De março a dezembro de 2005 recebemos 1389 manifestações. Sendo: 811 reclamações, 274 orientações, 131 sugestões, 99 elogios e 74 solicitações de informações. Do total das manifestações 181 (13%) foram provenientes do público interno. Entre as reclamações, identificamos problemas referentes a consultas, exames, procedimentos, cirurgias, alta

---

hospitalar, relação profissional-paciente, documentação e instalações/equipamentos. Na sua atuação a ouvidoria recebeu, em 2006, 2082 manifestações destas: 895 reclamações, 699 solicitações de orientações, 271 sugestões, 217 elogios. Sendo 80,60% de clientes externos e 19,40% de clientes internos. Deste total, 81% foram respondidas e 19% se encontram em andamento. O encaminhamento das reclamações e sugestões gerou diversas melhorias, algumas em implementação e outras já implementadas ao longo dos anos. Entre estas últimas 31 foram implementadas em 2005 e 41 em 2006. Entre as implementações de 2005/2006 destacam-se: Reavaliação da emissão de receitas de medicamentos controlados e de uso contínuo com validade de 6 meses. Resultado: as receitas serão fornecidas com validade para 30 dias e a data será aposta no momento em que for aviadados (dispensados) a receita; Realização de treinamento de funcionário para realização de exame potencial evocado, para cobrir folgas, licenças para tratamento de saúde, férias para evitar interrupção na realização dos exames; Colocação de Relógio na entrada do ambulatório; Colocação de espelho e recipiente com água, além de sucos de frutas, no refeitório; Colocação de bancos na área externa, próxima a entrada dos ambulatórios, para maior conforto da clientela que ficam várias horas aguardando por micro ônibus e ambulâncias; Intermediação de propostas dos taxistas junto à área administrativa do HCPA inclusive com sugestão de treinamento aos mesmos para que ajudem os pacientes com deficiência física; Redução da cobrança da cópia dos laudos de exames laboratoriais solicitados pelos pacientes de R\$ 1,50 para R\$ 0,15 a cópia, e acima de 20 copias este valor torna-se isento; Estacionamento próprio para deficientes físicos, tanto para clientes externos como para funcionários, e adequação da área externa do Hospital às necessidades dos deficientes físicos (facilitação dos acessos); Realização de novo processo seletivo a partir de denúncia recebida pela Ouvidoria; Relação profissional/paciente - Reavaliação do processo de trabalho e mudança de chefia; Alterações no sistema de agendamento de exames fonoaudiológicos, diferenciando adultos e crianças. Acréscimo da exigência de “Carteira de Identidade”, no formulário de requisição de biópsia, evitando o cancelamento do procedimento; Intermediação para a concretização de alta de pacientes de longa permanência. Proposta de orientação aos profissionais da saúde através de pareceres solicitados à Comissão de Ética Médica sobre sigilo profissional e atendimento a pacientes com intercorrências agudas nos ambulatórios. Informatização do Boletim da situação atual dos pacientes da Unidade de Emergência. Elaboração de Protocolo de risco de suicídio junto à Comissão de Humanização e Serviço de Psiquiatria. Discussão junto à Administração Central sobre rotina de extravio de prótese no HCPA e seu ressarcimento. Inclusão do nome do responsável pelo paciente no aviso de alta. Solicitado colocação de grades nas janelas do banheiro da CTICC visando evitar tentativa de suicídio dos familiares. Implementação de “atendimento de porta” (informações, receitas, atestado, laudos,...) em alguns serviços ambulatoriais. Implementação do acolhimento (zona 14) realizado por profissional realocado repercutindo em redução de conflitos e maior satisfação do usuário. Criação de espaço externo para descanso de não fumantes. Elaboração de normas pertinentes ao uso adequado do refeitório do HCPA. Aprimoramento do atendimento dos taxistas aos usuários da Instituição e conseqüente Prêmio Top of Mind 2006, concedido pelo INBRAP (Instituto Brasileiro de Pesquisa de Opinião Pública) ao Condomínio Ponto Fixo Táxi Hospital de Clínicas. Informação antecipada de cancelamento de cirurgia pela equipe. Melhoria das condições de Hotelaria (ar condicionado,

---

TV, telefone, roupeiros novos e pintura) da Unidade de Internação do 4º Sul. Liberação de acesso pela Rua São Manoel para pacientes especiais vinculados a Fundação de Proteção Especial, que são atendidos no CAPS, mediante identificação e comprovação de consulta. Colocação de placas de sinalização em diversos setores do hospital. Se não compreendermos verdadeiramente o outro, nunca saberemos o que realmente é importante para ele. Cada pessoa é única, e como tal deve ser vista, Normalmente se pensa que quando duas pessoas estão em desacordo, uma têm razão e a outra não. Às vezes as duas têm razão, cada uma de acordo com seu ponto de vista. Muitos sofrimentos humanos são provocados pela incompreensão. A compreensão é antes de tudo uma atitude mental, um fruto da vontade. A avaliação do trabalho da ouvidoria após dois anos de funcionamento permite a identificação de vários problemas de ordem funcional e administrativa que estão propiciando a reavaliação de processos de trabalho da instituição com conseqüente satisfação do cliente.

---

---

## O “PROCESSO DE ESCUTA” DO USUÁRIO ATRAVÉS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE CLIENTES E A RESPONSABILIDADE SOCIAL

*Gisela Maria Schebella Souto de Moura(1)*

*1. Professora Adjunta do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS. Adjunta da Coordenação do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. . Doutora em Administração.*

### **RESUMO**

A ação de escutar o usuário teve início, no contexto administrativo, quando a indústria japonesa adotou a estratégia de ouvir a opinião do cliente durante processo de concepção e planejamento de novos produtos. Esta prática representou um desdobramento do movimento da qualidade que tomou conta da indústria de bens na década de 80. A qualidade, inicialmente, assunto de preocupação advinda da área da engenharia, buscava a melhoria dos processos internos da empresa, estabelecendo-se como uma questão a ser conduzida pelos gerentes de operações. Entretanto, a indústria percebeu que melhorias de processos não estavam, necessariamente, vinculadas às prioridades de produtos ou serviços do cliente. Isto quer dizer que, nem sempre os padrões de qualidade definidos pelo fabricante contemplavam as expectativas e necessidades do cliente em relação ao produto. Essa constatação conduziu, então, ao movimento denominado QFD – *Quality Function Deployment*. O QFD passou a considerar a opinião do cliente no processo de projeto e desenvolvimento de produtos. Este modelo passou a ser, fortemente, incorporado pela área de serviços na década de 1990. A introdução e valorização da opinião do cliente no ambiente de produção de bens e serviços provocaram uma inversão das práticas gerenciais: do conceito anterior de que o cliente deveria se adaptar àquilo que a empresa poderia oferecer, passou-se ao de que a empresa deveria se organizar para melhor atender ao cliente. O cliente conquistou, então, uma posição privilegiada e passou a ser o centro das atenções de toda a empresa que buscava implantar uma moderna prática de gestão. Clientes satisfeitos tenderiam não apenas a retornar a empresa para a compra de novos produtos ou serviços, mas também a, espontaneamente, elevarem a incidência da propaganda boca a boca. A “satisfação” é uma avaliação que o cliente faz acerca de um produto ou de um serviço. Neste processo de avaliação ele pondera as expectativas que possuía com relação ao serviço, a performance do prestador de serviço, a percepção de ter sido tratado de forma justa e as emoções que ele experimentou durante o processo de recebimento do serviço. Sentimentos de prazer, raiva, indiferença, alegria ou irritação são alguns exemplos de vivências do cliente no ambiente de serviços. Com o objetivo de satisfazer o cliente, as empresas têm introduzido em suas práticas cotidianas a “Pesquisa de Satisfação”; sendo esta reconhecida como recurso para obter informações sobre como o cliente tem percebido e avaliado o serviço, isto é, o quão satisfeito está. Ao mesmo tempo, esta prática possibilita também obter sugestões para melhoria do serviço. Entende-se que é exatamente neste ponto em que o processo de escuta do usuário - com vistas a sua satisfação – faz a intersecção com o conceito de responsabilidade social. A responsabilidade social é aqui entendida como o “compromisso que uma

---

organização deve ter com a sociedade, expresso por meio de atos e atitudes que afetem positivamente, de modo amplo, ou a alguma comunidade, de modo específico, agindo proativamente e coerentemente no que tange a seu papel específico na sociedade e a sua prestação de contas para com ela. A organização, neste sentido, assume obrigações de caráter moral, além das estabelecidas em lei, mesmo que não diretamente vinculadas as suas atividades, mas que possam contribuir para o Desenvolvimento Sustentável dos povos”. (ASHLEY, 2003, p.6). Neste sentido, os hospitais, como empresas prestadoras de serviços de saúde, cumprem o seu papel social quando encontram o ponto de equilíbrio entre a tecnologia empregada no atendimento ao usuário (representada pelo conhecimento científico das profissões) e os atributos responsáveis pela satisfação do cliente (por exemplo, o atendimento gentil e cordial, o respeito ao indivíduo e a sua privacidade, a prontidão, a sensibilidade, dentre outros). O “processo de escuta”, por si só, não abrange a robustez do conceito de responsabilidade social. O que se quer dizer com isto é que apenas ouvir não é suficiente. Essa idéia se concretiza, na prática, quando são implementadas ações a partir dos depoimentos ou opiniões do cliente. É necessário que a empresa, no caso o hospital, ouça o cliente (ou usuário) e tenha capacidade de responder às demandas dele oriundas. Assim, o hospital estaria desenvolvendo uma verdadeira cultura de serviços voltados ao cliente e cumprindo seu compromisso moral com a população. E qual a participação da enfermagem neste contexto? A enfermagem, no hospital, é a equipe que estabelece o maior número de contatos com o paciente, interagindo com ele nas 24 horas do dia e durante todo o seu período de hospitalização. Os momentos de contato com esta equipe são reconhecidos como os mais importantes em predizer a satisfação, quando comparados com aqueles com os profissionais de outros serviços do hospital. (ZEITHAML e BITNER, 2000). Os inúmeros momentos de contato com o paciente, a proximidade física, a possibilidade de intensa comunicação, decorrentes dos cuidados de enfermagem prestados ao longo das 24 horas do dia, torna a equipe de enfermagem uma importante fonte de satisfação dos usuários, através da maneira como realiza seu ato de “cuidar”. Os usuários dos serviços de saúde “[...] têm na enfermagem, uma referência para onde convergem suas expectativas de terem atendidas suas necessidades de recuperação, e que estas envolvem tanto ações diretas como as indiretas, permitindo que seu tratamento possa evoluir de maneira satisfatória”. (SILVA, 1999, p. 86) Outro aspecto a ser considerado, também, é o intenso relacionamento que a enfermagem estabelece com as demais equipes que se mobilizam em torno do atendimento ao usuário, servindo como elo de ligação entre o paciente e as demais equipes ou mesmo entre equipes, integrando as informações acerca do paciente. No contexto da satisfação do cliente e da responsabilidade social, entende-se que a enfermagem desempenha um papel estratégico quer seja no compartilhamento e disseminação das necessidades, expectativas e percepções do cliente quanto ao serviço recebido, quer seja na articulação com os diversos setores para aprimorar a capacidade de resposta organizacional às demandas do cliente.

---

A EXPERIÊNCIA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS  
DE PORTO ALEGRE  
PROGRAMA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DE FERIDAS

*Dóris Baratz Menegon(1)*

*1. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública e Serviço de Dermatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Coordenadora do Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O significado da palavra ferida vai além da definição da perda da solução de continuidade da pele. Significa chaga, desgraça, aquilo que deixa cicatriz. As causas desta lesão podem ser as mais variadas: um acidente, queimaduras, agressão, doença crônica, complicações de um procedimento cirúrgico, entre outras. O tratamento das feridas vem evoluindo desde 3000 anos AC, onde as feridas hemorrágicas eram tratadas com cauterização; o uso de torniquete é descrito em 400 AC, a sutura é documentada desde o terceiro século a.C. Na Idade Média, com o aparecimento da pólvora, os ferimentos tornaram-se mais graves. O cirurgião francês Ambroise Paré, em 1585 orientou o tratamento das feridas quanto à necessidade de desbridamento, aproximação das bordas e curativos. Lister, em 1884, introduziu o tratamento anti-séptico. No século XX, vimos a evolução da terapêutica com o aparecimento da sulfa e da penicilina. Em 1962, George Winter, através de pesquisa, descobriu que o meio úmido acelera a cicatrização das feridas. Hoje presenciamos uma revolução no tratamento de feridas, novos conceitos, novas tecnologias e muitas pesquisas nesta área. Em 1999 um grupo de enfermeiros de diversos setores do hospital, motivadas pelo número expressivo de lesões de pele apresentadas pelos pacientes atendidos na instituição, pela diversidade de condutas em relação ao tratamento e pelo desconhecimento de novos produtos existentes no mercado, reuniram-se para estudar, discutir e padronizar condutas de prevenção e tratamento de feridas. Este grupo era denominado inicialmente como “Grupo de Pele”. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital público, geral e universitário e tem como missão institucional prestar assistência de excelência, formar recursos humanos e gerar conhecimentos. Este aspecto foi fundamental na busca da qualidade do atendimento ao paciente e na fundamentação teórica da nossa prática. Este grupo fez revisões bibliográficas, treinamento de profissionais da área, propôs mudanças baseadas em evidências, foi transformado em programa institucional em 2005. Participam atualmente do programa de 17 enfermeiros do HCPA, uma professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, representante do Grupo de Enfermagem e uma acadêmica de enfermagem como bolsista. **OBJETIVOS:** O Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF) tem como objetivo aprimorar o cuidado ao paciente na prevenção e tratamento de lesões de pele, através da elaboração e implantação de protocolos; prestar consultorias técnicas; formar banco de dados sobre técnicas e produtos; desenvolver atividades de pesquisa e promover treinamentos e eventos científicos sobre o tema.

---

RESULTADOS: Além das reuniões, seminários e treinamentos o PPTF realizou 418 consultorias no ano de 2006, quando a consultoria de enfermagem foi informatizada, aumentando assim o número de solicitações. Em 2007 já foram realizadas 208 até. As consultorias de enfermagem são solicitadas pelos enfermeiros e equipes médicas, para orientação de curativos para feridas de alta complexidade. As consultoras também prestam assessoria para prevenção de úlceras de pressão. Em 2005, a assessoria da presidência para protocolos assistências, solicitou a indicação de representantes do PPTF para compor uma equipe multidisciplinar a fim de elaborar o Protocolo Assistencial de Prevenção e Tratamento de Ulcera de Pressão. A elaboração foi baseada em estudos que evidenciam as boas práticas tanto de prevenção como de tratamento de Ulcera de Pressão (UP). O protocolo é baseado na avaliação de risco de todos pacientes que internam no hospital, através desta avaliação são estabelecidas medidas preventivas para os pacientes em risco. Sob a coordenação do PPTF, este protocolo está sendo gradualmente implantado na instituição, passando pelas fases de sensibilização e de capacitação. Na etapa de sensibilização acontece a participação do Serviço de Psicologia para promover a discussão da percepção dos participantes em relação à UP. A capacitação tem uma ênfase maior na prevenção da UP e conta com a parceria do Programa de Prevenção e Controle dos Distúrbios Osteomusculares (PPDORT) do Serviço de Medicina Ocupacional para desenvolver as questões relacionadas aos princípios da ergonomia e da biomecânica. Os aspectos relativos ao posicionamento adequado do paciente, bem como o uso de coxins, cunha e travesseiro são desenvolvidos pela Terapeuta Ocupacional do Serviço de Fisiatria. A etapa seguinte é a capacitação do manejo adequado das úlceras. A implantação é avaliada pelo indicador da UP e através de questionário direcionado as equipes de enfermagem. A implantação já possibilitou algumas inovações, tais como: uso do Triglicerídios de cadeia média (TCM) como protetor de pele nas áreas de risco para UP, aumento do número de colchões piramidais, aquisição de colchão de fluxo de ar, elaboração de Kit de coxins e a utilização de produtos de alta tecnologia no tratamento de feridas. Por sugestão de um enfermeiro, estamos utilizando as cores dos sinais de trânsito para identificar os pacientes. Verde sem risco, amarelo em risco e vermelho na presença de ulcera. O Protocolo de UP, já foi implantado no 6º norte, 6º sul, 7º norte, e está em fase de implantação 4º sul, 5º norte e Centro de Terapia Intensiva. Nas áreas cirúrgicas e emergência a implantação será feita no 2º semestre de 2007. O HCPA está trabalhando com indicadores que avaliam a qualidade do cuidado de enfermagem prestada na instituição, dentre eles está a incidência de UP. A comunicação é informatizada e é realizada pelo enfermeiro quando este detecta um novo caso de UP grau II. Este indicador é importante porque analisa as variações geográficas na distribuição da incidência de UP, identificando áreas e pacientes com maior risco de desenvolver UP. Orienta medidas de intervenção preventivas e subsidia o processo de planejamento gestão e avaliação das ações da enfermagem voltadas para os pacientes em risco. O número de pacientes com nova UP de grau II comunicada pelo enfermeiro nos meses de Janeiro: 19; Fevereiro: 12; Março: 22. Nos anos anteriores era realizada taxa de prevalência através de um corte mensal em um dia determinado para toda instituição, que incluía a UP de grau I. O número de UP encontradas no dia da avaliação mensal no ano de 2006 foi de 382, sendo que destas 284 foram desenvolvidas no hospital. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O PPTF está ciente da necessidade de atenção na prevenção e tratamento de feridas e vem realizando as



---

atividades propostas pelo programa. O aumento da demanda de consultorias e treinamentos, desde 2005, demonstra o reconhecimento do trabalho deste grupo. Os enfermeiros participantes do programa têm como próximas metas a publicação dos resultados da implantação do protocolo de UP; a elaboração dos protocolos de prevenção e tratamento de úlceras venosas e cuidados com a pele do recém nascido.

---

---

PROGRAMA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS  
DE PORTO ALEGRE

*Cléa Machado de Carvalho(1)*

*1. Enfermeira Consultora em Aleitamento Materno pelo IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners).*

**RESUMO**

A concepção do aleitamento como natural traz a conotação de ser facilmente praticado, mas para algumas mulheres mostra-se um processo complexo, necessitando aprendizado, modelos e receitas. A mulher precisa adaptar-se a um estilo de vida que exige dela bastante dedicação ao bebê. E o sucesso da amamentação depende muito do apoio e do incentivo que a família recebe nos momentos de dificuldades. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) recebeu o título de “Hospital Amigo da Criança” em dezembro de 1997. Esta iniciativa, idealizada e implementada no mundo inteiro pela UNICEF e OMS, através da adoção do “Dez Passos Para O Sucesso do Aleitamento Materno”, tem como objetivo a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Para tanto, é preciso que todos os profissionais que assistem gestantes, mães e bebês promovam rotinas e práticas hospitalares que favoreçam a amamentação. O Grupo de Incentivo ao Aleitamento Materno do HCPA conta com duas enfermeiras especialistas em aleitamento materno e um nutricionista. Assim, atuando nas diferentes áreas que recebem mães e bebês, as enfermeiras consultoras estão preparadas para prevenir, reconhecer e resolver dificuldades da dupla mãe/bebê no que se refere à amamentação. Os principais problemas encontrados nos atendimentos realizados pelas enfermeiras consultoras originam-se principalmente na falta de conhecimento no manejo das intercorrências comuns na amamentação. No ano de 2006, o número de atendimentos realizados foi de 2.557. As mulheres que vivenciam o aleitamento tomam decisões de iniciar, manter ou interrompê-lo. Nossas intervenções devem contribuir na busca de alternativas que possibilitem à mulher tomar decisões e encontrar a solução mais adequada para si e sua família.

---

---

## A INTERVENÇÃO DA ENFERMEIRA NO PREPARO DA FAMÍLIA PARA A ALTA DE PACIENTES DEPENDENTES DE VENTILAÇÃO MECÂNICA PARA O DOMICÍLIO

*Elizabete Clemente de Lima(1)*

*1. Mestre em Enfermagem. Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O avanço da tecnologia e dos cuidados hospitalares nas últimas décadas têm resultado em um número maior de crianças que necessitam de cuidados complexos, prolongando por diversos anos a necessidade de sua internação em uma instituição hospitalar. Visando alcançar a melhoria na qualidade de vida da criança e da família, profissionais que trabalham em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) têm desenvolvido projetos de alta de crianças com necessidades complexas. Há cerca de dez anos foi implantado na UTIP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre o processo de alta de crianças dependentes de ventilação mecânica para o domicílio. **METODOLOGIA:** A enfermeira participa em todo o processo de alta e realiza uma das etapas mais importantes que é o treinamento dos familiares para o cuidado domiciliar. Neste treinamento, o cuidador é preparado para realizar a troca do curativo da traqueostomia, aspiração da cânula e vias aéreas superiores, banho do paciente, troca e desinfecção das conexões do respirador, alimentação através de sonda entérica ou de gastrostomia, dentre outros cuidados. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A permanência da criança dependente de ventilação mecânica no domicílio cuidada pela família têm obtido êxito, já que os pacientes egressos da UTIP do HCPA têm re-internado poucas vezes. Os pais têm se manifestado favoráveis à permanência da criança em casa, pois afirmam que apesar das dificuldades que enfrentam, conseguem manter uma vida mais próxima do normal.

**Palavras chaves:** enfermagem – família – criança hospitalizada – cuidados intensivos – crianças com deficiências – crianças incapacitadas – doença crônica.

---

---

## A INCLUSÃO DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE CUIDAR: UM DIREITO DE CIDADANIA OU UM MODELO ASSISTENCIAL?

*Cabral, Ivone Evangelista(1)*

*1. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil EEAN/UFRJ. Pesquisadora CNPQ e do Núcleo de Pesquisa de Enfermagem em Saúde da Criança.*

### **RESUMO**

Com a necessidade de redução do tempo de hospitalização e do custo hospitalar fez-se necessário incluir a família no processo de cuidar no espaço do hospital para garantir o bem-estar do paciente e a continuidade da prestação de cuidados no domicílio. Entretanto, o modo de inclusão ainda permanece um desafio para as instituições de saúde, pois implica numa mudança de cultura de acolhimento e de postura dos profissionais em relação à presença desses familiares no cotidiano dos cuidados hospitalares. Nesse sentido, com base em uma concepção filosófica de cuidado centrado na família e legal, de cidadania, buscar-se-á refletir sobre esses desafios. Além disso, apontar os caminhos possíveis de negociação de uma convivência voltada para a promoção do bem-estar, conforto, segurança do paciente e o alcance dos melhores resultados na recuperação diante do processo de adoecimento.

---

## SAÚDE E RESPONSABILIDADE AMBIENTAL

*Elisabeth Paula Renck(1)*

*1. Enfermeira. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

### *RESUMO*

Dada a magnitude da catástrofe ambiental global que já começa a ser desenhada parece vital que abordemos todos os aspectos envolvidos na origem do apocalipse iminente. Falando assim parece que a lista dos fatores causadores do desequilíbrio em curso é extensa. Feliz ou infelizmente ela é muito pequena. Há sempre aqueles que dirão que o efeito estufa sempre existiu, que as emissões de poluentes atmosféricos não são novidade, pois erupções vulcânicas datam dos primórdios da evolução geológica do planeta expelindo gases e cinzas, que os pântanos sempre produziram metano e que períodos de extinção em massa de espécies foram comuns na evolução orgânica que culminou com desdobramentos que resultaram no aparecimento do cérebro humano, a estrutura mais complexa e genial que a vida originou. Responsabilizar os fenômenos naturais pelo crítico momento que a VIDA enfrenta é lavar as mãos como se nada tivéssemos a ver com tudo isto. Esta atitude em nada auxilia no necessário estabelecimento de estratégias urgentes para que enfrentemos o que está por vir, preparados da melhor maneira possível. A principal responsável pelo holocausto de milhões de espécies, de populações inteiras, de ecossistemas únicos – e já se sabe que os que mais sofrerão (talvez seja mais prudente dizer os que primeiro sofrerão) serão os povos do continente africano, ironicamente os que menos contribuem para o desastre em questão - é a nossa moderna sociedade industrial, construída da capacidade deste maravilhoso artefato da constituição humana: nosso cérebro. A firme convicção de que nossa inteligência sempre encontrará uma solução para todos os problemas é uma das grandes tragédias humanas. Porque pensando assim, esquecemos que por trás de todas as nossas decisões há princípios éticos que nos orientam e que a ética implícita no modelo de sociedade que hoje domina o mundo está baseada no pensamento cartesiano que diz “penso logo existo”. Se traduzirmos isto para uma linguagem clara, teremos que dizer: os únicos seres que pensam de uma forma estruturada somos nós, logo somos os únicos que existem, ou seja que têm direitos, que merecem deferências nas decisões humanas e que todas as outras criaturas estão a nosso serviço e delas podemos dispor como melhor nos convier. Esta também é a idéia implícita no Gênesis, que fundamenta todas as religiões judaico-cristãs. Descartes também dizia que “para dominar a natureza há que obedecer-lá”, esquecendo-nos imprudentemente que a obediência a que se referia ele, era a das leis naturais que regem o mundo físico. Ou seja, para que um edifício não desmorone, um avião voe ou uma bomba atômica exploda, há que observar rigorosamente as leis da física. O mesmo vale para eventos biológicos que nós na nossa profissão bem conhecemos: uma das maneiras pelas quais debelamos epidemias é pela modificação do ambiente propício a vetores ou agentes etiológicos. Essa visão de mundo, engendrada no que hoje chamamos de mundo ocidental contagiou a humanidade e assola todas as camadas populacionais independentemente de poder aquisitivo, religião e grau de educação formal.

---

Para que existamos – o que deve ser traduzido como para mostrarmos que temos poder- temos que consumir. Para comprar dobramos jornadas, fazemos prestações que geralmente duplicam o preço real dos produtos, temos necessidade de trocar os modelos dos nossos utensílios mesmo que ainda estejam inteiros e funcionais, fazemos reformas desnecessárias nos nossos imóveis, e tudo isto nos força a trabalhar mais para continuar no sistema que espera isso mesmo de nós. Que sejamos consumidores obedientes pois os acionistas das indústrias precisam auferir seus dividendos e as economias nacionais querem manter-se aquecidas. Ora ninguém consegue de fato consumir muita coisa. A maioria das coisas que compramos são objetos que não podemos comer nem respirar e claramente falando até nos trazem mais aborrecimentos que comodidade. Temos que ter espaços nobres para guardar carros, que na maioria das vezes passam a maior parte do tempo parados, para guardar roupas, temos vários televisores pela casa, inúmeros controles remotos dos quais imprudentemente esquecemos que eles causam poluição eletromagnética, cujos efeitos para a saúde ainda são desconhecidos. E quando se pensa sobre este aspecto é prudente que não usemos aquele princípio que diz que até prova em contrário, todo acusado é inocente. Basta lembrar que o uso de organoclorados usados como inseticida contra piolhos em tropas americanas na segunda guerra mundial rendeu um prêmio Nobel de medicina, pois parecia ser uma substância inócua para humanos, e uma década e meia depois começava a luta de Rachel Carson, bióloga americana, pioneira do movimento ambiental que denunciava entre outras coisas, os efeitos nefastos destas substâncias sobre a reprodução de pássaros no seu livro Primavera Silenciosa. Hoje estes produtos estão praticamente banidos pois seus efeitos cancerígenos já não são mais negados. Neste frenético movimento de comprar e descartar, criamos imensos lixões que quando conduzidos segundo normas técnicas geradas em escritórios oficiais, que hoje empregam verdadeiros batalhões de burocratas, recebem o nome pomposo de aterros sanitários que hoje ocupam áreas imensas das metrópoles, que aliás já tem problemas de local para o descarte final do lixo, dos entulhos de construção, de pneus, de eletrodomésticos desprezados, como é o caso de Porto Alegre. E dizer que o problema está resolvido pois a cidade tem coleta seletiva é negar a gravidade dos fatos pois a maioria dos domicílios separa pouco o seu lixo, quando separa. Não podemos esquecer da qualidade e do volume de água que temos como reserva para viver. Nossa cidade, com seu rio caudaloso, enfrenta problemas no verão com a qualidade da água por conta da proliferação de algas. Dizem que isto é causado pela seca que reduz o nível do rio. O que não é dito é que para que as algas proliferem é necessário volume de matéria orgânica na água, que se concentra quando da redução do volume de água nos períodos de estiagem. Podemos apontar duas causas principais para este problema: a erosão dos solos causada pela agricultura inconseqüente que assoreia nossos cursos d'água e o despejo dos dejetos humanos sem tratamento prévio que a maioria dos municípios segue fazendo no leito dos afluentes do lago Guaíba, inclusive, em parte, nossa Porto Alegre. E sempre corre-se o risco de algum vazamento químico que pode gerar verdadeiras catástrofes ambientais como foi o caso recente do rio dos Sinos. Quando se fala do aquecimento global, a maioria das pessoas deduz que deve pensar na climatização artificial do seu ambiente doméstico e de trabalho. Após a onda de calor que assolou a Europa matando mais de 35 mil pessoas de 02 a 15 de agosto de 2003, dos quais 14800 na França, o governo deste país vem fazendo campanhas de popularização do ar condicionado. Estes equipamentos consomem grandes

---

quantidades de energia que no nosso país provem basicamente de hidroelétricas e convém lembrar que quando faz mais calor costuma chover pouco. Mas o calor é certamente uma das conseqüências menos graves, ainda que desagradável. O aquecimento global aumenta a velocidade de desidratação dos solos e poucos falam do grande risco que é a escassez de produção de alimentos. Outra grave ameaça é que imensas áreas florestais queimem gerando ainda mais calor e poluição atmosférica. Mas provavelmente a pior ameaça global seja o risco de um verdadeiro holocausto na Floresta Amazônica caso se repitam secas como a que vimos recentemente já que este bioma é vital para o conforto térmico do planeta. Há indícios preocupantes de que em torno de 30 % das árvores das áreas da Hilea afetadas pela seca sofreram desgastes consideráveis podendo não se restabelecer caso as secas se repitam. De qualquer modo hoje há um consenso mundial sobre os graves riscos do aquecimento global que nos ameaçam. E o que dizer do ar que respiramos? Não só as moléculas de CO<sub>2</sub> e de metano que são as principais responsáveis pelo efeito estufa são preocupantes. Temos o exemplo dos CFCs responsáveis pela redução da camada de ozônio, e apesar do catalisador dos carros modernos e dos filtros nas chaminés das grandes fábricas há uma infinidade de partículas liberadas na atmosfera que tornam o ar das grandes cidades bastante impróprio para a saúde justamente em épocas de verão quando não há brisas e os poluentes não podem ser dispersados. Há nestes períodos aumento considerável de problemas cardíacos e respiratórios agudos. Este é um panorama sucinto e amedrontador do problema ambiental global. Os governos têm falado muito, alguns até se esforçam verdadeiramente para encontrar saídas. Governos democráticos representam seus eleitores que como tal podemos fazer pressão para que as coisas mudem. Mas elas não mudarão se não estivermos dispostos a cada um de nós fazer a sua parte. Mas como pode o indivíduo, cada um de nós, contribuir? . É muito simples: comece já. Memorize algumas palavras que começam com a letra “R” e que traduzidas em ações podem modificar cenários. Repense sua vida. Reeduque a si, sua família, seus alunos e seus pacientes. Reduza o seu consumo. Reutilize o mais que puder. Recicle tudo que passar por suas mãos. Recuse tudo o que não couber nos verbos anteriores.

---

# Trabalhos



---

# *Enfermagem no Cuidado à criança*

---

---

## A HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO À FAMÍLIA: OFICINAS DE CRIATIVIDADE ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA

*Nunes, B. Vanisse(1)*

*ISSI, B. Helena(2)*

*1. Enfermeira, graduada pela Escola de Enfermagem da UFRGS.*

*2. Enfermeira Pediátrica, Professora Ms do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS, Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA.*

### *RESUMO*

**INTRODUÇÃO** - A internação hospitalar resulta numa série de rupturas para a criança e sua família. Fatores físicos e psicológicos são envolvidos e podem levar a sérios traumas referentes à hospitalização. A presença dos pais e familiares acompanhando a criança durante a internação no hospital, auxilia a diminuir as dificuldades de adaptação e manter o vínculo com os familiares. O Estatuto da Criança e Adolescente (Brasil, 1990) estabelece que as instituições de saúde que internam crianças devem proporcionar condições de permanência conjunta pais-filhos. Esse sistema respeita as necessidades afetivas da criança e suas etapas de crescimento e desenvolvimento, assim confere à pediatria peculiaridades próprias, ressignificando, através de uma multiplicidade de programas, os marcos norteadores do cuidado humanizado. Ribeiro et al (2003), complementa este pensamento quando diz que estratégias vêm sendo cuidadosamente planejadas, visando o atendimento criativo e sensível às necessidades das famílias das crianças hospitalizadas. Nesta perspectiva foi criado o Projeto de Extensão Universitária Âncora: cuidando da criança da família hospitalizada, com o objetivo de prestar assistência às famílias das crianças hospitalizadas nas Unidades Pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Os acadêmicos de Enfermagem realizam, semanalmente, oficinas utilizando-se deste método de criatividade e sensibilidade junto às famílias das crianças hospitalizadas CABRAL, 1998. Estes alunos recebem primeiramente um aporte teórico por parte dos professores do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem onde são abordados temas como: o ser doente, o cuidado a família, violência intra-familiar familiar e humanização no cuidado às crianças. Assim é disponibilizado ao acadêmico embasamento científico e preparo emocional para trabalhar no projeto. Além disso contam com o apoio dos enfermeiros da Unidades Pediátricas para alicerçar a construção do vínculo com as famílias. Assim, o projeto Âncora é mais uma proposta que visa manter o fio condutor do Sistema de Permanência Conjunta, incluindo-se aqui a família sob o prisma do cuidado humanizado, através da integração docente-discente- assistencial. Dessa forma trata-se de mais uma proposta que focaliza uma atenção diferencial à família da criança hospitalizada, através de abordagens que primam pela ética e estética do cuidado e reitera seu papel dentro da Enfermagem Pediátrica. **OBJETIVOS:** os objetivos deste estudo foram: delinear a metodologia utilizada pelos acadêmicos de enfermagem ao realizarem oficinas com os familiares das crianças hospitalizadas, bem como visualizar as principais percepções expressas pelos familiares. **MÉTODO:** Trata-se de um relato de experiência abordando o

---

delineamento das etapas utilizadas pelos acadêmicos de enfermagem durante as oficinas de criatividade e sensibilidade. O estudo foi desenvolvido no HCPA, mais precisamente no Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) que é composto por quatro unidades: Unidade de Internação 10° Norte, Unidade de Internação 10° Sul, Unidade de Oncologia Pediátrica 3° Leste, e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. As participantes deste estudo foram mães das crianças hospitalizadas. Atendendo as exigências para a pesquisa com seres humanos manteve-se a privacidade e confidencialidade dos nomes das crianças e seus respectivos familiares atendidos pelo projeto Âncora. RESULTADOS: Nas oficinas são utilizadas músicas, técnicas de relaxamento, de recorte e colagem, trabalhos manuais e o compartilhar de experiências vividas através do diálogo entre os participantes. Inicialmente os acadêmicos, que atuam como facilitadores dos trabalhos realizam a sessão de apresentação. Cada integrante é convidado a apresentar-se e realizam um breve relato da hospitalização do seu filho. Após, são esclarecidos os objetivos do encontro, para em seguida serem realizados alguns exercícios de relaxamento. No terceiro momento do encontro, inicia-se a atividade principal da oficina, na maioria das oficinas realiza-se trabalhos manuais, em virtude da solicitação das próprias mães. Ao término dos trabalhos é oportunizado um momento de coletivização das criações do grupo, onde são expressos os sentimentos, as percepções, os pontos positivos e as sugestões para as próximas oficinas. Um dado relevante que chama a atenção é o fato de o público alvo dos encontros constituir-se na sua totalidade por mulheres, sejam elas as mães, avós ou irmãs das crianças hospitalizadas. Este resultado vai ao encontro de vários estudos, entre eles alguns realizados na própria instituição como os de Issi (1989), Motta (1998) e Ribeiro (2004) que afirmam que as mães são as principais responsáveis e cuidadoras durante a internação do seu filho. Esta não é apenas uma constatação de tendência local, mas sim universal, pois entre os autores, Wong (1999, p.355) afirma que a mãe tende a ser a cuidadora usual da família, é ela que geralmente despense mais tempo no processo de hospitalização do filho. A análise compreensiva do material obtido nos encontros revelou que as mulheres se percebem como um ser forte e dedicado ao mesmo tempo, desejosas de serem amadas, respeitadas e elogiadas em seu potencial feminino e de cuidadoras. O processo de escuta criado nas oficinas propiciou um relato das mães quanto a necessidade de continuidade de projetos como o Âncora, pois são em momentos como o que este projeto promove que fazem com que os familiares não esmoreçam na hora da dificuldade. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Tais constatações remetem à compreensão de que o cuidado expressivo é aquele que vai além da complexidade técnica e de procedimentos, alcançando o ser em sua totalidade. Oportunidades assim construídas revertem-se em momentos de conforto e expressão das reais necessidades das mães, no intuito de constituir-se em recursos facilitadores ao enfrentamento da dor emocional vivenciada por estas famílias. O Projeto de extensão universitária Âncora privilegia a manutenção de um clima sadio, humano, inserido num contexto de valorização da pessoa em sua totalidade, criando condições para a satisfação da necessidade de compreensão que os pais possuem, através de experiências de aprendizagem significativas.

**Descritores:** enfermagem pediátrica, família, oficina.

---

---

## ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA COLETA DE DADOS

*Aline Goulart Kruehl(1)*  
*Fernanda da Rocha Luz(1)*  
*Marcelo Klu(1)*  
*Marina Rizza Fontoura(1)*  
*Paula Manoela Batista Poletto(1)*  
*Eva Neri Rubim Pedro(2)*  
*Maria da Graça Corso da Motta(2)*

1. Bolsistas dos projetos. Acadêmicos de Enfermagem EENF UFRGS
2. Doutoradas da EENF UFRGS. Coordenadoras do projeto de pesquisa.

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** Trata-se de relatos de experiências sobre a etapa de coleta de dados de dois projetos de pesquisas intitulados: “Impacto Da Adesão Ao Tratamento Anti-Retroviral Em Crianças E Adolescentes Na Perspectiva Da Família, Da Criança E Do Adolescente Nos Municípios De Porto Alegre E Santa Maria/Rs” e “Avaliando A Adesão Ao Tratamento Anti-retroviral De Crianças Com aids E Seu Perfil Familiar E Sócio-econômico” os quais têm em comum a temática da adesão. Os projetos estão sendo desenvolvidos desde janeiro de 2007, e são vinculados ao grupo de pesquisa CEVIDA- Grupo de Estudos do Cuidado a Saúde nas Etapas da Vida do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem. **OBJETIVO:** Relatar a experiência de bolsistas de pesquisa na aplicação dos instrumentos para a coleta de dados quantitativos relativos a investigação da adesão ao tratamento anti-retroviral de crianças e adolescentes portadores de HIV/aids e seus cuidadores. **METODOLOGIA:** As pesquisas consistem da aplicação de um instrumento quantitativo em forma de questionário, contendo perguntas fechadas e algumas abertas. Os bolsistas participaram do processo de construção dos instrumentos em reuniões sistemáticas durante um período de três meses, período esse imediatamente após a seleção dos mesmos. Ao término dos instrumentos participaram de um seminário de capacitação para toda a equipe pesquisadora. O treinamento ocorreu em um final de semana e teve duração de dez horas/aula. Nessa capacitação foram desenvolvidos assuntos como: fisiopatologia, farmacologia, aspectos culturais, adesão ao tratamento e cuidado à criança, adolescente e familiares que vivem e convivem com aids. Os informantes foram familiares e/ou cuidadores de crianças com aids e adolescentes soropositivo que realizam terapia anti-retroviral. A coleta foi realizada por cinco bolsistas sob a supervisão dos pesquisadores. O instrumento foi previamente testado para adequação quanto à linguagem, seqüência e clareza das questões, abordando os seguintes aspectos: (1) sociodemográficos: dados de identificação do cuidador e da criança/adolescente; organização familiar; situação empregatícia do cuidador; condições da moradia; acesso a benefícios sociais; renda familiar e presença de soropositividade na família; (2) condição de saúde da criança/adolescente: tempo do diagnóstico; realização da prevenção da transmissão vertical; dificuldades percebidas pelo cuidador no desenvolvimento da criança/adolescente; internações anteriores; doenças oportunistas atuais e anteriores; uso de terapêutica anti-retroviral (ARV); avaliação do cuidador quanto à adesão ao tratamento da criança/adolescente e manejo

---

de dificuldades de adesão; dados obtidos do prontuário do paciente referentes aos exames mais recentes; (3) psicossociais: escolarização da criança/adolescente; revelação do diagnóstico; socialização expectativas e preocupações do cuidador quanto ao futuro da criança/adolescente; suporte social percebido; demandas de atendimento identificadas pelo cuidador relativas à soropositividade da criança/adolescente. Tendo como população alvo cuidadores de crianças de zero a 12 anos e adolescentes de 13 a 19 anos que têm aids e usam medicamentos anti-retrovirais. O período de coletas ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2007, nos seguintes locais: ambulatório de pediatria do HCPA e na Organização Não Governamental (ONG) Mais Criança. A análise dos dados está em fase de procedimento estatístico. Ambas as pesquisas foram aprovadas pelos comitês de ética em pesquisa da UFRGS e do HCPA. RESULTADOS: Os bolsistas ao iniciarem a coleta estavam apreensivos frente a realidade até então desconhecida para eles, tanto no aspecto relativo à pesquisa como em relação a própria temática. Os primeiros contatos evidenciaram situações que já haviam sido apresentadas e discutidas na capacitação realizada pela equipe pesquisadora responsável. Foram apresentadas questões que fazem parte do cotidiano de quem trabalha com essa população como, por exemplo, impacto do diagnóstico, dificuldade de revelação do mesmo para a criança e adolescente, cuidadores pouco esclarecidos a respeito tanto da patologia quanto da medicação e da adesão, entre outros assuntos. Outro aspecto a ser destacado na coleta de dados, foi a necessidade, em alguns momentos, de dois bolsistas, sendo um para desenvolver atividades lúdicas com as crianças na sala de espera, enquanto o outro aplicava o instrumento com o cuidador, o que lhe proporcionou tranquilidade. As atividades lúdicas consistiam em oferecer para a criança massa de modelar, canetas, papéis, revistas, enfocando questões de educação em saúde. A coleta de dados proporcionou um maior aprendizado sobre como as pessoas convivem com aids. Tal experiência mostrou que a maioria delas leva uma vida normal, com os cuidados necessários que o tratamento exige. Foi possível perceber também, nos relatos dos pacientes e de seus cuidadores, que muitos sentem o preconceito que ainda existe com os portadores do vírus da aids. Como o instrumento foi algumas vezes aplicado pós consulta médica, no ambulatório do hospital, observou-se certo cansaço nos informantes devido ao longo tempo de espera pela consulta. Também notou-se dificuldades em se ter acesso aos informantes quando esses deviam ser encaminhados para os bolsistas após a consulta. Uma outra situação verificada foi o não comparecimento nos dias agendados para a coleta, quando essa era realizada na sede da ONG. Percebeu-se como aspectos positivos que os informantes cooperaram e colaboraram no preenchimento do questionário. Apresentaram-se tranquilos e acredita-se que sentiram-se valorizados ao serem ouvidos, pois acreditam que de alguma forma, os estudos podem contribuir com novos avanços e oferecer subsídios para a melhoria da qualidade de vida de seus filhos e familiares, assim como melhorar a sua própria vida no caso dos adolescentes. RECOMENDAÇÕES: Acredita-se que essa experiência de bolsista de pesquisa deva ser incentivada pelo meio acadêmico, pois contribui para um aprendizado diferenciado em relação as situações reais da prática assistencial. Observou-se por meio dos resultados preliminares uma diferença de adesão ao tratamento com os pacientes do ambulatório e com os pacientes da ONG, pois naquele os cuidadores não sabiam dizer o nome dos remédios que administravam e desconheciam o esquema do tratamento, já neste eles pareciam ser mais esclarecidos acerca do tratamento, sabiam da sua

---

condição de saúde, conheciam o nome e a importância dos exames que realizavam, participavam de palestras e faziam encontros periódicos com outros pacientes e profissionais da área da saúde. Outro aspecto analisado foi que os cuidadores gostaram que as crianças ficassem brincando enquanto eles respondiam o instrumento, e manifestaram interesse de que houvesse sempre, na sala de espera das consultas, um espaço para atividades de recreação com as crianças.

**Palavras-chave:** *adesão, aids, relato de experiência, pesquisa.*

---

## ADESÃO ÀS CONSULTAS DE ENFERMAGEM DO PROGRAMA PRÁ-NENÊ DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA CECÍLIA- HCPA

*Margery Bohrer Zanetello(1)*

*Nair Regina Ritter Ribeiro(2)*

1. *Enfermeira da Unidade Básica Santa Cecília – HCPA.*

2. *Enfermeira, Doutora, Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, Professora Assistente do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Programa de Vigilância da Saúde das Crianças no Primeiro Ano de Vida (Prá-nenê) da SMS/POA tem como objetivo desenvolver ações de vigilância em saúde dirigidas às crianças no primeiro ano de vida, facilitando-lhes acesso ao serviço de saúde e contribuindo para a qualidade de vida das crianças e suas famílias (PORTO ALEGRE, 2004a). De acordo com o banco de dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), o coeficiente de mortalidade infantil foi de 13,34 para cada 1000 nascidos vivos, e, 78,9% (202 casos) dos óbitos ocorridos (256 casos), foram óbitos infantis evitáveis por ações de saúde. São eles: imunopreviníveis (1%), adequado controle da gravidez (21,5%), adequada atenção ao parto (9,4%), ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoces (23,8%) (PORTO ALEGRE, 2004a). Este quadro revela necessidade de ações de saúde, que aumentem cobertura e qualificação da assistência pré-natal no atendimento à criança, para melhorar o perfil da morbimortalidade materno-infantil. Na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília-Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UBSSC-HCPA), os programas de saúde e atividades seguem as diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Estadual de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS). Entre vários programas em andamento na UBS, destacamos os programas Pré-natal, Prá-nenê e Aleitamento Materno, por serem da área Materno Infantil e estarem diretamente relacionados à saúde da criança. O Programa Prá-nenê tem suas atividades voltadas para saúde da criança e realizadas através de consultas de enfermagem ou médicas mensais e visitas domiciliares para acompanhamento do bebê no primeiro ano de vida. Atualmente estão cadastradas em torno de 291 crianças nesta UBS. **OBJETIVO:** Identificar adesão das famílias às consultas de enfermagem do Pra-nenê. **PRÁ-NENÊ:** A promoção da saúde da criança se dá através de adequado acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Abrange seus aspectos físicos, sociais e psíquicos, o ambiente onde ela está inserida bem como, pessoas que lhe prestam cuidado. Ações de vigilância e proteção à saúde infantil como seguimento sistemático e periódico das crianças, vacinação, orientações às mães sobre prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e identificação precoce de agravos para intervenção efetiva e apropriada, são fundamentais para manutenção do perfil saudável da população infantil. Em Porto Alegre, essas ações são feitas através do Pra-nenê, programa de âmbito municipal, dirigido à crianças no primeiro ano de vida,

---

facilitando-lhes acesso aos serviços de saúde, visando melhorar sua qualidade de vida e de suas famílias. O programa visa prestar atenção integral a todas crianças no primeiro ano de vida moradoras das áreas sob responsabilidade dos serviços de saúde, identificar recém-nascidos de alto risco, dedicando-lhes atenção diferenciada e promover ações de saúde adequadas às necessidades da criança e família. (PORTO ALEGRE, 2004b). O Para-nenê tem origem no Sistema Nacional de Nascidos Vivos (SINASC), que utiliza como fonte de dados a Declaração de Nascidos Vivos. Esses dados permitem conhecer as características das crianças nascidas vivas, moradoras do município e identificar diferentes grupos de risco existentes, dirigindo-lhes ações específicas (PORTO ALEGRE, 2004a). Partindo dos dados registrados nesses documentos são emitidos relatórios enviando às unidades de saúde Relação de Nascimentos por Unidade de Saúde (RNUS). Essa relação identifica crianças nascidas sob responsabilidade do serviço de saúde, informando dados relevantes para caracterização do perfil de risco (local de nascimento, idade da mãe, peso ao nascer, APGAR no 5º minuto de vida, duração da gestação, gestação múltipla, malformação congênita, número de consultas no pré-natal) e localização do endereço da criança. Ao receber a Relação de Nascidos Vivos por Unidade de Saúde, deve ser feita verificação para saber se o recém nascido já consultou na unidade. Em caso afirmativo, verificar se foi preenchida ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento. A ficha é enviada à Equipe de Informação em Saúde, estando assim o lactente incluído no Programa Para-nenê. Se o bebê não procurou atendimento na Unidade, uma busca deve ser feita pra saber o que aconteceu. A ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento tem como objetivo permitir à equipe, a partir da caracterização do risco, estabelecimento de seu plano de ação para cada criança. A criança deverá ser atendida mensalmente no serviço, considerando-se acompanhada aquela que comparecer a no mínimo quatro consultas no primeiro semestre e três no segundo semestre. Aos 6 meses, nova avaliação das condições de saúde da criança deverá ser realizada e registrada e a última aos doze meses, quando a Ficha de Avaliação do Primeiro Atendimento e Acompanhamento deverá retornar à Equipe de Informação. O atendimento da criança no Pra-nenê poderá ser feito pelo enfermeiro ou pelo médico. Os três momentos de avaliação têm como objetivo reorientar plano de ação estabelecido a partir de novas situações identificadas. Ao encerrar o programa, deverão ser discutidas estratégias para continuidade do acompanhamento da criança (PORTO ALEGRE, 2004,b).

**CONSULTA DE ENFERMAGEM:** Desde a década de 60 a consulta de enfermagem vem sendo gradativamente incorporada em instituições de saúde pública como atividade fim do enfermeiro, sendo que em 1993 o COFEN determinou sua obrigatoriedade na assistência de Enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde, seja em instituições públicas ou privadas (NERY & VANZIN, 2000). A consulta de Enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, família e comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional enfermeiro, com a finalidade de promover saúde mediante diagnóstico e tratamento precoces. É uma atividade privativa do Enfermeiro que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde doença, prescrever e implementar medidas de Enfermagem que contribuam para promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (NERY & VANZIN, 2000). A consulta de enfermagem compreende várias ações valizadas numa seqüência ordenada, desde recepção do cliente até avaliação geral do atendimento prestado culminando com diagnóstico de enfermagem



---

e a terapêutica proposta. Oportuniza ao enfermeiro conhecer melhor o cliente e conseqüentemente buscar melhor resolutividade para problemas identificados, assegurando continuidade na assistência pelo sistema de registro orientado para problemas e pelo agendamento periódico de consultas. Tem como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde (VANZIN & NERY,2000). MATERIAL E MÉTODO: Para conhecer a adesão ao Programa Pra-nenê, foi realizado um estudo exploratório descritivo com dados quantitativos. Local do estudo - O estudo foi desenvolvido na Unidade Básica Santa Cecília-HCPA, que se originou de um convênio firmado em outubro de 2004, entre SMS/POA e HCPA. A unidade atende em torno de 40.000 habitantes. A população é composta por 291 crianças que foram inscritas no Programa Pra-nenê de dezembro de 2004 a março de 2007 na UBSSC-HCPA, e na amostra foram inseridas 181 crianças registradas no Programa e que completaram um ano de idade até o final de março de 2007. A coleta de dados ocorreu através da consulta ao livro de registro do Programa Pra-nenê, onde constam os dados relacionados às crianças que participam do programa. Para a análise dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva com ênfase na frequência e porcentagem. Os aspectos éticos definidos para pesquisas com humanos foram contemplados e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética da instituição. RESULTADOS: Da amostra de 181 crianças que foram acompanhadas até o primeiro ano de vida, 101 tiveram o atendimento mínimo preconizado pelo município, sendo que 80 não. Das crianças nascidas em 2004, 38 crianças integram a amostra, sendo que destas, 16 (42%) tiveram o acompanhamento mínimo, com um número de consultas que variou de 8 a 13, com uma média de 10 consultas por criança. As crianças nascidas em 2005 totalizam 122, sendo que 69 (57%) compareceram de 7 a 14 consultas, com uma média de 11 consultas cada uma. Das que nasceram de janeiro a março de 2006, 21 integram a amostra, sendo que 16 (76%) delas assistiram de 8 a 14 consultas, com uma média de 10 por criança. Entre os motivos identificados para a não adesão ao Programa, destaca-se a busca de atendimento em outros serviços (42%) e a mudança de endereço residencial (20%). Entre as justificativas, não há registro de óbito, hospitalização ou endereço não localizado. CONSIDERAÇÕES: Observa-se um aumento gradativo na adesão ao programa Pra-nenê. O conhecimento pela população das ações de saúde realizadas pela Unidade Básica tem atraído grande número de usuários, incrementando o atendimento de gestantes e recém-nascidos, pela equipe multidisciplinar. Nesse contexto, a atenção prestada pelo profissional ao bebê e à família, através das consultas, vem sendo cada vez mais identificada como um processo educativo capaz de auxiliar o desenvolvimento saudável da criança, estimulando, então, sua procura.

**Descritores:** cuidado do lactente – recém-nascido – lactente – enfermagem pediátrica

---

---

CATETER VENOSO CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA:  
DURABILIDADE NA NEONATOLOGIA DE UM HOSPITAL ESCOLA

*Alice Maria Paulo Araújo(1)*  
*Cláudia da Costa Silva(2)*  
*Maria Luíza Chollopetz da Cunha(3)*  
*Marlene Coelho Costa(1)*  
*Nair Regina Ritter Ribeiro(4)*  
*Ricardo Adolfo Schuh(1)*  
*Sandra Leduína Alves Sanseverino(5)*

1. *Enfermeiros da Unidade de Neonatologia do HCPA.*
2. *Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HCPA.*
3. *Enfermeira, Doutora, Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, Chefe do Serviço de Enfermagem Materno-Infantil do HCPA.*
4. *Enfermeira, Doutora, Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, Professora Assistente do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA*
5. *Enfermeira da Unidade de Internação 10º Norte do HCPA.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O primeiro Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) surgiu em 1926, quando o médico alemão Forssmann passou um cateter uretral através de uma veia antecubital esquerda e confirmou sua localização do lado direito do coração através de radiografia (SCHULLER; MACIEL e ICHIKAWA, 2005). Na metade da década de 50, somente 20% dos pacientes internados recebiam terapia intravenosa (IV). O principal sítio utilizado por enfermeiros da época foi a veia antecubital, e para esse procedimento usavam agulhas de aço reutilizável fixada com atadura de couro. Na década de 80 com os avanços em tecnologias, novos materiais empregados estimularam novas discussões acerca dos acessos venosos centrais de longa permanência, aumentando o uso do PICC (FREITAS *et al*, 2006). Em 1999 iniciou a trajetória do PICC no HCPA, através da revisão da Portaria nº 272 de 08/04/1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, onde consta como atribuição do enfermeiro a passagem do PICC. Em 2001, através da Resolução 258/2001, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) reconhece a implantação do PICC como competência do enfermeiro, no entanto ressalta a necessidade da capacitação técnica através de cursos específicos, desde que realize o curso que o capacite para desenvolver tal técnica (AMORIM; PINTO e SANTOS, 2006, p.773). O HCPA é um hospital de referência na região Sul, recebendo, portanto, pacientes de alta complexidade, que necessitam terapia intravenosa prolongada. Yada (2004) afirma que a busca de uma via de infusão segura sempre mobilizou os profissionais que atuam em Unidades de Terapia Intensiva. Antevendo a necessidade de preservar o patrimônio venoso de nossos pacientes, voltamos assim nosso olhar para o PICC, cuja utilização vinha crescendo a nível mundial. Freitas *et al* (2006) refere que o PICC entrou na rotina terapêutica suprimindo uma necessidade existente entre os dispositivos de acesso

---

venoso periférico de curta duração instalado por punção periférica e os de longa duração, instalados cirurgicamente. Embora sejam inegáveis as vantagens da utilização do PICC, cabe ressaltar as possíveis complicações que são relatadas na bibliografia. Phillips (2001) divide as complicações como as que ocorrem durante a inserção (sangramentos, lesões em nervos e tendões, arritmias cardíacas, mau posicionamento do cateter e embolia por cateter) e as complicações pós-inserção (flebite e celulite, infecção, trombose e tromboflebite, embolia gasosa, deslocamento do cateter e oclusão do cateter). Pezzi e colaboradores (2004, p. 39) afirmam que o cateter deve ser retirado quando houver: “término da terapia, exteriorização, complicações como obstrução, extravasamento, rompimento, infecções”. Yada (2004) acrescentam que devem ser retirados também, quando houver suspeita de infecção, deslocamento acidental, endocardite, fenômenos tromboembólicos relacionados com o cateter, lesões de órgãos e vasos. Para realizar a terapia intravenosa com eficácia, o enfermeiro necessita saber a anatomia e a fisiologia da pele e do sistema venoso, além de estar familiarizado com a resposta fisiológica do sistema vascular quanto ao calor, frio e estresse (PHILLIPS, 2001). O conhecimento das características dos RNs atendidos na Unidade Neonatal é de grande importância no sentido de se poder elaborar estratégias de atenção à saúde dos RNs, e individualmente avaliar as necessidades dos diagnósticos e terapêuticas destes pacientes. Acreditando ser o PICC uma opção de acesso venoso segura por suas várias vantagens, tem-se o objetivo de tornar sua utilização sistemática nas nossas unidades de Neonatologia e Pediatria. OBJETIVO: Este estudo tem por objetivo geral avaliar a durabilidade do cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC) na unidade de Neonatologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) no período de Janeiro a Dezembro de 2006. Os objetivos específicos são: Identificar as complicações decorrentes da utilização do PICC na Neonatologia; Identificar os motivos da retirada do PICC na Neonatologia; Verificar a durabilidade do PICC na Neonatologia. Estudo observacional retrospectivo quantitativo, cuja população foi composta por 112 recém-nascidos internados na Unidade Neonatal em 2006 e que utilizaram o PICC. Destes, 15 RNs utilizaram dois ou mais cateteres (PICC) totalizando 132 cateteres inseridos. A amostra do estudo é composta pelos 132 cateteres. A idade gestacional destes RNs variou de 23 a 41 semanas, e o peso deles variou de 410 g a 4160 g. COLETA DE DADOS: A coleta de dados foi realizada através do uso da ficha de acompanhamento de pacientes em uso de cateter venoso central que consta de: *Nome; Registro; Leito; Sexo: ( ) M ( ) F; Data de Nasc.; Idade; Diagnóstico/Especialidade; Equipe; Admissão no HCPA; Dias de Internação até Cateter; Peso; IG; Indicações; Condições de Acesso; Tipo de Cateter; Marca; Calibre; Comprimento; N° de tentativas de Punção; Veia Puncionada; Localização da ponta do cateter; Local do Procedimento; Complicações Procedimento; Data Punção; Data Retirada; Dias em uso do cateter; Motivo da Retirada; Tamanho do cateter retirado (cm); Cultura da Ponta; Microorganismos; Data; Complicações Infecciosas; Procedimentos Invasivos; Medicações.* Os resultados foram apresentados em frequências absolutas em forma de gráficos. As questões éticas foram contempladas mediante o Termo de Compromisso para Utilização de Dados, o qual estabelece que os pesquisadores do presente projeto se comprometem em preservar a privacidade dos

---

pacientes cujos dados serão coletados em prontuários e bases de dados do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Igualmente está firmado o compromisso de que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente projeto. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** No ano de 2006, na Unidade de Neonatologia, internaram 1061 recém-nascidos, 10,55% deles utilizaram um ou mais cateteres centrais de inserção periférica. Analisando os dados obtidos, verifica-se que a durabilidade dos PICC variou de um a 88 dias; sendo que a média foi de 16,14 dias. Constata-se que os números da média de permanência e do tempo máximo de durabilidade de PICC encontrados neste estudo são superiores aos encontrados na literatura (média 13 dias, durabilidade de 58 dias) (ROVARIS; OLIVA, 2007). Do total de 132 cateteres, 45% foram retirados por término da terapia endovenosa e 14% por óbito. Os outros 41% apresentaram complicações que motivaram sua retirada: 15% por obstrução; 9% por suspeita de infecção, 9% por quebra do cateter; 3% por piora clínica; 2% por hematoma/edema; 1% por abscesso, 1% por migração do cateter e 1% por infiltração/vazamento. Quanto à infecção, complicação com repercussão significativa nas instituições hospitalares, considerando cateteres venosos centrais, dos doze casos suspeitos de infecção (9%), apenas um (0,75%) foi comprovado com a cultura da ponta de cateter positiva, num total de 132 cateteres instalados. O número total de dias de uso de PICC foi de 2131 no ano de 2006, gerando uma taxa de infecção geral de 0,47, ou seja, menos de 0,5 infecções em 1000 pacientes/dia. Esta taxa está abaixo da taxa geral de infecção de cateteres venosos da UTI Neonatal da instituição que foi de 1,41 (IG-HCPA, 2007). **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Conforme esses resultados, constata-se que as complicações relacionadas ao PICC que determinaram sua retirada, são semelhantes às citadas na literatura (PEZZI *et al*, 2004), no entanto, a taxa de infecção geral do PICC no ano de 2006 esteve abaixo da taxa geral de infecção dos cateteres venosos da UTI Neonatal no mesmo período. A capacitação dos enfermeiros e o treinamento continuado de toda equipe de enfermagem para os cuidados relacionados ao PICC são indispensáveis para o seu sucesso.

**Palavras-chave:** cateter venoso central – PICC – CCIP – acesso venoso.

---

## CUIDADOS PALIATIVOS EM UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA: PERCEPÇÃO DOS PAIS

*Marilei Salete Tonial(1)*  
*Maria Heloisa Fernandes Russommano(2)*

1. *Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Especialista em Psicooncologia.*  
2. *Psicóloga, orientadora da monografia*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO** - O câncer infantil é uma doença que gera angústia e sofrimento. Durante sua trajetória, surgem sentimentos de dor, incertezas, expectativa de cura, todos estes estreitamente ligados ao medo da perda, da morte. A atenção dada aos aspectos sociais da doença é tão importante quanto o tratamento do câncer em si, pois a criança está inserida no contexto familiar. A cura não deve se basear somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente. Apesar das inúmeras pesquisas feitas para aumentar as possibilidades de cura, alguns tratamentos podem não dar certo, surgindo a situação em que a criança não tem mais chances de cura e seu tratamento passa a ser paliativo. O que a família espera dos profissionais de saúde que cuidam desta criança é uma incógnita, pois a luta era em busca da cura, da vida, e agora passa a ser a manutenção da qualidade de vida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS): “cuidados paliativos são aqueles que consistem na assistência ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida tanto para o paciente como para seus respectivos familiares. A medicina paliativa irá atuar no controle da dor e promover alívio nos demais sintomas que os pacientes possam desenvolver”.(apud.INCA,2005). Quando todas as tentativas de tratamento não são suficientes para combaterem a doença, ocorre a transição da fase curativa para a paliativa. Nessa fase, o foco do tratamento passa a ser o alívio da dor, promoção do conforto e segurança, controle dos sintomas físicos e psíquicos, dentro das condições em que a criança se encontra. É uma tarefa que exige uma equipe atenta e habilidosa.

**OBJETIVO** - Compreender a percepção dos pais em relação aos cuidados prestados a seu filho internado em cuidados paliativos. **METODOLOGIA** - Estudo qualitativo, em uma Unidade de Oncologia Pediátrica de um Hospital Universitário, do Rio Grande do Sul que possui 25 leitos para crianças de 0 aos 18 anos, que internam por patologias oncológicas e hematológicas. Participaram do estudo sete familiares de cinco crianças em tratamento paliativo. Os dados foram coletados através de uma entrevista semi-estruturada, e analisadas segundo proposta de Bardin (1988) para análise temática. O estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do referido Hospital, sob protocolo nº 05.105. **RESULTADOS** - Vivenciar o cotidiano em uma Unidade de Oncologia Pediátrica, especialmente com as crianças que se encontram em cuidados paliativos, necessita de pessoas sensíveis, dispostas a ouvir, atentas às necessidades tanto da criança, quanto

---

da família, nos diferentes momentos por eles vivenciados. Os pais enfrentam momentos de profundo impacto, pois fica difícil manter a esperança com a proximidade da morte inevitável, que não escolhe dia, nem hora. Para os profissionais que cuidam dessas crianças, é de extrema importância o conhecimento das várias etapas por eles vivenciadas: negação, raiva, barganha, depressão e aceitação (Kubler-Ross, 2002). Estes estágios também são vivenciados pelos familiares e algumas vezes indiretamente pela equipe cuidadora. A partir dos relatos obtidos, observou-se a importância que a presença da equipe exerce nestes momentos difíceis. A percepção dos pais retrata o cuidado dos profissionais. O compromisso demonstrado pela equipe em cuidar da criança até o fim, apesar da ausência das chances de cura, remete a família à confiança de estar sendo amparada nesta dura realidade. Segundo Silva (2002), o ser humano existe nos níveis físico, mental, emocional e espiritual. Todos são valiosíssimos, nenhum pode ser desprezado da busca da harmonização: todos devem ser cuidados. Ao acompanharmos crianças em cuidados paliativos precisamos estar inteiros, com atitude sincera de respeito à vida, respeito às limitações. Cada dia que passa, novas situações vão aparecendo, as dificuldades maiores, os dias mais cansativos, e cuidar da criança torna-se um desafio tanto para a família, quanto para os profissionais. Os sintomas físicos vão deixando a criança debilitada, fraca, exigindo que a equipe fique atenta às estas necessidades e procure amenizá-las da melhor maneira possível. Lacz (2004), ao referir-se à criança, diz entender que a assistência de enfermagem assume um papel de elevado destaque, já que o assistir em enfermagem pediátrica não deve ser desvinculado da família e de suas necessidades. Portanto, espera-se dos profissionais domínio de um conjunto de informações que constituem o corpo teórico agregador e diferenciador dos avanços científicos na área, vinculado intimamente a uma sensibilidade especial para lidar com essa clientela. O relato a seguir mostra a solidão de uma mãe, que enfrenta sozinha a doença do filho. Apesar da falta que sente da família, a equipe passa a ser também sua família, e através desta a mãe sente-se cuidada. “Sabe, cheguei com medo. Assim, parecia tudo estranho para mim, mas não, eu me sentia bem. Com o passar dos dias eu me sentia bem com ele. Todos conversavam comigo, eu nunca tava sozinha. Também me sentia bem tratada e meu filho também. Deram carinho pra ele e pra mim ” (Fam 2). Valle (2001), diz que a criança tem mais medo da separação e do abandono do que da morte,. É na qualidade das suas relações com sua família e equipe, e nas trocas afetivas, que reside à certeza da criança de poder contar com elas, sentir-se segura, confiante, apesar das ameaças que a circundam. O bom relacionamento com a equipe faz com que a família se sinta à vontade para dividir seus problemas. Com o passar dos dias o desgaste emocional aumenta e mesmo sabendo que seu filho não poderá ser curado, tem a certeza que ele será bem cuidado, que tudo será feito para reduzir seu sofrimento. Quando a criança sente que as pessoas que a cercam são verdadeiras em suas intenções, no sentido de ajudá-las a superar suas limitações, proporcionando atenção e carinho nos cuidados, retribui e retorna este carinho à equipe. Estar sendo cuidado significa: carinho, atenção, tranquilidade, conversa, proteção, apoio, paciência e respeito. Sancho (1998), relata que os profissionais de saúde também devem ser incluídos entre as pessoas que sofrem pela morte de uma criança. O sentimento de que aconteceu algo injusto e absurdo se apodera do médico e da enfermeira com a mesma facilidade que em qualquer outro coração. A mãe a seguir demonstra como consegue lidar com os diferentes comportamentos apresentados pelos membros da equipe, e respeita

---

estas individualidades. “A doutora às vezes se emociona, chora. É um ser humano que tá ali. Cada um tem seu jeito. O pai e a mãe também, cada um tem seu jeito. As enfermeiras também, mas todos têm o mesmo carinho, mas são diferentes. A gente tem que conseguir lidar com tudo isso”. (Fam.4) CONSIDERAÇÕES FINAIS - Conhecer a família da criança em cuidados paliativos é de fundamental importância. Somente assim a equipe de saúde poderá entender a fragilidade que envolve todos os estágios da doença, a qual está inserida num contexto biopsicossocial. Quando as possibilidades de cura da doença encontram-se esgotadas, outros aspectos do cuidado passam ter maior relevância. Podemos destacar o respeito, carinho, atenção, paciência, conversa, alegria, conforto e esperança de melhores dias. É tranquilizador para a família que a equipe demonstre preocupação com a criança, estando presente não somente nos momentos em que for solicitada, mas sim nas visitas de rotina, numa simples conversa informal e no estímulo à recreação adequada. A habilidade e conhecimento demonstrados pela equipe trará confiança à família, a qual se sentirá segura quanto ao cuidado prestado. É necessário que os membros da equipe tenham objetivos idênticos, para que a família sinta segurança em relação às condutas e orientações recebidas. Para a equipe, é doloroso lidar e aceitar a terminalidade. Precisamos dar a esta experiência a sensação de missão cumprida. No momento em que tivermos a certeza de termos feito o melhor, de termos propiciado conforto, alívio do sofrimento, tanto para a criança, quanto para os familiares, sentiremos paz e tranquilidade para seguirmos nossa caminhada. Temos ainda muito que aprender em Cuidados Paliativos em Pediatria. Para isso, a equipe de saúde precisa estar disposta a discutir com a família sobre os sentimentos que envolvem este momento. A partir de então, poderá dar conforto e atender às necessidades da família, respeitando o tempo de cada um e perceber que cada criança e cada situação são diferentes.

**Unitermos:** Oncologia, criança, cuidados paliativos, cuidar.

---

---

DELINEANDO O PERFIL DAS CRIANÇAS QUE UTILIZAM DIETOTERAPIA POR SONDA  
ENTERAL POR TEMPO PROLONGADO.

*NUNES, B. Vanisse(1)*  
*RIBEIRO, R. Nair(2)*

1. *Enfermeira, graduada pela Escola de Enfermagem da UFRGS- Relatora do Trabalho*  
2. *Professora Dr<sup>a</sup> do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS, Assistente do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA.*

*RESUMO*

**INTRODUÇÃO:** A alimentação tem um papel essencial no crescimento e desenvolvimento da criança. Além de ser considerada uma necessidade humana básica, ela também gera energia e satisfaz as funções normais do organismo. Nos casos de crianças que apresentam deficiências de nutrientes, provindas de doenças, viu-se a necessidade de adotar técnicas mais avançadas de alimentação, com destaque para alimentação por via enteral. Valle (1999), relata que atualmente a dietoterapia por sonda tornou-se uma das formas de tratamento disponível, tanto em âmbito hospitalar quanto em domicílio, e esta forma de suporte nutricional veio para ampliar e qualificar a terapêutica prestada a pacientes pediátricos. Fazer uso prolongado de sonda enteral continuamente, significa que a criança torna-se dependente desta tecnologia. Wong (1999), define criança dependente de tecnologia como uma criança que desde o nascimento até os 21 anos possui uma incapacidade crônica que requer o uso rotineiro de um dispositivo médico para compensar a perda de uma função corporal de manutenção da vida, onde são necessários cuidados contínuos diários e ou monitorização. Assim, constatando um expressivo número de crianças que fazem uso crônico de alimentação por sonda enteral, inclusive no retorno ao domicílio, um grupo de enfermeiras do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), mais especificamente do Serviço de Enfermagem Pediátrica (SEPED) planejou o “Programa de Atendimento à Criança em Uso de Sonda Enteral no Domicílio”. Em função da expansão desse programa foi solicitada a inclusão de uma acadêmica de enfermagem que pudesse dar suporte na assistência às crianças e também em assuntos administrativos relacionados ao programa em questão. Dentro desse contexto, desenvolveu-se o presente trabalho que foi construído como Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica de enfermagem. **OBJETIVOS:** Os objetivos deste estudo foram: conhecer as principais características das crianças atendidas pelo Programa como sexo, idade, procedência, patologia de base, motivo de internação, tempo de internação, motivo de instalação da sonda, principais intercorrências com o uso dietoterapia durante a permanência no hospital. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. Para Polit e Hungler (1995) a pesquisa descritiva possui como objetivo o retrato preciso das características de indivíduos, situações ou grupos e da frequência com que ocorrem determinados fenômenos. O estudo foi desenvolvido no HCPA, mais precisamente no SEPED, que é composto por 4 unidades: Unidade de Internação 10º Norte, Unidade de Internação 10º Sul, Unidade de Oncologia Pediátrica 3º Leste, e Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. A amostra foi de 67 crianças, caracterizada por 35 (52,5%) do sexo masculino e 32 (47,5%) do sexo feminino. A amostra foi constituída por 67 crianças incluídas nesse programa no período de setembro de 2005 a agosto de 2006 totalizando 12 meses de registro.



---

Esta data foi estipulada por ter sido o tempo de trabalho da pesquisadora junto ao programa. A coleta de dados foi realizada através da transcrição de dados, da ficha de registro de atendimento do “Programa de Atendimento a Crianças em Uso de Sonda Enteral no Domicílio” e do Livro Controle, para o instrumento de coleta de dados construído especificamente para este estudo. Para análise foi utilizada a estatística descritiva utilizando-se frequências absolutas e relativas, percentuais para descrição de variáveis categóricas, e média e desvio padrão para descrição de variáveis quantitativas. Atendendo as exigências para a pesquisa com seres humanos a pesquisadora se comprometeu em manter a privacidade e confidencialidade dos nomes das crianças e seus respectivos familiares atendidos pelo programa. O projeto seguiu com a aprovação pelo Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do Hospital e Clínicas de Porto Alegre sob o número 06-319. RESULTADOS: Quanto a idade, os dados informaram uma mediana de 1 ano e 6 meses e a faixa etária variando de 1 mês a 10 anos, sendo a idade entre 1 mês e 6 meses (35,8%) a mais presente. Em relação a estes dados nota-se que a maioria das crianças é do sexo masculino comparado ao feminino, e apresentam-se em maior número na fase da lactência, ou seja, entre 1 mês e 6 meses. Quanto a procedência verificou-se que 43,3% são moradores de Porto Alegre, 34,3% da Região Metropolitana, 20,9% do Interior e 10,05% de outros Estados. A maioria das crianças inseridas no programa são moradores de Porto Alegre, seguidos da região metropolitana e interior do estado do Rio Grande do Sul, e com apenas um paciente morador de outro estado. No entanto somando os moradores da região metropolitana e interior do estado observa-se que 55,2% buscaram atendimento no HCPA para seus filhos. Este dado pode ser explicado pelo fato do HCPA ser um hospital escola de alta tecnologia e pela qualidade do atendimento prestado população, tornando-se portanto referência no Estado. Com sua intensa atuação o Hospital de Clínicas reafirma sua condição de pólo de referência, e isto se reflete em última análise, no padrão da assistência colocada à disposição de toda sociedade, através da evolução dos processos diagnósticos e terapêuticos (HCPA, 2004). Observando o tempo de hospitalização das crianças do estudo nota-se que a mediana foi de 52 dias com intervalo interquartil de 30 a 70, ou seja, metade das crianças permaneceu 52 dias internada, 25% 30 dias e 75% 70 dias. A partir deste dado pode-se identificar que o tempo de hospitalização dos pacientes é considerado alto (52dias), e isto pode ser explicado pelo fato das crianças deste estudo apresentarem em grande frequência, doenças crônicas. Dias, (2001) retrata este dado quando diz que nas unidades pediátricas do HCPA, há um considerável número de crianças portadoras de doenças crônicas, que necessitam de um tratamento amplo, consequentemente permanecem um prolongado período no hospital. Este estudo também visualizou as patologias apresentadas pelas crianças e pode afirmar que há uma prevalência de pacientes portadores de Paralisia Cerebral (77,4%), seja congenitamente por Síndrome Neurológica, ou de forma adquirida por Anóxia Neonatal. Segundo Collet, (2002) a criança com Paralisia Cerebral possui sucção e deglutição deficiente com persistente protusão da língua, consequentemente apresenta grave dificuldade de alimentação por via oral. Destacando o principal motivo de internação nas crianças que fazem uso de dietoterapia por sonda observa-se (36,4%) internam por apresentarem broncopneumonia. Outros dados importantes referem-se ao motivo de utilização da sonda: 50,8% apresentam impossibilidade de deglutir, 35,8% por apresentarem aspiração alimentar e 13,4% por necessitarem de complementação da dieta.

---

Retratando as principais intercorrências observou-se que 28,4% apresentaram distensão abdominal. 20,9% vômitos, 19,4% expulsão da sonda e 9,05% vazamento da dieta. Esta informação vai ao encontro da comprovação literária, pois Madeira et al, (1994) afirma que não é incomum haver complicações quando a criança utiliza sonda, e entre elas destaca-se as de princípios gastrointestinais que são: distensão abdominal e vômitos. **CONCLUSÃO:** Nos últimos anos o suporte nutricional vem merecendo destaque no meio pediátrico, seja pela quantidade de crianças que fazem uso deste tipo de tecnologia, seja pela qualidade da assistência prestada pelos profissionais que trabalham com esta realidade, assim este estudo focalizou a criança atendida pelo “Programa de Atendimento à Criança em Uso de Sonda Enteral no Domicílio”. Este estudo ainda oportunizou para a pesquisadora a busca do conhecimento científico, realizado através das ponderações que emergiram da pesquisa e pelo aprofundamento da literatura específica, além de proporcionar reflexões a cerca do paciente e sua família. Os dados deste estudo sinalizaram a importância de compreender as características das crianças que utilizam por tempo prolongado a dietoterapia por sonda, assim como o ambiente em que esta criança está inserida. Somando a isso visualizou as especificidades desta clientela, propiciando subsídios para o planejamento da assistência de enfermagem.

**Descritores:** cuidado da criança, dietoterapia, sonda enteral

---

---

ESCUTANDO A EQUIPE, OS FAMILIARES E A CRIANÇA COM  
FIBROSE CÍSTICA: SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MANUAL

*LUDWIG, Maria Cristina Flurin(1)*  
*ISSI, Helena Becker(2)*

1. Enfermeira – Membro do Núcleo de Estudos do Cuidado nas Etapas da Vida (CEVIDA). Relatora do trabalho.  
2. Enfermeira- Professora/ Mestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul- Chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre(HCPA). Orientadora do estudo.

**RESUMO**

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** A fibrose cística (FC), de acordo com Hockenberry (2006) é uma doença genética, autossômica recessiva, onde a criança afetada herda o gene defeituoso de ambos os pais, numa incidência global de 1:4. A doença caracteriza-se por infecções respiratórias de repetição, tosse crônica, sibilância, baqueteamento digital, dificuldade de ganho ponderal e esteatorréia (fezes gordurosas) (KUSSEK, 2005). Por tratar-se de uma doença crônica e multissistêmica, torna-se necessário que o tratamento destas crianças seja realizado em centros especializados, com o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar composta por enfermeira, médico, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo e pedagogo. O Hospital de Clínicas de Porto Alegre é hoje, referência nacional e latino-americana no tratamento da FC e, por este motivo, a Enfermagem Pediátrica estruturou um Programa que viesse qualificar a atenção a estes pacientes e seus familiares. Tal programa constitui-se em atividades educativas em Sala de Espera no âmbito ambulatorial e na Unidade de Internação Pediátrica, ao encargo de uma enfermeira assistencial que buscou especializar-se nesta área do conhecimento. Segundo Laurent e Issi (2006), Sala de Espera constitui-se em recurso metodológico valioso na prática de enfermagem no cuidado a crianças com FC e seus familiares, visto que esta metodologia de cuidado oportuniza o convívio com outras famílias que vivem as mesmas dificuldades, oportunidade de diálogo livre com orientação de um profissional da área de saúde fazendo um feedback, consistindo em reforço contínuo dos cuidados em relação à doença. Através dos processos dialógicos em Sala de Espera constatou-se a necessidade de aliar a educação verbal promovida pela enfermeira a um material escrito que contemplasse as principais necessidades de conhecimento apontadas pelos sujeitos deste processo de cuidado. A atual investigação visa, portanto, o levantamento das principais dúvidas e necessidades de orientação através da ótica da criança com FC, da família e da equipe de saúde com vistas a posterior construção de um material instrucional. Tal material, sob a forma de um manual, terá a finalidade de subsidiar crianças e familiares nos processos de cuidado no cotidiano, tanto intra quanto extra hospitalar. Ainda, servirá como recurso facilitador aos processos educativos promovidos pela enfermagem pediátrica nos momentos de educação para saúde, tanto na internação quanto em Sala de Espera. **OBJETIVOS:** Levantar subsídios para posterior construção de um manual de orientações a crianças portadoras de fibrose cística e seus familiares como recurso instrucional, através da ótica dos profissionais envolvidos nos processos de cuidado. Conhecer e compreender as principais dúvidas e necessidades de

---

orientação de crianças portadoras de fibrose cística e seus familiares, suscitadas no processo dialógico que emerge nos grupos de Sala de Espera realizados pela enfermeira. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo de natureza qualitativa exploratória descritiva, através da observação participativa dos momentos dialógicos do Grupo de Sala de Espera e entrevista semi-estruturada com os profissionais da equipe multidisciplinar. A coleta de dados ocorreu entre agosto e setembro de 2006, no ambulatório de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os participantes do estudo foram às crianças portadoras de fibrose cística e seus familiares que integram os Grupos de Sala de Espera. Também fizeram parte do estudo a enfermeira responsável pelo programa, dois profissionais da área médica, o fisioterapeuta e a assistente social, todos integrantes da equipe multidisciplinar. Foram coletadas informações em dois Grupos de Sala de Espera distintos, nos quais participaram 14 crianças e seus familiares no primeiro grupo, e 10 crianças e familiares no segundo, totalizando, desta forma, 24 participantes. Os materiais qualitativos foram submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 2004) gerando categorias e sub-categorias sendo objeto de descrições e reflexões. RESULTADOS: A primeira categoria recebeu o nome de: A Ótica dos Profissionais Envolvidos no Cuidado. Esta categoria gerou quatro sub-categorias intituladas: *Conteúdos Indispensáveis na Construção do Manual; Diferentes Abordagens Metodológicas Sugeridas na Comunicação das Informações; Desafios na Abordagem Educativa e Adesão ao Tratamento X Qualidade de Vida*. A primeira sub-categoria revela os conteúdos que cada profissional considera indispensável para o manual instrucional. Alguns assuntos colocados foram o esclarecimento quanto ao que é a FC, qual o prognóstico da doença, sua fisiopatogenia, esclarecimentos relativos à prevenção de infecção cruzada, a importância da antibioticoterapia, entre outros. Na segunda sub-categoria os profissionais discorrem sobre as abordagens metodológicas que julgam pertinentes serem utilizadas para facilitar, compilar, uniformizar e sistematizar as orientações em saúde dadas aos pacientes e familiares, contemplando as especificidades de cada área do conhecimento. Os profissionais acreditam que o manual deve ser objetivo, claro, tentando responder e esclarecer todas as perguntas dos pais. Deve ser ilustrado, de fácil leitura e manuseio, oferecendo uma linguagem o mais próximo possível dos familiares e dos pacientes. A terceira sub-categoria aponta os desafios na abordagem educativa, que devem ser vencidos para proporcionar que os sujeitos do cuidado procurem as informações corretas e aumentem o interesse, gradativamente, em busca de novos e maiores esclarecimentos. Alguns dos maiores desafios, na ótica dos profissionais, são o ato de repetir inúmeras vezes as informações, a limitação cognitiva de pacientes e familiares, a dificuldade do uso de atividades lúdicas no cotidiano de cuidado e a dificuldade de lidar com a fase da adolescência dos pacientes. A quarta sub-categoria mostra uma relação entre a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos pacientes com FC. Segundo os profissionais é necessário mencionar aos pais e pacientes que a sobrevida está intimamente relacionada com a aderência ao tratamento, tentando fazer com que as famílias consigam inserir no cotidiano das crianças o cuidado com a alimentação, a realização da fisioterapia respiratória e a utilização das medicações. A segunda categoria foi nomeada de: A ótica da Criança e da Família através do Processo de Escuta em Sala de Espera. Esta categoria foi subdividida em duas sub-categorias: *As Reais Necessidades de Orientação e Busca pela Atualização de Conhecimento*. A primeira sub-categoria revela que pais e crianças necessitam de

---

informações que esclareçam dúvidas frequentes, principalmente no início da trajetória destas famílias, sendo necessário esclarecimentos como: o que é a FC, como se dá a transmissão genética, como é feito o fornecimento das medicações pelo Estado, como distinguir as manifestações clínicas da doença FC de outras doenças que a criança pode desenvolver, a fertilidade destes pacientes, entre outras. Na segunda subcategoria encontramos a revelação dos familiares e pacientes referente à necessidade de buscar conhecimento atualizado. Atualmente a divulgação da doença está mais evidente em meios de comunicação, como televisão, rádio e *outdoors*, mas ainda está aquém do que muitos familiares gostariam e necessitam. Alguns pais observam que as informações que chegam até eles, são escassas e em pequena quantidade, sendo que muitos não possuem acesso a fontes como a *internet*, artigos científicos ou até mesmo, livros. Através da análise destas categorias e sub-categorias identificamos se que a opinião dos profissionais da equipe multidisciplinar, das crianças e dos familiares convergem quanto às áreas temáticas para composição do material instrucional. Dentre os assuntos mais citados estão: fisiopatologia, genética, tratamento, fisioterapia respiratória, suplementação enzimática, comprometimento pulmonar e gastrointestinal, prevenção de infecções cruzadas, fornecimento de medicações pelo Estado, uso de antibióticos, patógenos mais frequentes e sexualidade na adolescência. **CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES:** Os resultados desta pesquisa poderão ser utilizados para a criação de um manual contendo informações atualizadas de forma clara e objetiva, a fim de auxiliar nos processos de enfrentamento suscitados pelo diagnóstico da doença crônica oportunizando, através de momentos de educação em saúde, aprendizagens significativas. O estudo aponta a necessidade de reflexão dos profissionais da saúde, especialmente por parte da enfermagem pediátrica, ao planejar a abordagem metodológica a ser conferida ao manual em foco, à luz das questões éticas, estéticas e expressivas do cuidado. Revela, igualmente, que familiares e crianças ao vivenciarem doenças crônicas, mostram-se ávidos de compreensão dos fenômenos inerentes aos momentos existenciais que experenciam, incluindo os recursos cognitivos internos capazes de possibilitar que lidem com as situações que se impõem em sua trajetória. Assim, comprova-se a função primordial de um material instrucional que contenha informações suscitadas por uma análise compreensiva que emerge do mundo vivido nesta tríplice ótica do cuidar /cuidado: ser criança ou adolescente portador de FC, ser cuidador familiar e ser cuidador profissional.

**Descritores:** fibrose cística; educação em saúde; manuais.

---

---

## ESTUDO COMPARATIVO DA COLONIZAÇÃO DO TRATO RESPIRATÓRIO DE PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA X INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*LAURENT, Maria do Carmo Rocha(1)*  
*LUDWIG, Maria Cristina Flurin(2)*

- 1. Enfermeira do Serviço de Enfermagem Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Unidade de Internação Pediátrica 10º Sul. Responsável pelo Programa de Assistência de Enfermagem à Criança com Fibrose Cística e seus Familiares.*
- 2. Enfermeira. Bolsista do Programa de Assistência de Enfermagem à Criança com Fibrose Cística e seus Familiares do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, nos anos de 2005 e 2006. Relatora do trabalho.*

### RESUMO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: Segundo o GBEFC (2007) a Fibrose Cística (FC) é uma doença genética que se caracteriza por infecções respiratórias de repetição, tosse crônica, dificuldade de ganho de peso, excesso de sal no suor. A mutação genética da FC leva a um defeito na produção das secreções glandulares que se tornam mais espessas, interferindo no funcionamento dos órgãos, sendo os mais afetados o pulmão, o pâncreas e o fígado. Nas glândulas sudoríparas, o defeito leva à produção de suor mais salgado. A FC é uma doença relativamente comum com uma frequência variável na população brasileira, porém uma incidência de 1:2000 nascidos vivos já foi descrita. O tratamento da FC é contínuo e complexo e inclui antibióticos, fisioterapia, exercícios físicos e a instituição de uma nutrição adequada. O paciente deve ser acompanhado em um centro de referência onde exista uma equipe multidisciplinar para uma abordagem correta da doença. Até o momento não há cura para a FC e o tratamento é preventivo, portanto, quanto mais cedo este for iniciado, melhor será o prognóstico. O tratamento quando corretamente feito, aumenta a sobrevivência e proporciona ao paciente viver uma vida tão próxima do normal quanto possível. A sobrevivência da FC aumentou consideravelmente nas últimas quatro décadas, devido à formação de centros de tratamento, uso adequado de técnicas fisioterápicas, a descoberta de antibióticos de amplo espectro, diagnóstico precoce e o reconhecimento da necessidade de um adequado manejo nutricional (GBEFC, 2007). As manifestações clínicas são numerosas: aumento do cloro, sódio e potássio nas glândulas lacrimais e salivares; insuficiência pancreática; cirrose hepática e hipertensão portal; enfisema pulmonar, atelectasias, bronquiectasias, infecções e cor pulmonale; íleo meconial, obstruções tardia, prolapso retal, desnutrição, fezes anormais e distensão abdominal; aumento do cloro, sódio e potássio no suor, desidratação hipotônica, choque; esterilidade no homem e diminuição da fertilidade na mulher. Embora a doença afete múltiplos órgãos, as complicações respiratórias são a principal causa da morbimortalidade na FC. A doença respiratória se caracteriza pela obstrução das vias aéreas, causada pelo acúmulo de secreções purulentas viscosas, infecções recorrentes do trato respiratório e deterioração progressiva da função pulmonar. As secreções das vias aéreas tornam-se permanente colonizadas por bactérias como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Burkholderia cepacia* entre outras. O tratamento do paciente com FC, de acordo com Scattolin (1997), preconiza internações sistemáticas e frequentes durante toda a sua vida. Estes pacientes internam sistematicamente seja: nas exacerbações da doença; para tratamento das infecções pulmonares; por ocasião do diagnóstico,

---

para avaliação da criança e orientação dos familiares; quando há uma dificuldade de ganho ponderal, para obter uma melhor nutrição e quando existe dificuldade de adesão ao tratamento. Essas internações causam mudanças existenciais na criança e na família. Toda a hospitalização implica separação da criança ou adolescente da sua família (ao menos de alguns membros), dos amigos, da casa, dos brinquedos, da escola. Ao lado dessa separação, existe o agravante de haver um ambiente desconhecido, pessoas estranhas que passam a lhe prestar cuidados, tendo que se submeter a procedimentos dolorosos e traumáticos e a rotinas e horários diferentes aos de sua casa. Tudo isso para conseguir uma melhora clínica e não a cura, como é o caso destes pacientes. A hospitalização freqüente e longa também gera stress aos pais. Isso ocorre pela preocupação com o filho que está internado e também por fatores como: dissociação da família, que normalmente tem mais filhos; sentimentos de culpa em relação à doença e problemas de ordem financeira, considerando o custo de um paciente crônico que usa medicação diariamente. O tratamento destes pacientes a nível hospitalar é bastante intensivo, exigindo muita dedicação e participação deles e de seus familiares pelo grande número de cuidados e atividades que realizam, como por exemplo: nebulizações, fisioterapia, punções, medicações, exames, etc. Trabalhando com pacientes com FC, ao longo dos anos, na internação e no ambulatório, percebe-se que a morbidade da doença é variada e que hoje num grupo de aproximadamente 150 pacientes em atendimento com a equipe de Pneumologia Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) existem aqueles que estão clinicamente bem e outros muito graves. As secreções das vias aéreas tornam-se permanente colonizadas por bactérias como *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* (Pa), *Burkholderia cepacia* (Bc) entre outras. A partir do levantamento sobre a colonização dos pacientes, realizado no ambulatório de Pneumologia Pediátrica do HCPA, buscando a prevenção da infecção cruzada, os pacientes foram divididos em quatro grupos, conforme sua colonização. Desde então, existem dias distintos para as consultas de pacientes com *Burkholderia cepacia*, *Staphylococcus aureus* multiresistente (MRSA), *Pseudomonas aeruginosa*, por último, aqueles pacientes que não apresentam nenhuma colonização ou apenas germes pouco patogênicos, aos quais chamaremos “outros”. OBJETIVOS: O objetivo deste estudo é comparar a internação dos pacientes com FC levando em consideração os dias, tempo de duração e local de cada internação, conforme a colonização no trato respiratório destes pacientes. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, tendo como população os pacientes com FC do Serviço de Pneumologia Pediátrica do HCPA internados entre setembro de 2004 e setembro de 2005. A coleta de dados ocorreu através da transcrição de dados do diário da Enfermeira responsável pelo Programa de Assistência de Enfermagem à Criança com Fibrose Cística e seus Familiares. A análise dos dados foi realizada através da freqüência e porcentagem. Neste estudo os aspectos éticos preconizados para pesquisa com seres humanos foram totalmente contemplados. RESULTADOS: Os resultados do estudo expressam que: no período de um ano internaram 90 pacientes com FC da equipe de Pneumologia Pediátrica do HCPA e destes, a grande maioria, aproximadamente 70%, na Unidade de Internação Pediátrica Ala Sul do HCPA. Os pacientes que internaram em maior número foram os colonizados por Pa, correspondendo a 35,6%; os pacientes pertencentes ao grupo chamado “outros” e os do grupo MRSA obtiveram uma porcentagem de 24,4% cada e, por último, o grupo Bc com 15,6 % de

---

freqüência. Os pacientes com MRSA apresentam número de internações/ano significativamente mais alto e internações mais longas, com uma duração de 20 a 64 dias, o que corresponde a uma mediana de 38 dias; os três grupos seguintes obtiveram a mesma mediana em relação ao número de internações. Considerando os dias de internação o grupo Bc, Pa e “outros” apresentaram mediana de 21, 19,5 e 14,5 respectivamente.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES:** Frente aos dados obtidos e a vivência com estes pacientes, torna-se indispensável os cuidados em relação à infecção cruzada. Medidas como separação dos pacientes conforme a colonização do trato respiratório, isolamento de pacientes com germes multirresistentes, orientação da equipe de saúde, dos pacientes e dos familiares; conhecimento da colonização de cada paciente e a compreensão de como ocorre a transmissão da infecção, incidem diretamente no prognóstico e sobrevida destes pacientes. Os pacientes do grupo MRSA são os mais graves e os dados expressam uma necessidade de atenção especial por parte da enfermagem. Este estudo evidenciou a relação da colonização do trato respiratório com o prognóstico dos pacientes com FC, o que reforça a necessidade de novas pesquisas nesta temática, o que torna possível avaliar as medidas implantadas em relação à prevenção cruzada e à mudança dos dados deste estudo ao longo do tempo.

**Palavras-chave:** fibrose cística, *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *Burkholderia cepacia*.



---

GRUPO DE ESTUDOS DA DOR DA CRIANÇA ONCOLÓGICA: UMA INICIATIVA DAS  
ENFERMEIRAS DA UNIDADE DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE

*BESSANO, Jussara Thomaz(3)*  
*ISSI, Helena Becker(1)*  
*JOHANN, Marta Regina Freitas(2)*  
*NASCIMENTO, Carmen Luisa Vasconcelos do(3)*  
*TONIAL, Marilei Salete(3)*

1. Profª da Escola de Enfª da UFRGS, chefe do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA
2. Enfermeira chefe da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA
3. Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** No cuidado à criança oncológica a dor é um dos aspectos sempre presentes no decorrer do tratamento, e envolve múltiplos fatores, que devem ser estudados e compreendidos. Desta maneira o enfermeiro e a equipe de enfermagem como um todo, poderão atuar junto à criança e família, proporcionando melhor qualidade de vida à criança. O estresse gerado na criança pode levar a um aumento da sua dor, constituindo-se, assim, um ciclo vicioso onde a criança sofre cada vez mais. Se isso acontecer, da criança sofrer dores mais intensas ou prolongadas, é necessário, inclusive, mobilizar uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para o tratamento da dor. Aliviar a dor dos pacientes é prioridade, por isso se faz necessário uma equipe integrada que tenha conhecimento sobre os diversos aspectos que permeiam a “DOR” e que buscará a terapêutica mais adequada para cada caso. Com isso o grupo de enfermeiras criou O grupo de estudos da dor da criança oncológica que foi constituído em agosto de 2004 por enfermeiras da Unidade de Internação de Oncologia Pediátrica - 3º Leste, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, preocupadas com esta característica tão constante e causadora de sofrimento à criança com Câncer: A dor. Com o aprimoramento dos estudos o grupo elaborou um Projeto de Desenvolvimento intitulado: programa de Enfermagem de Atenção à Dor da criança Oncológica, o qual foi submetido à aprovação Institucional e hoje encontra-se em andamento. **OBJETIVO:** Em vista da amplitude deste programa, optou-se em elaborar um objetivo geral e pelo menos um objetivo específico para cada atividade a ser desenvolvida. **OBJETIVO GERAL:** Aprimorar a assistência de enfermagem prestada à criança oncológica. **OBJETIVO ESPECÍFICO:** Instrumentalizar a equipe de enfermagem para identificar a dor na criança oncológica. Instrumentalizar equipe de enfermagem para desenvolver ações que minimizem a dor identificada. Identificar necessidades de adequações no processo de trabalho da enfermagem que repercutam no cuidado ao paciente com dor. **METODOLOGIA:** O grupo elencou as seguintes atividades a serem desenvolvidas: Manutenção das reuniões mensais do grupo de estudos. Elaboração de uma proposta de treinamento para a equipe de enfermagem. Execução do treinamento para enfermagem. Avaliação da aplicabilidade da escala análogo-visual para avaliação da dor da criança oncológica. Oficialização da dor como 5º sinal vital. Elaboração de material informativo aos pacientes e pais. Visita a Serviços de referência para a dor. Organização de eventos científicos sobre a temática. Elaboração de trabalhos científicos

---

abordando a temática. Divulgação do resultados obtidos ao longo do projeto. Revisão das rotinas e cuidados à criança oncológica. RESULTADOS: As reuniões são realizadas mensalmente na unidade de oncologia pediátrica. Estes encontros sistemáticos possibilitam ao grupo a continuidade dos estudos, atualização dos conhecimentos obtidos, bem como sua aplicabilidade na área da oncologia pediátrica. Programas educacionais, versando sobre dor, contribuem para melhorar o desempenho dos profissionais envolvidos no seu controle, que treinados avaliam melhor o paciente com do (TEIXEIRA e COL,2004). Estão em fase experimental: a) A aplicação de uma escala análogo-visual para avaliação da dor. Esta escala visual está sendo utilizada como instrumento para mensurar a dor, sendo mais um subsídio para a avaliação da intensidade da dor e como tratá-la. Sobre Mensuração da DOR, Sousa e Hortense (2004), relatam que um instrumento de mensuração da dor deve ser práticos, confiáveis, sensíveis, válidos e também possuir propriedades de uma escala de razão. b) O registro da dor como 5º sinal vital, realizado pelos técnicos de enfermagemna planilha de controles do paciente. c)Muitos são os registros realizados sobre as dores referidas pelas crianças. Esta realidade e mais as reuniões mensais ocorridas no 3º leste sobre o estudo da dor, nos levaram a decisão de implantarmos em julho de 2005, na folha de sinais vitais à dor como 5º Sinal Vital. . Transcorrido um ano de aplicação do Projeto da Dor como 5º sinal vital na unidade, está sendo realizada a pesquisa: Avaliação da Aplicabilidade da Dor como 5º Sinal Vital, junto à equipe de enfermagem. As enfermeiras responsáveis sentiram a necessidade de conhecer juntamente com a equipe de enfermagem, facilidades, dificuldades e melhorias em relação à maneira de registrar a dor referida pelas crianças. Esta pesquisa encontra-se em fase de análise dos dados coletados. A qualidade destas informações estão sendo primordiais, pois desta forma o enfermeiro tem subsídios para melhor avaliação da dor, buscando formas de aprimorar o cuidado prestado a cada paciente. Para a Equipe de Enfermagem a avaliação da dor em crianças é um fator relevante na assistência, uma vez que cabe a esses profissionais a tomada de decisões sobre as medidas de alívio da dor e do desconforto do paciente (TORRITESI, P.; VENDRÚSCULO, D.M.S; 1998). CONCLUSÃO: As terapêuticas utilizadas para alívio da dor não podem mais ficar restrita ao uso de fármacos, principalmente tratando-se de crianças. Estudos recentes mostram que a criança não necessita apenas de medicação, mas de brincadeiras, distração, e principalmente, da atenção da equipe de saúde. Deve-se sempre usar a linguagem própria da criança e suas atividades favoritas. Avaliação da dor em crianças reveste-se de grande importância para que ela possa ser controlada, pois só uma boa avaliação permite identificar a presença da dor, implementar a terapêutica mais adequada e verificar sua eficácia (CLARO, 2004). Atualmente o grupo de estudos é parte integrante de um grande projeto de desenvolvimento, que envolve toda a equipe de enfermagem da oncologia pediátrica do HCPA. Devido à amplitude do projeto, os resultados surgirão gradativamente, à medida que as atividades programadas se desenvolvam.

**Unitermos:** Oncologia, criança, cuidar, dor, estudo

---

---

## GRUPO DE ESTUDOS EM REANIMAÇÃO CARDIORRESPIRATÓRIA EM PEDIATRIA

*Anali Martegani Ferreira(1)*  
*Caroline Mayer Predebom(1)*  
*Jussara Thomaz Bersano(1)*  
*Kátia Dias(2)*  
*Lisiane Rocha da Silva(3)*  
*Maria Buratto Souto(5)*  
*Nair Regina Ritter Ribeiro(4)*  
*Valdirene Keller Rocha(1)*

1. *Enfermeiras da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do HCPA*
2. *Enfermeira da Unidade de Oncologia Pediátrica do HCPA*
3. *Enfermeiras de Unidade de Internação Pediátrica do HCPA*
5. *Enfermeira da Unidade de Internação Pediátrica do HCPA e Coordenadora do Grupo de Estudos*
4. *Enfermeira, Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS, Assistente do Serviço de Enfermagem Pediátrica do HCPA*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A pediatria, área de tanta especificidade engloba o cuidado extensivo à criança nas diferentes etapas do crescimento e do desenvolvimento da criança, sua família, no contexto sócio econômico cultural, ético e religioso. Assegurar o desenvolvimento e o crescimento da criança livre de riscos é o ideal, resulta um adulto sadio. No entanto, sabe-se que o período da infância é considerado especial pela vulnerabilidade característica desse período, e pela necessidade de proteção da criança. As crianças quanto menores maior é a necessidade de proteção. O ambiente físico e psicológico, a saúde dos provedores de cuidado são igualmente fatores que contribuem para a isenção de traumas. Em situação de hospitalização, a criança e a família, se constituem o foco de cuidado. O Estatuto da criança e do Adolescente (ECA-BRASIL, 1990) recurso que dita as diretrizes de amparo à infância é claro ao dizer no Artigo 8º “A criança e o Adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.” (lei federal 8.069, 1990). No capítulo II, Art. 18 o ECA consta “é dever de todos velar pela dignidade da criança e do adolescente, pondo-os a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor”. Entende-se que toda a criança em situação de hospitalização necessita de cuidados diferenciados, independente do motivo da internação. A hospitalização pode se tornar uma experiência ameaçadora ou uma experiência de crescimento, depende de como a instituição e os cuidadores estão organizados e preparados para o atendimento da criança e da família. A equipe de saúde quando preparada, treinada se constitui um diferencial na prestação de cuidado, na acreditação das instituições e serviços de saúde. Como enfermeiras especialistas na área da criança se torna fundamental estar em constante atualização e aperfeiçoamento visto a rapidez com que evoluem e se modificam os conhecimentos nessa área. **TRAJETÓRIA HISTÓRICA DO GRUPO DE ESTUDOS:** Nessa ótica, foi lançado o desafio de estudar e explorar o tema da reanimação pediátrica com ênfase ao atendimento da criança ainda na fase de pré parada. Baseados nas diretrizes da American Heart Association (AHA 2005), a melhor atitude na reanimação pediátrica é a prevenção da parada cardiorrespiratória (PCR), porque quando acontece o

---

prognóstico é sombrio. Nesse contexto a equipe de saúde necessita de preparo ético, técnico, e humanizado, para o desenvolvimento do cuidado qualificado, no cotidiano da hospitalização. A equipe de saúde que recebe orientação e treinamento sabe como agir em situação de risco, está habilitada para oferecer cuidados antes de o colapso acontecer e se inevitável saberá como fazer. Por exemplo, na situação de piora da criança hospitalizada o auxiliar ou o técnico em enfermagem comunicará à enfermeira ou ao médico, as alterações da criança para que possa ser avaliada, e se necessário determinar as intervenções para prevenir a PCR. Concorda-se com Paschoal, Mantovani e Lacerda (2006) quando afirmam que o cuidado é um elemento a ser explorado, investigado, uma vez que é comparado a um investimento, é expandido, construído, por meio de reflexões fundamentadas em ações, fatos reais, vivências e modelos interativos. A fundamentação teórica e o aperfeiçoamento continuado são ferramentas básicas fundamentais para as intervenções de enfermagem. O conhecimento, a comunicação, o trabalho em equipe promovem segurança, agilidade, preparo técnico e emocional, sendo um diferencial no atendimento da criança que sofre uma PCR. Nessa direção, enfermeiras da área pediátrica, de um Hospital Universitário de Atenção Múltipla e de referência, situado na capital do Rio Grande do Sul - Brasil criaram um Grupo de Estudos em reanimação pediátrica. A idéia de estudar o tema aconteceu em agosto de 1996 em reunião multidisciplinar. Na época a reunião objetivava definir as metas para o segundo semestre de 1996. Relacionado ao interesse de explorar essa temática junto as Unidades e Serviços com atendimento pediátrico na Instituição foi trazida e sugerido a experiência positiva de se estudar temáticas com a formação de Grupo de Estudos. Amparados na literatura, buscou-se saber sobre formação de grupos de estudos. MOSCOVICI (1996), defende que um grupo de pessoas que compreende os objetivos, se engaja em alcança-los de forma compartilhada, pode constituir uma equipe. Observa-se que para o atendimento da parada cardiorrespiratória é imperativo o trabalho de equipe e em equipe. Então, a trajetória foi delineada nesse contexto.

**COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE ESTUDOS:** O grupo é constituído por enfermeiras da área pediátrica que atuam nas áreas do intensivismo pediátrico, oncologia pediátrica, clínica e cirurgia pediátrica. Conta-se com parceria de professores da Universidade (Enfermeira e médico), de médicos pediatras intensivistas contratado e residente e de farmacêuticas. O grupo tem eventual rotatividade de profissionais de acordo com a disponibilidade e interesse dos componentes. Atualmente o grupo é composto por sete enfermeiras.

**OBJETIVO:** Atualizar conhecimentos relativos ao tema; Conhecer as dificuldades da equipe da saúde no atendimento da parada cardiorrespiratória em pediatria; Contribuir com a solução das dificuldades encontradas.

**METODOLOGIA:** Com a formação do grupo de estudos foi proposto um trabalho de interação entre enfermeiros da escola de formação de profissionais de nível médio e enfermeiros das unidades de atendimento pediátrico na instituição de saúde onde se desenvolve o trabalho. Assim, forma-se o grupo de estudos com enfermeiros professores, enfermeiros representantes de cada unidade de atendimento pediátrico, médicos sendo um pediatra intensivista e um médico residente. Desde a primeira reunião em agosto de 1996 foi de consenso dos participantes iniciar com o diagnóstico da situação. Através do levantamento de dificuldades enfrentadas pela equipe de saúde acerca do atendimento da criança em parada cardiorrespiratória (PCR), nas Unidades e nos Serviços de atendimento pediátrico. Elaborou-se um check-list com oito itens. O instrumento foi

---

aplicado nessas Unidades e Serviços de atendimento pediátrico. O item assinalado com maior frequência foi a falta de treinamento em serviço. Conhecida essa realidade iniciou-se com estratégias de solução do problema. RESULTADOS - AS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS: Inserção do treinamento no programa de Educação Permanente da Instituição; Reuniões periódicas com registro das combinações e atribuições dos profissionais que compõem o grupo; Construção de material instrucional (slides, folhetos informativos, pré e pós testes, seleção de vídeos, seleção de material atualizado sobre o assunto da reanimação pediátrica conforme os *Guidelines da American Heart Association* (2005); Planejamento de treinamentos em reanimação para a equipe de enfermagem; Disponibilização de treinamento sistemático, no mínimo dois treinamentos no ano; Elaboração de formulário para os registros específicos; Registro da ocorrência de parada cardiorrespiratória na pediatria da Instituição, com dados do atendimento e resultados; Treinamento sistemático da Equipe de enfermagem em sua totalidade; Construção de um manual de atendimento em PCR em pediatria. ATIVIDADES EM DESENVOLVIMENTO: Construção de trabalhos para apresentação em eventos científicos; Participação em congressos na área da reanimação e afins; Participação em treinamentos externos por meio de convite de outras Instituições; Parceria com a Universidade em Projeto de Extensão, atendendo acadêmicos de enfermagem no sétimo semestre; Elaboração de projetos de pesquisa com apreciação e aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição; Revisão e ampliação do manual de PCR em pediatria; Previsão de participação em congresso internacional. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O estudo da reanimação cardiorrespiratória em formato de Grupo de Estudos, promove benefícios além do cuidado à criança e a família. Essa atividade assim organizada implementa a interação entre equipes, gera motivação para buscar constantemente o aperfeiçoamento, e preparo profissional baseado no trabalho em equipe. Concorda-se com CECCIM (2005) ao se referir à velocidade com que o conhecimento e a ciência de tecnologia se renovam na área da saúde, impondo estratégias de atualização dos novos saberes aos profissionais nas diferentes esferas de atendimento à população. Considera-se que estudar, explorar o tema da reanimação em pediatria foi e é um constante e gratificante desafio. Nessa tarefa se torna fundamental o reconhecimento da chefia, a motivação dos enfermeiros participantes e que compõem o grupo de estudos, as condições favoráveis para a construção e manutenção desse grupo, com o respaldo da instituição.

**Palavras-chave:** parada cardiorrespiratória, grupo de estudos, educação e serviço, enfermagem pediátrica.

---

---

METAHEMOGLOBINEMIA:  
IMPLICAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E CUIDADOR-FAMILIAR

*Karen Schein da Silva(1)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(1)*  
*Katia Bottega Moraes(1)*  
*Laura Leismann de Oliveira(1)*  
*Rúbia Guimarães Ribeiro(1)*  
*Wiliam Wegner(2)*

1. Acadêmicas do 9º semestre do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnfUFRGS).

2. Enfermeiro do Hospital da Criança Santo Antônio. Professor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEnfUFRGS. Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da EEnfUFRGS.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A hemoglobina é uma proteína conjugada que possui, entre suas funções biológicas, a de transportar oxigênio dos pulmões aos tecidos de todo o organismo. A metahemoglobina, um pigmento de cor marrom-esverdeada, se forma quando um átomo de ferro é oxidado do estado ferroso (Fe+2) ao estado férrico (Fe+3). Esse processo ocorre normalmente no organismo, sendo mantido dentro dos limites pela redução de metahemoglobina em hemoglobina. Verifica-se na literatura que aproximadamente 3% da hemoglobina é espontaneamente oxidada em metahemoglobina, mas, por meio de processos metabólicos, ela é reconvertida à hemoglobina, mantendo níveis abaixo de 1%. Nos casos em que ocorre um desequilíbrio nessas concentrações, as hemácias têm reduzida a sua capacidade de se combinar ao oxigênio. Isso resulta em uma disfunção rara e pouco divulgada, chamada de metahemoglobinemia, também conhecida como a "síndrome do sangue achocolatado". Os principais sintomas estão relacionados com a diminuição da oxigenação e incluem cefaléia, cianose que persiste mesmo com a administração de oxigênio, fadiga, dispnéia, tontura, taquicardia, estupor e coma. Existem duas etiologias em relação às causas desse distúrbio: por alteração congênita (quando é decorrente de deficiência na enzima diaforase NADH – metahemoglobina redutase), ou adquirida, na qual, usualmente, os principais fatores desencadeantes incluem alguns fármacos como nitratos, dapsonas, sulfas, quinonas, lidocaína; alimentos contendo nitratos e nitritos; água contaminada com nitratos; corantes de anilina; naftalina; entre outros. A dosagem sérica de metahemoglobina pode ser confirmada mediante a análise de uma amostra de sangue heparinizado, preferencialmente sangue arterial. Concentrações de metahemoglobina maiores ou iguais a 30% indicam a necessidade de iniciar o tratamento. Quando a concentração está entre 50 e 70%, a condição é denominada metahemoglobinemia irreversível e é considerada letal, devido à escassa quantidade de oxigênio que circula no sangue. Nesse caso, o único tratamento descrito como efetivo é a exsanguíneo transfusão. Devido à complexidade e às peculiaridades do distúrbio descrito, bem como à escassez de referencial bibliográfico sobre a temática, acredita-se ser relevante apresentar e discutir uma situação acompanhada pelos autores na

---

sua trajetória profissional. OBJETIVOS: Este estudo pretende expor aspectos de relevância da metahemoglobinemia, a partir da observação de um caso clínico em um hospital-escola de Porto Alegre e problematizar fatores relacionados com a qualidade de vida em crianças acometidas. METODOLOGIA: Trata-se de uma reflexão temática subsidiada a partir de análise documental do prontuário, de vivências dos autores, além de pesquisa bibliográfica em livros e artigos direcionados à problemática. DISCUSSÃO: A paciente E.A.S., 15 anos, do sexo feminino, procedente de Porto Alegre, apresentou início dos sintomas aproximadamente aos seis anos de idade, a partir da ingestão de corantes presentes em alimentos de consumo diário. Conforme relatos da mãe, a busca pelos serviços de saúde é freqüente. Além disso, as internações ocorrem em períodos variáveis e imprevisíveis, principalmente durante a fase aguda do distúrbio. O (re)aparecimento dos sintomas na fase atual se relaciona à ingestão de alimentos que são contra-indicados sob orientação terapêutica oferecida pela equipe de saúde previamente à alta hospitalar. Essa paciente demonstra receio e temor pelas situações de atendimento já vivenciadas no momento da chegada à instituição hospitalar. Sua principal queixa é relacionada à dor aguda, principalmente, nas situações do atendimento de urgência, no qual os profissionais realizam ações agressivas e muitas vezes desnecessárias, possivelmente pelo desconhecimento do quadro desenvolvido pela criança. A partir dessas informações, contextualiza-se a metahemoglobinemia como um distúrbio que afeta diversos aspectos no cuidado à criança e à família e ressaltam-se os aspectos de natureza psicológica e convívio social, além das dificuldades dos profissionais de saúde em atender pacientes com essas características, principalmente pelo desconhecimento acerca dessa problemática. O tratamento depende da severidade do quadro clínico. Em todos os casos, os agentes potencialmente causadores devem ser suspensos imediatamente (estresse oxidante). Se o quadro é assintomático ou os sintomas são leves, o tratamento é desnecessário, procedendo-se apenas à administração de oxigênio profilaticamente. Um dos fatores complicadores é que a saturação de oxigênio, medida através do oximetria de pulso, torna-se uma medida inválida e imprecisa, pela baixa perfusão periférica e cianose de extremidades. Apenas a medida direta da saturação da hemoglobina, tal como pela co-oximetria, pode ser considerada confiável nesse cenário. Se os sintomas são severos, deve ser infundido, via endovenosa, azul de metileno a 1%. Essa é a droga de escolha, pois, na presença de glicose, converte a metahemoglobina não-funcionante – férrica – no estado funcionante – ferroso – muito rapidamente. Doses superiores a 7 mg/kg de azul de metileno podem causar toxicidade e até mesmo metahemoglobinemia, devendo ser cuidadosamente evitadas. As medidas terapêuticas normalmente surtem efeito na hora seguinte ao início do tratamento. Outros agentes podem substituir o azul de metileno, como o ácido ascórbico (vitamina C), já que reduz os níveis de metahemoglobina, pois facilita a ligação do ferro à porção heme da hemoglobina. No entanto, seu uso não é aconselhado em casos graves, pois sua potência redutora é menor, se comparado ao azul de metileno, e, além disso, a transformação de metahemoglobina em hemoglobina não ocorre com tanta rapidez. Nas situações agudas, o atendimento é de urgência, e envolve, inclusive, risco de vida. Evidencia-se que a equipe de saúde atende essa situação clínica preocupando-se demasiadamente com o distúrbio ventilatório característico e identificado durante a realização do exame físico. A intubação endotraqueal é uma das primeiras ações desnecessárias realizada pela equipe médica, já que o aporte de oxigênio não trata e restaura

---

a disfunção hematológica principal, que é o carreamento de oxigênio. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Acredita-se ser importante divulgar este distúrbio amplamente no meio acadêmico, assim como elucidar os profissionais de saúde quanto à forma de tratamento da metahemoglobinemia e a prevenção da recorrência. No caso relatado pelos autores, a abordagem da equipe multiprofissional deve ser minuciosa e empática, tanto com a paciente, quanto com a família. Em virtude das restrições alimentares, o controle dessa disfunção apresenta peculiaridades na infância e, principalmente na adolescência, fase de amplas modificações e labilidade psico-emocional ao seguimento de privações e cuidados de saúde. A família deve ser orientada e esclarecida sobre a enfermidade, além de envolvida no cuidado à criança, informando aos profissionais as características do distúrbio e o tratamento. Espera-se que os profissionais de saúde saibam atender pacientes que apresentem esse quadro com tranqüilidade e conhecimento, evitando ações violentas e traumatizantes, comuns no atendimento de urgência. Assim, é imprescindível esclarecer as questões pertinentes à metahemoglobinemia aos familiares e à paciente, bem como divulgar entre os profissionais de saúde as maneiras de prestar o cuidado a pacientes nesses contextos. Salienta-se que o envolvimento da paciente nos cuidados domiciliares repercute diretamente na estabilização do quadro. São contrastadas a adolescência, uma etapa de grandes conflitos, e as restrições impostas por esse distúrbio, mas a conscientização e a autonomia devem ser problematizadas a fim de tornar a paciente capaz de estabelecer suas escolhas.

**Descritores:** *Metahemoglobinemia; Equipe de saúde; Adolescência; Enfermagem.*



---

---

MUDANÇAS NO COTIDIANO DA CRIANÇA COM DIABETES MELLITUS  
E DE SUA FAMÍLIA

*Milena Ritter Ribeiro(1)*  
*Lísia Maria Fensterseifer(2)*

1. Acadêmica do 9º Semestre do Curso de Enfermagem da UNISINOS  
2. Enfermeira, Professora Doutora do Curso de Enfermagem da UNISINOS, orientadora do trabalho.

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O Diabetes Mellitus conforme Wong (1999), é uma doença metabólica, caracterizada por deficiência total ou parcial de insulina. Há uma adaptação metabólica ou alteração fisiológica em quase todo organismo. Pode ser classificado em: - *Insulino requerente ou Tipo I (DMID)*, caracterizado por catabolismo ou desenvolvimento de cetose na ausência da terapia de reposição com insulina. Tem seu início na infância ou adolescência, mas pode ocorrer em qualquer idade; - *Não Insulino requerente ou tipo II (DMNID)*, parece desenvolver uma resistência à ação da insulina e secreção deficiente de insulina mediada pela glicose. Geralmente o início é observado após 40 anos de idade e parece haver considerável heterogeneidade. Pessoas afetadas podem ou não necessitar de reposição diárias de insulina. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é conhecer as mudanças ocorridas no dia a dia das famílias da criança ou adolescente com Diabetes Mellitus. **METODOLOGIA:** Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. **Coleta de dados:** realizada em janeiro e fevereiro de 2006, num hospital dia de Porto Alegre, que atende pelo Sistema Único de Saúde (SUS), crianças e adolescentes com Diabetes Mellitus, onde pais ou responsáveis acompanham as crianças, participando do cuidado. Foram sujeitos de pesquisa 10 pais (nove mães e um pai) de crianças portadoras de Diabetes Mellitus. Possuem 12 filhos com DM (sete meninas e cinco meninos), com idade média de 11,6 anos. Critérios para seleção dos sujeitos: idade superior a 18 anos e ter filho em atendimento na instituição. **COLETA DE DADOS:** entrevista semi-estruturada, em ambiente reservado da instituição, garantindo privacidade e liberdade. Duração média de vinte minutos, gravadas em fita K7, transcritas na íntegra. Utilizada análise de conteúdos proposta por Gomes (2001). Aspectos éticos seguem orientações da resolução 196/96 para pesquisa com seres humanos (GOLDIM, 2000). Como resultado, é apresentada uma das categorias emergidas no Trabalho de Conclusão de Curso: “Mudanças no cotidiano familiar” com suas duas subcategorias: *hábitos alimentares e as atividades físicas* em decorrência do diagnóstico do diabetes. Ribeiro (1999 p.29), citando Elsen e Patrício, dizem que a família “é considerada uma unidade básica de saúde, ou seja, núcleo primário onde a criança recebe e aprende os cuidados de promoção de saúde, prevenção de doença e primeiros atendimentos curativos”. Frente a situações de alteração de saúde é esperado envolvimento familiar nos cuidados necessários para sua recuperação ou tratamento. Cabe ressaltar que diabetes tipo I é uma doença que exige cuidados específicos para garantir tratamento adequado. Para que isto seja possível, é necessário que ocorram mudanças no modo de vida, permitindo adaptação do paciente e sua família às novas exigências impostas pelo diabetes. Ao serem questionados sobre alterações que ocorreram no cotidiano familiar, pais relatam que as principais mudanças

---

estão relacionadas aos hábitos alimentares e atividades físicas. A alimentação é um dos cuidados básicos para pacientes com diabetes. Diminuição ou excesso dela poderá levar a alterações da glicose, causando conseqüências no organismo, hipoglicemia ou hiperglicemia. O balanceamento adequado da alimentação é fator indispensável no cuidado da pessoa diabética, incluindo cuidados com consumo do doce, do açúcar, qualidade e quantidade da alimentação e aspectos relacionados a características culturais. Em relação ao consumo de açúcar, familiares relatam ter eliminando, diminuindo seu consumo e/ou substituindo-o por adoçante artificial. Há parceria entre familiares, pois só consomem doce quando há doce diet para o portador de diabetes. Referem consenso nos hábitos alimentares por parte de todos. As necessidades da criança com diabetes não diferem em nada das crianças que não têm diabetes, diz Wong (1999), a não ser retirada do açúcar concentrado. Santana, citado por Santos et al. (2005), diz que a doença acarreta mudanças significativas na relação que o paciente diabético estabelece com seu próprio corpo e com o mundo que o cerca. É por meio das restrições alimentares que o diabético toma consciência de suas limitações. Por essa razão, o conflito entre desejo alimentar e necessidade de contê-lo está sempre presente na vida cotidiana desse paciente. O desejo alimentar faz o paciente sofrer, reprimir, salivar, esquecer, transgredir, mentir, negar, admitir, sentir prazer, controlar e sentir culpa. Ao mesmo tempo, esse desejo o faz feliz de uma forma que só ele sabe descrever. Aderir a um plano alimentar envolve mudanças apropriadas que se iniciam dentro da própria família e o êxito deste processo exige mecanismos de adaptação para promover tais mudanças (ZANETTI e MENDES, 2001). Neste estudo, surgiram relatos dos pais onde fica claro que a necessidade de mudança não é exclusiva do portador de diabetes, mas, sim, de todos componentes da família, no momento em que esta tem necessidade de se adequar à dieta do filho, deixando de consumir alguns tipos de alimentos. Essas mudanças colaboram para que o tratamento seja adequado e eficaz. Niel, citado por Santos et al (2005, p.3), afirma que, “como em toda doença crônica, as transformações geradas pelo diagnóstico de Diabetes Mellitus também são inevitáveis aos membros da família”. Segundo Pupo e Rull citados por Zanetti e Mendes (2001), atualmente recomendações dietéticas estão baseadas em princípios de uma alimentação saudável e bons hábitos alimentares, indicados para toda a família. Uma dieta baixa em açúcar e gordura e rica em alimentos com alto teor de carboidratos e fibras é recomendada em refeições regulares. As *mudanças relacionadas às atividades físicas* também foram relatadas pelos sujeitos deste estudo. Uns relatam que os filhos introduziram a atividade física no seu fazer diário: a caminhada ou andar de bicicleta. Outros, embora já fizessem alguma atividade física sistemática, tiveram que adaptá-la às restrições impostas pela doença. Zanetti e Mendes (2001) relatam que exercício físico constitui-se um dos pilares para o tratamento do Diabetes Mellitus associado à dieta e insulino-terapia. Exercício físico é referenciado como uma forma de melhorar o controle glicêmico e a auto-estima dos portadores de diabetes, porém, deve-se observar os níveis de glicemia e glicosúria, evitando episódios de hipoglicemia. Mesmo conhecendo os benefícios proporcionados pela atividade física, deve – se considerar intensidade, duração, horário do exercício, estado do controle metabólico, tempo após a última refeição e tempo de ação da insulina. Recomenda-se, ainda, que para iniciar um programa de exercícios, antes deve ser feita uma avaliação médica. **CONSIDERAÇÕES:** Dessa maneira, concorda-se com Santos et al (2005) quando dizem que a mudança de hábitos exigida pelo

---

tratamento não atinge apenas a vida do paciente, mas tem efeitos profundos na dinâmica familiar, o que faz com que tanto o paciente quanto a família busquem significados para a doença e se organizem frente à nova situação instaurada. A importância deste estudo recai sobre possíveis contribuições para o enfermeiro e demais profissionais da saúde, aperfeiçoando o seu conhecimento e conseqüentemente proporcionando uma melhor assistência às famílias de crianças diabéticas. Conhecendo suas necessidades, haverá possibilidade de ajudá-las a esclarecer suas dúvidas e assim as famílias poderão prestar uma assistência mais adequada à suas crianças, favorecendo uma melhor adaptação de ambas. As mudanças no cotidiano familiar estão relacionadas à alimentação, quando a família muda seus hábitos, realizando o controle da dieta junto com seu filho, tendo como mudança principal a diminuição ou substituição do açúcar por adoçante artificial. Essa atitude familiar facilita a adaptação do portador de DM tipo I, a sua nova situação imposta pela doença. A realização da atividade física também é citada como uma mudança no cotidiano. Para um cuidado integral ao portador de DM, é necessária a elaboração de programas interdisciplinares, abrangendo toda a equipe de saúde. Nesses programas, cada profissional deve ter conhecimento da patologia e da forma mais adequada de tratamento dentro de sua especialidade e, ao mesmo tempo, trabalhar em conjunto com os demais profissionais. Os programas visam ao atendimento do portador de diabetes, sua família, e seus principais cuidadores. Ter um filho portador de DM é, sem dúvida, um desafio constante para os pais e a família. Esse desafio necessita ser enfrentado diariamente, por causa das conseqüências que esta patologia traz para todos, provocando mudanças no cotidiano familiar, envolvendo seus hábitos de vida.

**Descritores:** Diabetes Mellitus – família – cuidado - criança – adolescente.

---

---

## O ENFERMEIRO NA CRECHE: UMA PROPOSTA DE CUIDADO À SAÚDE

*Nair Regina Ritter Ribeiro(1)*

*Mariana Bello Porciúncula(2)*

*Milena Ritter Ribeiro(2)*

*Silvana Vizzotto(2)*

*Viviane Santos de Freitas(3)*

*1. Enfermeira, Professora Doutora da Escola de Enfermagem da UFRGS, Coordenadora do Projeto*

*2. Acadêmicas de Enfermagem da UFRGS, bolsista de Extensão*

*3. Acadêmicas de Enfermagem da UNISINOS, bolsistas voluntárias.*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As creches, atualmente denominadas de Instituições de Educação Infantil são locais onde crianças de 4 meses a 6 anos passam maior parte do dia. As creches tiveram origem por volta de 1770, na França com a única preocupação de manter a guarda da criança enquanto suas mães trabalhavam e atingia apenas crianças pobres. No Brasil surge entorno de 1943 com o artigo 389 da CLT “obrigava as empresas que possuíam mais de 30 mulheres em seu quadro de empregados a manter lugar apropriado para a amamentação dos filhos. Em 1970 a creche teve uma nova função pela exigência dos pais para uma atividade educacional, já que a criança passava aí, maior parte do tempo (SANTANA, 1998; RAMOS e SANTANA, 1998). A creche pode ser considerada uma necessidade social que oferece à criança atendimento de suas necessidades básicas de segurança, alimentação, educação, lazer, sono e repouso, hidratação, higiene e saúde. A atuação da equipe deve ser multidisciplinar para que possa se tornar instrumento de promoção do crescimento e desenvolvimento saudável (RAMOS e SANTANA, 1998). A enfermagem se insere na creche, no processo de supervisão e orientações de saúde considerando que as crianças se encontram numa faixa etária vulnerável aos agravos da saúde e momento singular de aquisição de habilidades para o desenvolvimento da pessoa inserida na sociedade. Para UNICEF, um profissional de enfermagem pode fazer acompanhamento das crianças, execução de ações preventivas internas à creche (RAMOS e SANTANA, 1998). Kakehashi citado por Paixão (1997, p.1), afirma que "o enfermeiro tem papel relevante na prevenção e identificação precoce de alteração ou agravo no processo do desenvolvimento infantil". Refere ainda que creche é "um equipamento social importante e necessário para o atendimento da população pré-escolar e deve entre outros objetivos prestar assistência integral à criança, proporcionando-lhe estimulação, alimentação adequada, supervisão e vigilância do crescimento e desenvolvimento, bem como prevenção de doenças e acidentes". Um dos componentes essenciais da avaliação completa da saúde é a avaliação do funcionamento do desenvolvimento. A triagem é a forma mais fidedigna e rápida para identificar aquelas crianças cujo processo de desenvolvimento está abaixo do normal para sua idade. Para esta atividade, as enfermeiras podem desempenhar um papel fundamental, administrando testes rápidos podendo ser administrados em vários ambientes como em casa, na escola, creche, hospital, consultório ou clínica (WONG, 1999). Na avaliação biopsicosocial da criança o enfermeiro tem condições de avaliar seu desenvolvimento com relação à fala, relacionamento com colegas, expressões, e função motora entre outros.

---

---

---

Para Santana (1998), creche representa um universo de relações entre criança e criança, criança e grupo, criança e adulto, e criança e seu eu. As relações que se dão entre seus pares são importantes pela similaridade de características que representam, desenvolvendo sentimento de amizade, troca de experiências e incorporação de novos padrões. Coloca-se em contato com seres diferentes trazendo seu referencial singular. Desta maneira são estimulados a construção da sua identidade. Escolhe seu grupo de convívio, proporcionando um grau de segurança e tranqüilidade. Em torno dos três anos, diminui o egocentrismo, acrescenta a palavra você em seu vocabulário e evolui para o entendimento do nosso, o compartilhar. Desenvolvimento biológico refere-se a seu desenvolvimento como peso, altura, controle do esfíncter, desenvolvimento motor (andar, correr, saltar), sistema músculo esquelético, todos observados conforme as características da sua idade. Para o desenvolvimento psicossocial, desenvolvem tomada de iniciativa, tem a sensação real de realização e de satisfação em suas atividades. Tem sentimento de culpa pelo sentimento de não ter se comportado ou ter agido errado. Desenvolvem o superego e consciência no período anterior ao pré-escolar (WONG, 1999). Na supervisão de saúde da criança, avaliação da carteira vacinal é de extrema importância, pois sinaliza proteção a que ela foi submetida. Sabe-se que as vacinas protegem crianças de doenças graves que podem deixar seqüelas, por vezes levar a morte. Cada vacina tem um período recomendado para ser administrada. Com o conhecimento técnico, o enfermeiro pode orientar o familiar quanto a particularidades. Educação para a saúde deve ser uma constante no cotidiano das creches. Estas orientações devem ser direcionadas às crianças, famílias e equipe de educadoras. Entre os temas que podem ser abordados estão: higiene oral, corporal e ambiental, prevenção de acidentes, alimentação adequada, atendimento de intercorrências, entre outros. Este projeto é desenvolvido numa creche filantrópica e possibilita inserir o acadêmico de Enfermagem em atividades na comunidade junto à criança, família e trabalhador, oportunizando a revisão de conteúdos teóricos relacionados à saúde e aplica-los na prática. Também, possibilita a qualificação dos cuidados recebidos pelas crianças na instituição, visando a atenção às suas necessidades psicobiológicas proporcionando condições adequadas para o desenvolvimento saudável das mesmas. A comunidade objeto da ação tem uma boa receptividade ao acadêmico, tanto por parte da equipe, das crianças e dos pais. É uma atividade relevante que já tem mostrado nas edições anteriores, resultados significativos na formação do acadêmico, na mudança de comportamento relacionados à educação e saúde, por parte da equipe de funcionários da instituição, das crianças e das famílias. Existe também, a possibilidade de desenvolvimento de projetos de pesquisa vinculados as ações de extensão.

**OBJETIVOS:** Oportunizar aos acadêmicos o aprimoramento dos conhecimentos adquiridos na academia; Qualificar o cuidado à saúde da criança na instituição; Realizar a supervisão de saúde das crianças e equipe; Oportunizar a realização de pesquisa; Integrar extensão/ensino/pesquisa. **METODOLOGIA:** Tipo de ação: Esta é uma ação permanente pois ocorre há mais de dez anos e após algumas alterações, em 2005 transformou-se em extensão universitária. **Atores:** A atividade é desenvolvida pelo professor e acadêmicos da enfermagem junto às crianças, famílias e equipe da instituição através de ações de cuidado, orientações e assessoria na área da saúde da criança e do trabalhador. **Sujeitos da ação:** Está voltada para uma comunidade de aproximadamente: 70 crianças na faixa etária de 4 meses a 6 anos de idade que permanecem na instituição

---

dois turnos diurnos; as famílias destas crianças e em torno de 20 funcionários. Estima-se em torno de 120 a 140 pessoas. Contexto da ação: A instituição onde a atividade será desenvolvida é filantrópica, portanto, sem fins lucrativos e vinculada a uma Congregação Religiosa e possui uma associação mantenedora. Esta instituição tem estrutura física para receber em torno de 80 crianças de 4 meses a 6 anos de idade, pertencentes a diferentes classes sociais. As crianças estão divididas em 6 turmas de acordo com a faixa etária. A equipe de funcionários é composta por administrador e secretário, diretora, pedagoga, educadoras, recepcionista, pessoal da cozinha, pessoal da limpeza. A equipe de voluntários é composta por uma enfermeira, uma nutricionista, uma psicóloga e duas psicopedagogas além de outros voluntários que fazem tarefas pontuais. As atividades diárias com as crianças estão baseadas na proposta pedagógica orientada e aprovada pela Secretaria de Educação do Estado. As questões de saúde seguem as orientações e supervisão da Vigilância Sanitária. Atividades a serem desenvolvidas: participar de reuniões com a equipe de técnicos da instituição, reunião com os pais e reunião com os funcionários; realizar o diagnóstico das condições de saúde das crianças, através de observação, análise dos registros, entrevista, e exame físico das crianças; realizar o diagnóstico das condições de saúde das funcionárias, através de observação, análise dos registros e entrevista; identificar a necessidade de orientação da equipe de funcionários relacionado às questões de saúde da criança e trabalhador; realizar orientações para a saúde da criança, família e trabalhador, desenvolver ações de cuidado às crianças e funcionários sempre que identificar sua necessidade e quando solicitado pelos funcionários ou pais; supervisionar a cobertura vacinal das crianças e trabalhadores; realizar encaminhamentos da criança ou trabalhadores quando identificar sua necessidade; participar de eventos científicos e divulgar as ações de extensão; construir o relatório das atividades desenvolvidas; participar de atividades de pesquisa realizadas na instituição; participar dos treinamentos anuais da equipe de educadoras. Período: É uma atividade caracterizada como permanente, e em 2007 será realizada de março a dezembro, de segundas às sextas feiras. CONSIDERAÇÕES: A receptividade da comunidade da creche para com o projeto é inegável, pois este colabora com a supervisão e promoção da saúde das crianças, famílias e trabalhadores, prevenindo e intervindo em situações desfavoráveis à saúde.

**Palavras Chave:** creche- instituição de educação infantil – enfermagem.

---

DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM:  
VIVÊNCIAS ACADÊMICAS DURANTE O ESTÁGIO NO CUIDAR DA CRIANÇA E FAMÍLIA

*Joel Kuyava (1)*  
*Ana Carolina Lacerda Scheibler(1)*  
*Eduardo Rocha(1)*  
*João Paulo Zimmermann Silva(1)*  
*Leone Ferreira Pereira(1)*  
*Rafael Pereira de Borba(1)*  
*Wiliam Wegner(2)*

1. Acadêmicos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, cursando o 5º semestre.  
2. Enfermeiro do Hospital da Criança Santo Antônio, Professor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EEUFRGS, Mestrando em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação da EEUFRGS.

**RESUMO**

Trata-se de um Estudo de Caso de um paciente internado em um Hospital-Escola de Porto Alegre. Objetivase identificar os Diagnósticos de Enfermagem preconizados pela NANDA e sua relação com as Intervenções de Enfermagem preconizadas pela NIC. O paciente A. G. C., três anos, masculino, acompanhado pelos pais, teve como diagnóstico médico pneumonia. A patologia desencadeou um extenso derrame pleural, seguido de empiema o que gerou procedimentos, condutas invasivas/traumáticas. A pneumonia é uma infecção pulmonar caracterizada por febre, prostração, taquipnéia e esforço respiratório associada à presença de consolidação compatível no RX de tórax (OLIVEIRA, 2005). Deve-se enfatizar as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde no manejo e atenção à criança e família hospitalizados, os quais são unidades inseparáveis, quando se discute a relação de cuidado. Os principais Diagnósticos identificados neste paciente (NANDA , 2006) são: *Mobilidade física prejudicada* relacionada à restrição de movimentos e dor; *Padrão respiratório ineficaz* relacionado à secreção excessiva e espessas secundárias à infecção; *Dor aguda* relacionada ao traumatismo de tecido secundário a distúrbios pulmonares. A partir destes, sugerem-se algumas *Intervenções de Enfermagem prioritárias* conforme a NIC (McCLOSKEY; BULECHEK, 2004): Posicionamento, Promoção do Exercício: Treino para fortalecimento e Terapia com Exercícios: Mobilidade articular; Controle das Vias Aéreas, Monitorização Respiratória, Redução da Ansiedade, Administração de Medicamentos; Controle da Dor, Administração de Analgésico, Relaxamento muscular progressivo. Esperase que a criança e família sejam inclusas nas atividades de cuidado, sendo para isto fundamental um plano de cuidados minucioso que contemple ambos. Cabe ao enfermeiro ater-se a díade criança/família para promover uma ação de cuidado expressiva e holística, preocupada com os aspectos da humanização em saúde. Salienta-se que o planejamento do cuidar deve ser único e preocupado com as necessidades dos envolvidos, sendo imprescindível ao enfermeiro incluir na sua práxis cotidiana a contextualização do cuidador e estratégias de cuidado domiciliar após a alta hospitalar. sejam inclusas nas atividades de cuidado, sendo para isto fundamental um plano de cuidados minucioso que contemple ambos. Cabe ao enfermeiro ater-se a díade criança/família para promover uma ação de cuidado expressiva e holística, preocupada com os aspectos da humanização em saúde. Salienta-se que o planejamento do cuidar deve ser único e preocupado com as

---

---

necessidades dos envolvidos, sendo imprescindível ao enfermeiro incluir na sua prática cotidiana a contextualização do cuidador e estratégias de cuidado domiciliar após a alta hospitalar.



---

## ESTUDOS SOBRE O CUIDADO AO RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO: TERCEIRA EDIÇÃO

*Eliane Norma Wagner Mendes(1)*  
*Marta Silvana da Motta(2)*

1. Enfermeira. Professora Doutora Adjunta do Depto de Enfermagem Materno-Infantil da EEUFRGS. Orientadora do Projeto de Extensão.
2. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Bolsista de Extensão PROEXT.

### RESUMO

Os bebês, segundo a Organização Mundial de Saúde, são considerados de pré-termo (RNPT), quando nascem antes da 37ª semana de gestação, independente do peso. Os RNPT, principalmente aqueles com menos de 1500 g (considerados de muito baixo peso), são os mais vulneráveis, precisando de cuidados diferenciados e de período prolongado de hospitalização em unidades de internação neonatais (UIN). A partir dessas questões é que se configura o projeto intitulado: Estudos sobre o cuidado ao recém-nascido pré-termo. Atualmente o projeto encontra-se na sua terceira edição contando com a aprovação de diversos profissionais, entre eles enfermeiros, acadêmicos de enfermagem, técnicos de enfermagem e pais dos RNPT. Esses recém-nascidos encontram-se internados na Unidade de Tratamento Neonatal. São realizadas atividades de integração docente-assistencial e atividades assistenciais de enfermagem ao RNPT e sua família. Essas ocorrem através de Encontros Semanais com Pais de Bebês Prematuros internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), sendo abordados temas relacionados ao cuidado hospitalar e domiciliar dos RNPT. Os encontros acontecem no HCPA, 11º andar, sala 1131. Até o momento (Jun/05 à Ab/07), foram realizados 83 encontros, com um total de 468 pais envolvidos. Observou-se que ocorre a participação predominante de mães de RN masculinos, internados em terapia intensiva e intermediária, com IG média de 30s e 6 d e peso médio de 1280g ao nascer. Observou-se que os pais participam atentamente da exposição dos temas propostos e após procuram relatar a sua percepção acerca da hospitalização do filho. Dentre as preocupações dos pais, predominavam as que estavam relacionadas à instabilidade e à variação de peso dos bebês durante a hospitalização.

---

---

## REPRESENTAÇÕES CULTURAIS SOBRE RECÉM-NASCIDO

*Lisandra Liska Roos(1)*  
*Ana Lucia de Lourenzi Bonilha(2)*  
*Cecília Drebes Pedron(3)*  
*Kátia Lopes Inácio(4)*  
*Tatiana Augustinho Rocha(5)*

1. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS. Relatora.
2. Doutora em Enfermagem. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS.
3. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS.
4. Mestre em Enfermagem. Professora assistente do Centro Universitário La Salle.
5. Mestranda do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS.

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** A mídia impressa, em especial a revista, constitui-se num aporte de educação informal para os seus leitores. Quando se trata de cuidados relacionados ao recém-nascido, a revista é um meio relevante por disseminar informações e conhecimentos entre as diferentes classes sociais. Esse processo de educação informal auxilia na percepção dos pais sobre as necessidades e cuidados de saúde específicos ao bebê. **OBJETIVO:** Analisar as representações culturais sobre recém-nascido presentes em revista dirigida ao público leigo. **METODOLOGIA:** pesquisa qualitativa com análise temática segundo Minayo. Foram analisados seis exemplares da revista “Crescer”, relativos aos anos de 2003, 2004 e 2005. **CONCLUSÕES:** Em relação à temática estudada, observou-se que o recém-nascido mostra-se (in)visível. Não há clareza na definição entre o que é recém-nascido e o que é bebê. Nem sempre estão explícitas as características específicas relacionadas ao seu período de desenvolvimento. Quando essas são ditas, estão freqüentemente associadas a patologias. É dado ênfase aos aspectos físicos e emocionais da chegada do bebê que refletem negativamente no relacionamento com os pais e familiares. As informações veiculadas mostram uma visão adultocêntrica, pois apresentam uma linguagem técnica, de domínio do profissional de saúde, normalmente o médico, onde os pais são obrigados, passivamente, a decodificá-la. A revista é um meio de educação informal que poderia ser melhor aproveitado para a promoção de saúde do neonato, para isso, é importante que a enfermagem conheça o que é veiculado na mídia impressa para adequar os cuidados e o atendimento ao recém-nascido por meio de ações de educação em saúde realizadas com os pais.

---

---

## UMA DOR SILENCIOSA: ATUAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO DA DOR EM RECÉM-NASCIDOS

*Capponi, Renata Lobatto(2)*

*Moreira, Susana Mayer(1)*

*Soares, Gabriela(1)*

*Vaccari, Alessandra(1)*

*1. Acadêmicas do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*2. Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

### *RESUMO*

A sensação de dor possui como característica principal a singularidade. Contudo, mesmo sendo única para quem a sente, a dor pode ser compartilhada. Porém, existem indivíduos que não podem expressar suas dores por meio de palavras, como os recém-nascidos (RN's) e os lactentes. Durante anos, acreditou-se que os bebês possuíam uma imaturidade dos receptores de dor e mielinização incompleta de seus nervos sensitivos. Essas idéias fizeram com que houvesse um subtratamento da dor. Desta forma, o objetivo dessa revisão é demonstrar a importância do tema da avaliação da dor no recém-nascido pela equipe de enfermagem, destacando os parâmetros e as escalas mais utilizadas. A metodologia utilizada para a confecção deste trabalho foi à pesquisa bibliográfica. Para se obter uma boa avaliação da dor são utilizados dois parâmetros: os fisiológicos e os comportamentais. Na tentativa de se melhorar o atendimento e facilitar a mensuração da dor, foram desenvolvidas várias escalas de avaliação da dor em recém-nascidos, que possuem como base estes parâmetros. Dentre as escalas mais utilizadas estão a NIPS e NFCS. Assim, apesar das dificuldades encontradas na avaliação da dor nos recém-nascidos, é importante que a equipe de enfermagem saiba avaliar estes parâmetros e escalas, a fim de tornar o cuidado humanizado e individualizado, diminuindo o desconforto sentido pelos seus pequenos pacientes.

---

# *Enfermagem no Cuidado à Mulher*

---

---

A PRESENÇA DO PAI DURANTE A GESTAÇÃO E PUERPÉRIO EM FAMÍLIAS RESIDENTES NO  
MUNICÍPIO DO RIO GRANDE, RS

*Aline Alves Veleda(1)*  
*Maria Cristina Flores Soares(2)*

1. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande – FURG.

2. Profª. Drª. do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da FURG.

**RESUMO**

INTRODUÇÃO: É reconhecido que o fato de a mãe ter companheiro ou receber apoio psicossocial deste durante a gestação são fatores que podem indiretamente determinar o desenvolvimento da criança e ser de importância significativa para o transcorrer da gravidez (HALPERN, 2000; SAFONOVA e LEPARSKI, 1988). A presença ou não de ambos os pais sociais no domicílio têm sua importância na medida em que pode determinar desde a divisão de tarefas em relação aos cuidados com a criança, até mesmo a composição da renda familiar e o suporte afetivo e social do próprio casal (AERTS, 1996), fatores podem influenciar os desfechos do desenvolvimento infantil. Assim, essas influências podem ocorrer por diferentes motivos, dentre os quais a organização familiar, a composição da renda na família e os cuidados do pai junto à criança após a gravidez. A dinâmica e as relações familiares podem influenciar os desfechos da gestação e até mesmo do desenvolvimento infantil, na medida em que, o estado civil materno, indicado pela ausência de companheiro, é um dos fatores de risco para a natimortalidade infantil, fato demonstrado pela maior prevalência de mortalidade infantil e perinatal em filhos de mulheres não casadas, quando comparadas com as casadas (LORENZI *apud* FERNANDES, 2004). Além disso, estudos relacionam a estrutura familiar adversa com o aumento do risco de desnutrição infantil (CARVALHES; BENICIO, 2002) e com a maior ocorrência de comportamentos hiperativos futuros na criança (SILVA, 2002). Aerts (1996) relata que a ausência do auxílio do pai pode afetar negativamente a composição da renda familiar, levando à dificuldades de acesso à serviços necessário. A ausência do companheiro pode estar relacionada à piores condições socioeconômicas das famílias, obrigando as mulheres a procurarem trabalhos externos ao domicílio. Em relação a este aspecto sabe-se que o trabalho externo da mulher pode afetar toda a organização familiar, já que, na maioria das vezes, é a mãe quem cuida dos filhos, os alimenta, os leva aos serviços de saúde, organiza e realiza as tarefas domésticas (AERTS, 1996). Em determinadas situações a mulher passa a ocupar a posição de chefe-de-família, entretanto suas ocupações costumam ser menos exigentes e com menor remuneração do que o trabalho masculino. Esta situação, além de afastar a mulher do cuidado dos filhos, acaba por diminuir a qualidade de vida de sua família (AERTS, 1996). A falta de companheiro pode estar relacionada ainda com uma falta de apoio psicossocial à mãe durante a gestação e no pós-parto, o que pode afetar indiretamente o desenvolvimento da criança (HALPERN, 2000). Além disso, Eizerik; Bergman (2004) referem ainda que a ausência do pai nos cuidados do filho após o parto pode gerar conflitos no desenvolvimento da criança e distúrbios no comportamento. A partir destes aspectos levantados, interessou-

---

nos identificar a situação dos pais durante a gestação e se este vem contribuindo financeiramente nos cuidados com a criança. **OBJETIVO:** Este estudo buscou reconhecer como está a participação do pai durante a gestação e questiona o auxílio financeiro deste junto as suas famílias. **METODOLOGIA:** Este estudo fez parte de uma dissertação de Mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande, RS. Trata-se de uma pesquisa quantitativa realizada com 230 crianças residentes no município do Rio Grande, RS, onde estas eram avaliadas quanto ao seu desenvolvimento neuropsicomotor e seus responsáveis respondiam a um questionário estruturado sobre assuntos relacionados a gestação, desenvolvimento e cuidados infantis. Os dados foram coletados durante os meses de abril à junho de 2006, sendo digitados através do programa Epi Info (Epi Info 6.04). Posteriormente foi realizada a limpeza dos dados, corrigindo erros de amplitude e de consistência. Assim, foi constituído um banco de dados com as informações obtidas sobre os dados das crianças avaliadas e dos questionários com as mães ou responsáveis. Os dados foram analisados, usando o programa SPSS 8.0, sendo a análise composta por três etapas: descritiva, bivariada e multivariada. Todos os procedimentos utilizados na pesquisa somente foram realizados após a análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal do Rio Grande e a adesão do familiar responsável pela criança, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo-lhe garantido os esclarecimentos necessários sobre o tema da pesquisa, o anonimato dos dados coletados e o direito de retirar-se do estudo a qualquer momento, inclusive nas etapas finais do processo, sendo respeitada a Resolução 196/96. **RESULTADOS:** Foram avaliadas 230 crianças, das quais todos os responsáveis responderam ao questionário aplicado. Neste estudo 75,9% das entrevistadas referiram ter recebido apoio do pai da criança durante a gestação. A participação do pai nos cuidados com a criança também foi avaliada através de diversas atividades realizadas pelo pai com seu filho, investigadas junto às mães, definindo participação efetiva ou não efetiva. Dentre estas atividades estavam relacionadas o banho ao recém-nascido, troca de fraldas, compra de roupas, sair para passear com a criança, auxílio financeiro, participa do aleitamento, faz a criança dormir e brinca com o seu filho. No mesmo sentido foi perguntado à mãe se o pai auxiliava financeiramente nas despesas com a assistência à criança. Nesse sentido, a participação paterna efetiva na realização dos cuidados, ou seja uma participação em cinco ou mais destas atividades foi referida por 66,4% das famílias, enquanto que a participação com recursos financeiros foi referida por 88,2% dos responsáveis. **CONCLUSÕES/RECOMENDAÇÕES:** Verificamos neste estudo que os pais estão buscando cada vez maior participação tanto na gestação quanto nos cuidados da criança após o parto. Atualmente, a busca de uma posição diferente dos pais frente aos filhos é revelada por Saraiva (1998), o qual enfatiza a participação dos homens em novas atitudes durante a gestação e no cuidado e na relação com seus filhos. Ramires (1997) também verifica o desejo masculino de participação efetiva em relação aos cuidados com os filhos. Bustamant e Trad (2005) evidenciaram em todas as famílias, que os homens estão participando ativamente nas dimensões físicas e emocionais dos cuidados às crianças. Entretanto, é sabido que os companheiros/homens, não costumam ser um foco de atenção nos serviços de saúde da gestação, perpetuando a representação da sociedade masculina dissociada dos cuidados com a reprodução (ARRILHA, 1999; MARCONDES, 1999; VILLA, 1999). Assim é necessária a inserção dos pais no cuidado com a

---

gestação e o parto, estimulando o apoio à mãe, para que estes possam construir uma paternidade participativa e efetiva (CARVALHO, 2003). Desta maneira, recomendamos a maior inserção dos pais nos programas, cursos, encontros e consultas de Pré-Natal. É preciso que o pai ou o companheiro da gestante seja visualizado como figura importante durante a gestação, participando de todos os momentos e sendo incluído sempre que for possível. Além disso, a participação do pai durante o trabalho de parto e o ensino dos mesmos junto aos cuidados com o recém-nascido pode auxiliar na formação do vínculo entre pai e filho e assim contribuir significativamente com o desenvolvimento da família. Desta maneira, acreditamos que uma nova postura dos serviços de saúde sobre esses novos pais que estão surgindo, interessados e exigindo espaços de participação junto a gravidez e ao puerpério, é necessário e deve ser refletido e posto em prática em todos os lugares que trabalham com atenção Pré-Natal e puerperal.

**Palavras-chave:** Paternidade, Gestação, Cuidado à criança

---

---

## A CRIANÇA E A UTIP: O OLHAR DA MÃE E AS CONTRIBUIÇÕES PARA O CUIDAR DA ENFERMAGEM

*Cíntia Wyzkowski(1)*  
*Rosângela da Silva Santos(2)*

*1. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEAN/UFRJ.*

*2. Enfermeira. Professora Titular do DEMI/EEAN/UFRJ. Membro do Núcleo de Pesquisa em Saúde da Mulher (NUPESM) e Núcleo de Saúde da Criança (NUPESC).*

### *RESUMO*

Estudo de natureza qualitativa. As inquietações para realização da investigação surgiram a partir da observação prática, enquanto profissional, da dedicação das mães com filho internado em estado crítico. Teve como objeto de estudo a percepção de mães de crianças internadas em UTIP em relação à internação de seu filho. A metodologia empregada foi o método de história de vida, à luz do referencial metodológico de Daniel Bertaux (1980). Teve como objetivos: compreender a percepção das mães de crianças internadas na UTIP em relação à internação de seu filho, a partir de sua história de vida, e descrever a percepção da mulher cujo filho está internado na UTIP a respeito do ambiente que a cerca. Os sujeitos foram 26 mulheres cujos filhos estavam internados em uma UTIP de uma instituição pública federal de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Os depoimentos foram analisados a partir de conceitos de Kübler-Ross (2005), Elsen e Marcon (1999). A história de vida dessas mães evidenciou que elas passam por uma experiência difícil e conflituosa. Apresentam fases características, frente a uma doença grave ou fatal, identificadas por Kübler-Ross (2005), como: negação, raiva, depressão, barganha e aceitação. Elas não aceitam o fato do filho estar na UTIP, sentem raiva muitas vezes, frente ao comportamento que as pessoas apresentam acerca das condições do seu filho, entram em depressão por ver o filho internado e por terem que se dividir muitas vezes entre outros afazeres, apóiam-se na fé para conseguirem suportar o período, de internação do filho, porém não chegam à quinta fase, apresentada como a da aceitação, porque todas elas têm certeza de que levarão o filho para casa. A UTIP é um ambiente estranho, e que elas associam à morte, o que causa medo e sofrimento, até que, após conhecerem suficientemente bem o local em que se encontram, modificam a percepção sobre esse espaço. Por estarem fragilizados, a mãe, a sua família e o seu filho necessitam de cuidados de profissionais, principalmente, dos de enfermagem, que ofereçam atenção especial, o que possibilitará a recuperação da criança, a confiança da mãe e de toda a família.



---

## AUTONOMIA NA ANTICONCEPÇÃO: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES POBRES MULTÍPARAS

*Abib, Gilda Maria de Carvalho(1)*  
*Prates, Cibeli de Souza(2)*  
*Oliveira, Dora Lucia Leidens Corrêa De(3)*

1. Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - Bolsista de Iniciação Científica PIBIC – CNPq

2. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

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

### RESUMO

Trata-se de uma pesquisa sobre as experiências de anticoncepção de mulheres multíparas pobres, atendidas em uma UBS da região metropolitana de Porto Alegre. A pesquisa problematizou estas experiências levando em conta os fatores que condicionam a autonomia destas mulheres para escolher o número de filhos, o momento de engravidar e estratégias de anticoncepção. Participaram da pesquisa 13 mulheres entre 21 e 43 anos de idade, com três filhos ou mais, possuindo renda familiar de até R\$ 400,00 e residentes numa das áreas assistidas pela equipe de Medicina de Família e Comunidade da ULBRA. A coleta de dados foi realizada entre junho e julho de 2005 através da técnica de grupo focal. Dois grupos de mulheres foram constituídos e foram realizados com cada grupo cinco grupos focais. A análise dos dados da pesquisa foi desenvolvida através da análise de conteúdo proposta por Minayo (2004). Os resultados deste estudo demonstraram que a retórica oficial produzida no campo do planejamento familiar e sua ênfase numa proposta de defesa dos direitos reprodutivos contradiz as experiências vividas pelas mulheres pobres participantes do estudo. Ele também demonstrou que, no campo da anticoncepção, estas mulheres não têm acesso a uma atenção em saúde organizada conforme os princípios do SUS. A pesquisa contribuiu para mostrar aos profissionais de saúde que as práticas em saúde desenvolvidas pelos serviços no campo do planejamento familiar necessitam ser avaliadas e problematizadas, considerando todos os fatores que limitam a autonomia contraceptiva de mulheres pobres multíparas, dentre os quais os aspectos individuais e sociais apontados pela pesquisa, por exemplo: dificuldades sócio-econômicas, problemas de acesso aos serviços e aos métodos anticoncepcionais, questões relativas ao poder de gênero, entre outros. A identificação destes condicionantes leva a conclusão de que a multiparidade nas camadas pobres tem mais a ver com questões de ordem estrutural do que individual.

---

---

DESVELANDO A GRAVIDEZ PLANEJADA EM UM GRUPO DE ADOLESCENTES  
DE PORTO ALEGRE

*Daisy Zanchi de Abreu Botene(1)*  
*Eva Néri Rubim Pedro(2)*

1. *Enfermeira. Mestranda do curso de mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do sul.*
2. *Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Escola de Enfermagem da UFRGS. Doutora em Educação*

**RESUMO**

Esse estudo surgiu de uma pesquisa anterior, realizado com mães adolescentes, no qual se percebeu que algumas das gestações eram planejadas. Esse fato fez surgir a seguinte indagação: Que fatores estariam envolvidos no planejamento da gestação dessas adolescentes? Desenvolveu-se, então, um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa, no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, no período de fevereiro a julho de 2006, com o objetivo de conhecer as realidades de vida de um grupo de adolescentes que planejou a gestação, assim como as razões que as motivaram ao planejamento da gravidez nessa fase da vida. As participantes foram nove mães adolescentes, com idades entre 15 e 19 anos. A coleta das informações foi mediante entrevistas semi-estruturadas, sendo as mesmas analisadas por meio da técnica da análise de conteúdo. A partir da análise, emergiram categorias e subcategorias, que permitiram identificar que o modo de vida anterior à gestação e as motivações internas, como por exemplo, para suprir uma carência afetiva, e externas, como o desejo de agradar o companheiro foram fatores que podem ter contribuído para desencadear o desejo de ser mãe entre as adolescentes estudadas. Encontrou-se também, que a gravidez que pode ter contribuído positivamente como motivação para o desejo de retornar aos estudos no intuito de promover melhores condições de vida, para os filhos e, ainda, para o abandono de um estilo de vida não saudável, para poder cuidar do filho. Espera-se que os resultados encontrados possam possibilitar aos profissionais de saúde um repensar sobre a gravidez na adolescência, com vistas a uma melhor compreensão da adolescente mãe, e, quem sabe, a elaboração de estratégias educativas capazes de despertar e levar as jovens ao exercício consciente de sua cidadania.

**Descritores:** Adolescência; Gravidez na adolescência; enfermagem.

---

---

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM E CUIDADOS À MULHER PORTADORA DA DOENÇA  
HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO

*Eveline Franco da Silva(1)*  
*Lucélia Caroline dos Santos Cardoso(1)*  
*Luzia Terezinha Vianna dos Santos(2)*  
*Ana Cláudia de Mello Silva(1)*  
*Tatiane Jesus Gomes Batschauer(1)*

*1.Acadêmica de Enfermagem – UNILASALLE*  
*2.Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

**RESUMO**

Os distúrbios hipertensivos podem ocorrer antes da gestação ou serem específicos da gravidez. Estes englobam condições caracterizadas pela elevação da pressão sanguínea materna após a 20ª semana de gestação associada à proteinúria e edema. Buscou-se, a partir de revisão bibliográfica, identificar os diagnósticos de enfermagem e os cuidados cabíveis a portadora da doença hipertensiva específica da gestação. As síndromes hipertensivas gestacionais representam risco ao bem-estar materno e fetal, no Brasil aproximadamente 10% das mortes maternas ocorrem em razão desses distúrbios. Mesmo que não seja possível evitar os distúrbios hipertensivos, acredita-se que o diagnóstico precoce e preciso e o tratamento adequado, bem como uma assistência de enfermagem holística à grávida, possam reverter os atuais dados de morbi e mortalidade materna e perinatal.

**Palavras-Chaves:** Doença hipertensiva específica da gestação. Diagnósticos de Enfermagem. Cuidados de Enfermagem.

---

## HISTÓRIA FAMILIAR EM PACIENTES COM DOENÇA HIPERTENSIVA DA GESTAÇÃO

*Eveline Franco da Silva(1)*  
*Lucélia Caroline dos Santos Cardoso(1)*  
*Caroline Abrão Dalmáz(2)*

1. Acadêmica de Enfermagem – UNILASALLE  
2. Profa. Ms. UNILASALLE

### RESUMO

As doenças hipertensivas podem ocorrer antes da gestação e serem específicas da gravidez. São, atualmente, sub-divididas em: Pré-eclâmpsia (leve e grave), Hipertensão crônica, Hipertensão gestacional, Hipertensão crônica com PE superposta. Estudos têm se preocupado em identificar e elucidar os fatores de risco ligados DHG. É documentado que história familiar predispõe ao desenvolvimento desta complicação. O objetivo deste trabalho foi analisar a presença de história familiar (mães, pais e irmãos) em gestantes com DHG internadas na Maternidade do Hospital Nossa Senhora da Conceição. Setenta e cinco pacientes foram investigadas. A história familiar esteve presente em 45,3% das gestantes. Esta diferença não foi significativa provavelmente pelo estudo estar em fase inicial, necessitando, portanto, de amostragem maior e, também, por parte das pacientes não terem conhecimento sobre a história de PE em irmãos ( $\chi^2=1,0$ ;  $P>0,05$ ). A identificação de fatores de risco pode propiciar ambientes educativos, visando a prevenção, orientação, cuidado e intervenção precoce nas pacientes. Mesmo que, como neste caso, não seja possível evitá-lo, a monitorização com especial atenção pela equipe que acompanha o pré-natal das pacientes pode contribuir para evitar o surgimento e a progressão da patologia, diminuindo o risco de morbi-mortalidade materna e perinatal.

---

## O GRUPO DE ALEITAMENTO MATERNO E SUAS REPERCUSSÕES NA AMAMENTAÇÃO

*Maria Lúcia de Castro Castro(1)*  
*Gédria Bastiani(1)*  
*Juliana Maciel Pinto(1)*  
*Luciana Longhi Ferreira(1)*  
*Marina Gabriela Prado Silvestre(1)*  
*Renata Dorotea Frigeri Varella(1)*

*1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

### **RESUMO**

Este trabalho trata-se de um relato de experiência das acadêmicas do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul com o Grupo de Aleitamento Materno em estágio prático. O grupo dirige-se à todas as puérperas internadas e seus acompanhantes, tem duração de uma hora e frequência de 1 à 2 vezes por semana. Objetivamos salientar a importância deste tipo de ação em educação para a saúde visto que a maioria das puérperas refere nunca ter tido orientações sobre aleitamento. Inicialmente há uma apresentação de todos os presentes com 5 questões a serem respondidas: nome; já amamentou?; foi amamentado?, por quanto tempo?; e se tiveram orientações sobre amamentação no pré-natal. A partir de então são abordados os seguintes assuntos: pega correta e informações sobre aleitamento materno exclusivo, vantagens para o recém-nascido, para a mãe e para a família, composição do leite e problemas mais frequentes que a pega incorreta pode trazer e respectivos cuidados. Ao longo do grupo questionamos as puérperas sobre os assuntos já citados fazendo com que as orientações partam do nível de conhecimento das mesmas. Permitimos que haja constantemente exposição de vivências atuais e anteriores. Ao final do grupo aquelas mães que referiram dificuldade para amamentar são atendidas pelas acadêmicas que assistem, corrigem e dão orientações mais específicas para a boa pega daquele bebê. Concluímos que durante este grupo as puérperas descobrem que, além de oferecer vantagens ao bebê o aleitamento materno possui vantagens para ela. O grupo ainda ajuda a interação de toda a família com o novo ser que acaba de nascer, visto que a participação é livre para todos acompanhantes e, sem dúvida, age diretamente nos índices de desmame precoce diminuindo-os a partir do momento que o ato de amamentar torna-se prazeroso, diminuindo também o desgaste econômico familiar e social visto que amamentar é, além de alimentar, proteger.

---

## O NASCIMENTO EM SUAS DIFERENTES ÓTICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Laura Leismann de Oliveira(1)*  
*Lúcia Chaves Pfitscher(2)*

*1. Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*2. Enfermeira Obstetra; Professora substituta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

### **RESUMO**

O nascimento em suas diferentes óticas é um relato de experiências de uma acadêmica de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que motivada pela proposta de Humanização do parto e nascimento procurou conhecer diferentes realidades de atendimento obstétrico no país. Este trabalho tem como objetivo conhecer como as diferentes instituições prestam assistência às parturientes considerando os preceitos de Humanização do Parto e Nascimento preconizados pela Organização Mundial da Saúde. Segundo Dias e Domingues (2005), a humanização da assistência ao parto implica em respeito aos aspectos fisiológicos do processo de parturição, reconhecendo os aspectos sociais e culturais do parto, oferecendo o necessário suporte emocional á mulher e sua família. É em um contexto de humanização que os profissionais, principalmente enfermeiros, das instituições visitadas assistem suas pacientes. As experiências vividas neste trabalho foram: visita a uma Casa de Parto no Rio de Janeiro, estágio observacional em uma maternidade municipal em Itapecerica da Serra – SP. Em ambos, enfermeiras obstetras realizam a assistência da parturiente durante o trabalho e parto de baixo risco. Após estas experiências percebo que para a humanização do parto não se faz necessário abdicar das tecnologias existentes, mas sim usufruir delas, sem excessos, em prol da melhoria do atendimento obstétrico. É importante que os profissionais da saúde valorizem a singularidade do ato de parir como um evento não só biológico, mas também sociocultural.

**Palavra- Chave:** Parto; Humanização; Saúde da Mulher

---

## O USO DE MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS NA FASE ATIVA DO TRABALHO DE PARTO

*Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha(1)*

*Ana Maria Kerpp Fraga(2)*

*Laura Leismann de Oliveira(3)*

*1. Professora Adjunta do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*2. Enfermeira Obstetra do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

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

### RESUMO

A prática de humanização do atendimento obstétrico inclui o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nos quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando excessos e utilizando criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis (OMS,1996). Para Organização Mundial de Saúde (1996), as medidas não farmacológicas de forma não invasiva devem ser a primeira escolha como medida de conforto para mulheres em relação ao alívio da dor gerada pelo trabalho de parto, de acordo com o desejo da paciente. O objetivo deste trabalho é conhecer a vivência das enfermeiras obstetras sobre a utilização de medidas não farmacológicas para alívio da dor, tais como banho de aspersão, exercícios com a bola suíça, toque e massagem no que diz respeito à evolução da fase ativa do trabalho de parto. Este trabalho é um estudo de caso que analisará os registros de profissionais enfermeiros, relativos à utilização de métodos não farmacológicos em mulher em trabalho de parto no Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O estudo abrangerá, em sua análise, dados de cunho quantitativos e qualitativos (LÜDKE E ANDRÉ, 1986). O trabalho foi aprovado pela comissão de ética em pesquisa da instituição onde está se realizando a pesquisa, a mesma encontra-se na fase de coleta de dados.

---

PERFIL DAS PACIENTES SUBMETIDAS A HISTEROSCOPIA NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
DR MIGUEL RIET CORRÊA JR - FURG, RIO GRANDE, RS.

*Fabine Karam(1)*  
*Kharen Carloto; Tânia Maria Fonseca(2)*  
*Sibele Schaun(3)*

1. Médica. Residente do Serviço de G. O. do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Jr.
2. Médica G.O. Mestre em Ciências da Saúde. Preceptora da residência em G.O. do Hospital Universitário Dr Miguel Riet Corrêa Jr.
3. Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande.

**RESUMO**

**OBJETIVOS:** Descrever o perfil das mulheres submetidas a histeroscopia diagnóstica e cirúrgica no Serviço de Ginecologia do Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. **MÉTODOS:** Análise retrospectiva de 81 prontuários de pacientes submetidas à histeroscopia no período de agosto de 2004 a dezembro de 2006. Todos os prontuários pertinentes foram revisados para obtenção da indicação do exame, história clínica e obstétrica, dados referentes ao exame histeroscópico e resultado final da histopatologia. **RESULTADOS:** Das 81 mulheres avaliadas a idade variou de 08 a 79 anos com média de 47,7 anos, possuíam em média 2 filhos e quatro pacientes eram de cor de pele não branca. Vinte e oito pacientes eram menopausadas e destas oito faziam uso de algum tipo de terapia hormonal. As principais indicações para a realização do exame foram em 41% dos casos por espessamento endometrial, 38% por pólipos endometrial e as demais indicações foram por presença de corpo estranho, pólipos cervicais, investigação de infertilidade, suspeita de má formação uterina e sangramento pós menopausico. Trinta e seis pacientes não apresentavam sintomas quando da realização do exame e quando presente o mais freqüente foi alterações no padrão menstrual. Em 15 pacientes não houve correlação entre o diagnóstico ecográfico e o achado histeroscópico. Das pacientes submetidas a histeroscopia por espessamento endometrial, o diagnóstico histopatológico mais freqüente foi hiperplasia endometrial simples e em dois casos hiperplasia endometrial complexa. Entre as pacientes submetidas à histeroscopia por pólipos endometrial, o resultado mais freqüente foi pólipos endometrial hiperplásico. **CONCLUSÃO:** Atualmente a histeroscopia se consolidou como um procedimento não apenas diagnóstico, mas também cirúrgico, porém mais estudos devem ser realizados para melhorar o critério de indicação visto que em 18% dos casos neste estudo não houve correlação entre o diagnóstico ecográfico e os achados histeroscópico e em apenas dois casos a histopatologia confirmou situação de risco.



---

## VIOLÊNCIA, GÊNERO E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE A INSERÇÃO DA ENFERMAGEM

*Fabiana Zerbieri Martins(1)*  
*Charline Szareski(2)*  
*Kelin Cristiane Bock Hummes(3)*

1. Autor-relator. Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS. Bolsista BIC/Fapergs 2006/2007. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde /GEPES/UFSM. 2. Autor. Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Membro do Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem” /UFSM. 3. Autor. Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Enfermagem da UFSM. Bolsista PIBIC/CNPq 2006/2007. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde /GEPES/UFSM.

### RESUMO

A violência ameaça a vida e a saúde das pessoas, pelos diversos agravos que produz, ao assumir caráter endêmico. Suas repercussões encontram-se na morbidade e mortalidade de suas vítimas, onde as relações de gênero permeiam as representações sociais. A violência contra a mulher é um fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões, culturas e faixas etárias. Segundo o Ministério da Saúde (2006) “A vulnerabilidade feminina a certas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos”. Este trabalho trata-se de reflexões críticas a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema. Historicamente, as relações sociais encontram-se baseadas em normas que criam e delimitam ações de gênero, orientam a construção de valores e as relações de poder na sociedade. O Ministério da Saúde, na perspectiva de gênero, busca consolidar avanços como o aumento da qualidade da atenção gineco-obstétrica e o combate à violência de gênero; enfatizando a importância do exercício da autonomia e do controle social (MS, 2006). A mulher sofre violência quando atingem sua integridade física, psicológica, sexual e estrutural, identificada por sintomas físicos e psíquicos. A violência está associada a maiores índices de distúrbios psíquicos e doenças ginecológicas, DSTs e AIDS. A violência contra a mulher é uma das violações dos direitos humanos, mais praticada e menos reconhecida no mundo. Infelizmente, a maioria dos serviços de saúde ainda não estão equipados para reconhecer e tratar estas situações. Ao diagnosticar o caso, o enfermeiro deve orientar a mulher quanto a seus direitos e apresentar-lhe caminhos que possibilitem quebrar o ciclo da violência, considerando sua condição de vulnerabilidade e autonomia. Cabe ao profissional de enfermagem, posicionar-se de forma crítica, ética e reflexiva ao contexto humano e social que deve permear as ações em saúde.

**Palavras-chave:** violência, gênero, Enfermagem.

---

# *Enfermagem no Cuidado ao Adulto*

---

CARACTERIZAÇÃO DOS DIAGNÓSTICOS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM DO IDOSO EM  
UM SERVIÇO DE EMERGÊNCIA – SUBSÍDIOS PARA O CUIDADO HUMANIZADO – NOTA  
PRÉVIA

*Maria da Graça Oliveira Crossetti(1)*

*Thais Schossler(2)*

*Carolina Giordani da Silva(3)*

*Thanize Prates da Rosa(4)*

*1. Professora Doutora Adjunta do DEMC da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), Coordenadora do NECE/EEUFRGS.*

*2. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem EEUFRGS.*

*3. Enfermeira do Serviço de Emergência Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

*4. Acadêmica de Enfermagem EEUFRGS.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O envelhecimento populacional é uma questão atual no Brasil e no mundo, que está exigindo novas formas de intervenção de todos os seguimentos da sociedade com urgência, junto aos idosos e seus familiares. No Brasil o último Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2006) demonstra que os idosos, pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003), correspondem a 8,56% da população e projeta-se que, em 2025 esta representará 15% dos brasileiros. Essas mudanças no perfil demográfico devem-se ao aumento da expectativa de vida, que em 1990 era de 60,7 anos, e que em 2000 foi para 68,5 anos (BRASIL, 2002a). Fato que demonstra a necessidade de se atentar para a qualidade de vida do idoso, pois o seu crescimento nem sempre representa melhoria das condições de vida, o que pode determinar desequilíbrios no processo de envelhecimento. O aumento dos índices de enfermidades como a demência, a doença de Alzheimer e as doenças crônicas degenerativas não transmissíveis estão ligadas ao aumento da expectativa de vida e somam-se a estas, as doenças do aparelho circulatório, respiratório e as neoplasias, como principais causas de mortalidade dos idosos no Brasil (BRASIL, 2002b, 2002). O Rio Grande do Sul devido as suas características históricas, econômicas e culturais se destaca como o estado brasileiro cuja expectativa de vida é maior (IBGE, 2006). Esta realidade remete para a preocupação dos gestores de saúde no que se refere à assistência a esta população, considerando os aspectos epidemiológicos próprios do envelhecer. Dentre os motivos que ocasionam a hospitalização do idoso temos as afecções cardiovasculares, enfermidades respiratórias, traumas, complicações pós-operatórias imediatas ou tardias dentre outras doenças (SITTA e JACOB FILHO, 2002). Este perfil epidemiológico é um dos que tem caracterizado uma percentagem cada vez maior das internações de pacientes criticamente enfermos. Orlando (2001) refere que 70% das internações em unidades de terapia intensivas norte americanas deve-se a indivíduos com mais de 60 anos e ao se estratificar este dado, no sentido de restringir à faixa etária considerando os de mais de 70 anos, o percentual de internações nestas unidades ainda é significativo (25-30%). Este quadro é semelhante ao das instituições hospitalares brasileiras, em que é alta a incidência de idosos hospitalizados bem como sua média

---

de permanência. Este cenário subsidiou o desenvolvimento de políticas de atenção ao idoso, com abrangência para outros aspectos inerentes a sua qualidade de vida. Diante da Política Nacional de Saúde do Idoso (Portaria MS 1.395/99-BRASIL, 2002), emerge o desafio, para os gestores, profissionais de saúde e órgãos formadores para implementação de modelos assistenciais hospitalares e domiciliares, de instrumentos de validação de qualidade assistencial, bem como para a formação e capacitação permanente de recursos humanos especializados. Desta forma, as doenças apresentadas pela população idosa são de grande importância epidemiológica, devido ao seu caráter crônico e ou incapacitante e de significativa relevância social, na medida em que também estão relacionadas com os custos e efetividade dos serviços intra e extra hospitalares. Neste contexto é importante a busca de modelos de atenção à saúde específicos para a população idosa. A implementação destes modelos possibilitariam maior resolutividade das questões de saúde, e conseqüente preparo da família e da equipe de saúde para atuarem nos diferentes cenários de cuidado ao idoso. Dentre estes, destaca-se a metodologia de Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Esta é uma atividade privativa do enfermeiro, que com base em sua competência ética, legal, cultural e humanista implementa o processo de cuidar visando a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade. A SAE, também conhecida como processo de enfermagem, determina uma assistência de enfermagem eficaz e eficiente, quando aplicada no cotidiano da prática profissional (LAGEMANN, 2001; BITTAR e MARIA, 1993; FARIAS, 1997). O processo de enfermagem pressupõe constante tomada de decisão do enfermeiro, nas quais aplica o processo diagnóstico, que tendo por base, o pensamento crítico e o raciocínio clínico, define diagnósticos e intervenções de enfermagem que atendam as reais necessidades de cada indivíduo. O diagnóstico de enfermagem (DE) é um julgamento clínico das reações dos indivíduos, família ou comunidade a problemas reais ou potenciais ou a processos de vida (NANDA, 2005). Sua acurácia depende da obtenção de dados – relevantes e fidedignos relativos às condições de saúde do paciente (LÓPEZ, 2002; LUNNEY, 2004). Os DE possibilitam a implementação de intervenções e a busca de resultados de enfermagem acurados. As intervenções compreendem estratégias específicas decididas pelo enfermeiro (MCCLOSKEY e BULECHEK, 2004). Assim, a utilização das classificações dos DE e de intervenções de enfermagem, no contexto da prática profissional, possibilitam o desenvolvimento e aplicação de uma linguagem padronizada na enfermagem, estabelecem os domínios da profissão, bem como, proporcionam o desenvolvimento de uma prática com base em evidências. Estas condições caracterizam o cuidado humanizado na medida em que esta metodologia tem como foco o indivíduo, a família ou a comunidade com suas peculiaridades (CROSSETTI, 2005). Diante do exposto e da preocupação com o cuidado ao idoso, torna-se relevante o desenvolvimento de um estudo que busque caracterizar o estado de saúde deste grupo, uma vez que se acredita que esta constitui uma parcela expressiva da população que procura os serviços de saúde, considerando o seu perfil epidemiológico. Fato que se observa no cotidiano dos serviços de emergências hospitalares, caracterizando este setor como o principal acesso, destes indivíduos em busca de atendimento. Esta é uma realidade que se evidencia no dia-a-dia do Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em que se observa dentre os pacientes que ali se encontram um número expressivo de idosos, em Sala de Observação de Adultos (SOA),

---

que exigem da enfermagem cuidados intensos e contínuos. Não raro, o idoso permanece na emergência até que seu estado de saúde melhore momento em que recebe alta hospitalar. Contudo, esse mesmo paciente, em poucos dias, retorna à emergência com piora do seu estado de saúde. Acredita-se que isto ocorra, devido ao desconhecimento dos cuidados para consigo ou de seus familiares e a falta de condições socio-econômicas. Assim, percebe-se o mundo do cuidado na emergência do HCPA em contínua superlotação expressa por uma ocupação de 100%, acima de sua capacidade de atendimento. Consta-se que a utilização da classificação dos DE é uma realidade no processo de cuidar, no HCPA, fato evidenciado em algumas pesquisas realizadas na instituição (CROSSETTI ET AL, 2005; SAURIM, 2004).

**OBJETIVOS:** Com a preocupação do cuidado ao idoso, torna-se relevante o desenvolvimento de um estudo que objetive identificar os diagnósticos de enfermagem prevalentes nos idosos (sinais e sintomas e etiologias) e também identificar as intervenções de enfermagem relativas aos mesmos.

**METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo que tem por característica descrever a situação, o status do fenômeno ou as relações entre os fenômenos (POLIT, BECK e HUNGLER, 2004). A pesquisa será realizada no SE do HCPA, que presta atendimento a pacientes adultos, idosos e pediátricos com danos clínicos, cirúrgicos, ginecológicos e obstétricos, dentro do Sistema de Acolhimento e Triagem por avaliação de risco preconizados pelo Ministério da Saúde. Constituirá a unidade de análise deste estudo, os prontuários dos pacientes idosos, internados na SOA do SE do HCPA. A amostra do tipo probabilística aleatória simples será de 326 prontuários. O registro dos dados coletados será efetuado em instrumento próprio. Para a coleta de dados serão selecionados os prontuários de idosos internados nesta área no período de 01 de agosto de 2005 a 31 de julho de 2006. Os dados referentes aos elementos do Processo Diagnóstico serão os prescritos pelos enfermeiros no momento da admissão do paciente em SOA. Para processamento dos dados será utilizado o programa estatístico SPSS.

**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** A análise será feita a partir de estatística descritiva e do teste de significância de  $X^2$  (qui-quadrado) para se verificar a associação entre as variáveis demográficas e diagnósticos de enfermagem, seguida de discussão dos resultados, com base no referencial teórico próprio do tema em estudo.

**ASPECTOS ÉTICOS:** O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da instituição campo, tendo sido aprovado com parecer nº 06463. Foi assinado o Termo de Responsabilidade para o Manuseio do Prontuário pelo pesquisador responsável, em que este se compromete a manter o anonimato e o sigilo dos dados dos pacientes, bem como, utilizar as informações coletadas exclusivamente para fins científicos.

**RESULTADOS:** Projeto em fase de coleta de dados.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Neste contexto, com o desenvolvimento do estudo acredita-se que ao conhecer os DE e suas respectivas intervenções ou prescrições de enfermagem do paciente idoso na emergência, em SOA, possibilitará a tomada de decisões acuradas, ao mesmo tempo em que oferecerá subsídios para reorientar as práticas de cuidado, no que se refere a formação específica de recursos humanos e preparo do familiar para atender a esta população, bem como, a discussão na instituição sobre a possibilidade de criar programas de visita e internação domiciliar ao idoso atendido no Serviço de Emergência.

---

**Palavras-chave:** Idoso, sistematização da assistência de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, classificação, cuidado em emergência

---

---

CONSULTORIAS REALIZADAS PELAS ENFERMEIRAS DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E  
TRATAMENTO DE FERIDAS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE NO CENTRO DE  
TRATAMENTO INTENSIVO EM 2006

*Solange Heckler(1)*  
*Valéria de Sá Sottomaior(1)*  
*Lidiane da Silva Lopes(2)*

*1. Enfermeiras do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Responsáveis pelo Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas no CTI.*

*2. Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista do SETI do HCPA.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) é um hospital público, geral e universitário, o qual segue a missão institucional de prestar assistência de excelência, formar recursos humanos e gerar conhecimentos. Neste contexto e frente a pacientes com diversas lesões e riscos para desenvolvê-las e a diversidade de condutas adotadas pela equipe de saúde, em 1999 estruturou-se um grupo de estudos composto por enfermeiras do HCPA com o objetivo de estudar, discutir e estabelecer critérios uniformes de prevenção e tratamento de feridas. Em 2005 o grupo de estudos foi reconhecido como programa institucional, o Programa de Prevenção e Tratamento de Feridas (PPTF). Um dos seus objetivos é assessorar as enfermeiras da instituição nos cuidados dos pacientes com lesões de pele. Esta assessoria é realizada através da consultoria técnica que iniciou oficialmente em 2005. O processo de consultoria é uma relação de ajuda entre o consultor e o profissional solicitante. O trabalho divide-se em três partes: a definição do problema; o desenvolvimento de possíveis soluções e a proposta para uma recomendação final. Faz-se necessário ao consultor utilizar, não só o conhecimento técnico de especialista e a capacidade de exploração e compreensão contextual de um generalista, como, também manter um clima de cooperação e interação entre os diversos atores envolvidos no processo. Dentre as muitas características relacionadas ao processo de consultoria, acreditamos que as principais são: a colaboração, independência, imparcialidade, profissionalismo, caráter investigativo, orientação e acompanhamento. A responsabilidade técnica de organizar informações e, a partir delas, estabelecer um plano de trabalho capaz de solucionar ou minimizar os problemas é papel do consultor. A consultoria é realizada pelas enfermeiras do PPTF nas unidades de internação da instituição. No CTI a consultoria é realizada por duas enfermeiras como atividade da ação diferenciada (AD). A informatização da consultoria foi introduzida no ano de 2006. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é avaliar as consultorias realizadas no CTI em 2006, traçando perfil destes atendimentos e dos pacientes atendidos. **METODOLOGIA:** Relato de experiência do processo de consultoria realizada pelas enfermeiras do PPTF no CTI no ano de 2006. A consultoria é realizada após a solicitação dos enfermeiros do turno ou outro profissional que julgue necessária a avaliação das enfermeiras consultoras. O solicitante através do sistema informatizado inclui os dados que considera importantes para o conhecimento das enfermeiras consultoras, que ao acessarem o sistema informatizado da instituição visualizam a lista de

---

pacientes que tem consultoria pedida e as informações da solicitação. As consultorias são registradas no sistema informatizado e uma cópia é impressa, assinada e colocada na pasta do paciente para conhecimento da equipe. RESULTADOS: Quanto às consultorias: Foram realizadas 45 consultorias sendo 12 não informatizadas e 33 informatizadas. O turno que mais solicitou consultorias foi o da manhã com 19 solicitações (42,2%). Realizados 14 desbridamento cirúrgicos em lesões com tecido desvitalizado (31,11%). Houve manutenção do tratamento já iniciado em 16 casos (35,5%). A reavaliação do caso, para acompanhamento da evolução, ocorreu em 14 pacientes (31,11%). Quanto aos pacientes: Foram avaliados em consultoria 45 pacientes; 27 eram do sexo masculino (60%), 12 pacientes tinham idade acima 70 anos (26,66%), 18 pacientes apresentavam estado de saúde grave (40%), sendo considerado grave os pacientes que estavam necessitando de ventilação mecânica, instáveis hemodinamicamente ou com falência renal em tratamento de hemodiálise. Em 24 casos (53,33%) não houve registro do estado de saúde (gravidade) do paciente. Quanto às lesões: a úlcera de pressão foi o motivo de solicitação de consultoria mais freqüente com 37 casos (82,2%). A maioria dos pacientes, 24, apresentava mais de uma lesão (53,33%). O local mais acometido de lesão foi à região sacra com 30 casos (50%). As lesões estágio II e III totalizaram 49 lesões (85%) do total de lesões. CONCLUSÕES: Após a análise dos dados, verificou-se a necessidade de padronizar as informações a serem observadas e registradas no momento da avaliação do paciente. Além das informações já anotadas, acrescentar a gravidade do paciente, utilizando a Escala APACHE (Adult Physiologic Acute Chronic Health Evaluation) já aplicada pela equipe médica aos pacientes internados no CTI, e o risco para desenvolver úlcera de pressão (Escala de Braden), preconizada pelo Protocolo de Prevenção e Tratamento de Feridas, instituído no CTI em 2007. Estes itens permitem fazer relações para melhor entendimento do surgimento de úlceras de pressão, por exemplo. O número de lesões por paciente e a região sacra, a mais acometida, representam a dificuldade de mobilização do paciente no leito, possivelmente pela gravidade do quadro clínico do mesmo. O grau da lesão determinou ação das enfermeiras consultoras como desbridamento, manutenção ou alteração do tratamento já realizado para a lesão. Acredita-se que muitas das consultorias são solicitadas com vistas a desbridamento das lesões mais avançadas. Infere-se que poucas enfermeiras se sentem preparadas para a realização de desbridamentos cirúrgicos, ainda que esta seja uma atividade da competência dos enfermeiros. Destaca-se que a consultoria como intervenção ou ação educativa e assistencial ao paciente e a equipe de enfermagem é um dos propósitos, senão o principal, das enfermeiras que atuam no PPTF. Considerando os dados do Sistema Gerencial do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva de 2006, neste ano, 1713 pacientes foram atendidos no CTI e 45% estavam na faixa de APACHE igual ou maior de 20, o que demonstra sua gravidade clínica, destes 283 apresentaram úlcera de pressão (16,50%). A consultoria foi solicitada para 37 pacientes (13,02%) justificando a atuação do PPTF com consultoria no setor. As atuações baseadas nas melhores evidenciam e necessidade de educação permanente a equipe de enfermagem promovendo segurança ao paciente. Novos estudos e revisões devem ser realizados para esclarecer questões como a conduta a estabelecer frente a lesão de maior complexidade, a



---

relação do surgimento da lesão e a gravidade do paciente e ação educativa e condutas das enfermeiras e técnicos frente a prevenção e tratamento de feridas.

**Descritores:** *Consultoria de Enfermagem; Prevenção e Tratamento de Feridas; Ulceras de Pressão.*

---

---

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM MAIS PREVALENTES EM UM CENTRO DE  
TRANSPLANTE DE CÉLULAS TRONCO HEMATOPOIÉTICAS

*Quenia Camille Martins Barth(1)*

*Denise Pereira Neto(2)*

*Jacqueline Simon(3)*

1. *Enfermeira assistencial da Unidade de TCTH do HCPA, mestranda em enfermagem pela UFRGS.*
2. *Chefe de Enfermagem da Unidade de TCTH do HCPA*
3. *Enfermeira assistencial da unidade de TCTH do HCPA*

**RESUMO**

De acordo com Ortega 2004, o Transplante de Células Tronco Hematopoiéticas (TCTH) consiste na infusão intravenosa de células progenitoras hematopoéticas com a finalidade de restabelecer a função medular e imune em pacientes com algum tipo de desordem hematológica, malignas ou não, herdadas ou adquiridas. O termo diagnóstico de enfermagem surgiu em 1920 com Hamer, mas sua primeira referência na literatura ocorreu em Fry no ano de 1953. Em 1960 Abdelah propôs um sistema de classificação da linguagem de enfermagem, onde foram descritos 21 problemas de enfermagem. Desde então, esta Taxonomia tem sido a mais utilizada por enfermeiros do mundo inteiro. O conceito de diagnóstico de enfermagem (DE) foi aprovado no ano de 1990 na 9ª Conferência da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), sendo definido como uma decisão clínica sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/ processos vitais reais ou potenciais. Este constitui a base para a escolha de intervenções de enfermagem adequadas para a obtenção de resultados pelos quais o enfermeiro é responsável. A realização de estudos que contemplem a utilização dos diagnósticos de enfermagem com vistas no foco de atenção clínica são fundamentais para a identificação e implantação de intervenções efetivas no âmbito da assistência de enfermagem. Em nosso centro de Transplante Tronco Hematopoiéticas (TCTH) o processo de enfermagem é mediado através de recursos informatizados, comuns as demais áreas do hospital. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta que realiza a interligação entre todas as etapas deste processo. Neste contexto, a experiência da utilização da SAE informatizada em nosso centro, tem permitido aos enfermeiros avanços relativos a comunicação e socialização das informações. Assim evidencia-se com isso, benefícios relativos a identificação de necessidades, planejamento da assistência e implementação da prescrição de cuidados de enfermagem a pacientes submetidos a TCTH. Estes aspectos tem assumido papel decisivo na realização de uma assistência de enfermagem holística com vistas na integralidade e humanização do cuidado prestado. Os efeitos benéficos da SAE tem sido relevantes também na implementação de cuidados nas fases de: promoção, prevenção e reabilitação a saúde destes pacientes. Este estudo tem como objetivo identificar e descrever os diagnósticos mais prevalentes em pacientes que se submeteram a TCTH. Este estudo propõe também a correlação entre os diagnósticos de enfermagem identificados e suas respectivas intervenções mais frequentes. Além disso, buscou-se caracterizar a amostra em estudo sob aspectos epidemiológicos. Trata-se de um estudo transversal de caráter retrospectivo e

---

documental. Os dados foram coletados através de busca e revisão em prontuários de 35 pacientes. Foram coletados dados de pacientes submetidos a TCTH no período de janeiro de 2005 a maio de 2006. Os dados foram analisados a luz da estatística descritiva (frequência, tendência central e dispersão), onde foi utilizado software estatístico SPSS 12.0. Observou-se no estudo que a amostra era constituída de 62,1% de pacientes que haviam realizado TCTH alogênico relacionado, 22,8% TCTH alogênico não relacionado, 14,3 % TCTH não ablativo. A média de idade destes pacientes foi de  $25,17 \pm 15,77$  anos de idade, sendo encontrada idade mínima de 2 anos e máxima de 54 anos. Houve predomínio do sexo masculino perfazendo 61,1% de indivíduos da amostra. Em relação as patologias mais freqüentes foram encontradas a LMA 27,8%, LLA 16,7% Aplasia de medula óssea 13,9%, Síndrome mielodisplásica 13,9%. Os diagnósticos de enfermagem mais freqüentes na população em estudo refletem o perfil do paciente assistido em TCTH, visto que este é um paciente bastante complexo, necessitando de atendimento específico e qualificado por parte de toda a equipe de saúde. Neste cenário, as intervenções de enfermagem assumem um papel importante durante todas as fases do processo de reabilitação em saúde, atuando também na promoção de autocuidado, e educação em saúde destes pacientes e suas famílias. As intervenções de enfermagem tem como base a correta identificação de possíveis situações prejudiciais a manutenção do equilíbrio a saúde dos indivíduos atendidos. Durante a avaliação dos dados dos pacientes arrolados neste estudo verificou-se a presença de diagnósticos de enfermagem comuns a maioria dos pacientes submetidos a TCTH. Entre estes, o diagnóstico mais freqüente foi o de Risco para Infecção estando presente em 100% nesta população. Este é definido com a possibilidade de estar em risco de ser invadido por organismos patogênicos. (NANDA, 2006) O diagnóstico de proteção ineficaz também foi bastante representativo, sendo identificado em 97,2% dos pacientes. Segundo a NANDA (2006), o diagnóstico pode ser descrito como a redução na capacidade de proteger-se contra agressões do meio, tais como doenças ou lesões. O aparecimento de tal diagnóstico de enfermagem está diretamente relacionado à condição assumida por estes pacientes durante o TCTH. Visto que estes passam por uma fase de severa imunossupressão, se tornados expostos a infecções, que são as principais causas de morbidade e mortalidade nos pacientes transplantados. STOKMAN et al 2005. Segundo Sonis (2004), indivíduos submetidos a TCTH uma das mais importantes complicações é a mucosite oral, esta pode ocorrer com variáveis graus de intensidade, caracterizando-se por: dor, edema de mucosa, dificuldade em deglutir, sialorréia, hiperemia, ulcerações, queimação, hemorragia e infecções secundárias. Essas alterações comprometem a ingestão de alimentos e líquidos, dificultando a comunicação verbal. Deste modo, destacou-se também na avaliação de enfermagem o diagnóstico nutrição desequilibrada para menos do que as necessidades corporais. Este emerge no estudo como um diagnóstico comum entre os pacientes submetidos a TCTH por tratar-se de uma condição definida como deficiência da ingestão alimentar para satisfazer as necessidades orgânicas do indivíduo. NANDA, 2006. Durante o processo de TCTH são freqüentes o uso contínuo de medicamentos opióides, a utilização de hidratação em grandes volumes e o surgimento de desequilíbrios hidroelétrólíticos causados pelas terapias adjuvantes ao condicionamento. Neste contexto a terapêutica utilizada durante todo o processo de TCTH favorece o surgimento de várias condições que predispõem estes pacientes a alterações significativas de volemia corporal. Deste modo, o estudo

---

evidenciou ainda a presença significativa do diagnóstico de enfermagem Risco para desequilíbrio no volume de líquidos, sendo observado em 75% da população avaliada. A dor aguda, também a apareceu na relação de dos diagnósticos de enfermagem mais identificados entre a população deste estudo, esta condição foi evidenciada em 61,1% dos pacientes. Acredita-se que tal achado seja atribuído a efeitos posteriores a infusão de quimioterápicos em altas doses, a severidade da mucosite e a evolução da doença de base em muitos casos. Ao final do estudo considerou-se que não houve diferenças significativas entre os diagnósticos de enfermagem estabelecidos para pacientes submetidos a TCTH alogênico relacionado, TCTH alogênico não relacionado. No entanto, foi observado que pacientes submetidos a TCTH não mielo-ablativo tiveram menor número de diagnósticos de enfermagem identificados durante a internação.

---

## DIÁLOGOS SOBRE ESPIRITUALIDADE NO PROCESSO DE CUIDAR DE SI E DO OUTRO PARA A ENFERMAGEM EM TERAPIA INTENSIVA

*Luciana W. Dezorzi(1)*

*1. Enfermeira assistencial do Centro de Tratamento Intensivo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mestre em enfermagem pela Escola de enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul.*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** a retomada e o grande interesse pela espiritualidade parecem estar relacionados à noção holística do cuidado que abrange todas as dimensões do ser humano (McSHERRY; CASH, 2003) e aos grandes esforços para incluir novas abordagens que atendam não somente “às competências tecnológicas”, mas também “às competências ontológicas que são essenciais à maturidade e à sobrevivência da enfermagem, enquanto profissão distinta de cuidado e de cura” (WATSON, 2002, p. 2). Desta forma, a educação, a pesquisa e a prática de enfermagem imergem nesse debate, a fim de compreender como a espiritualidade do ser humano permeia o cenário do cuidado e quais são suas implicações para a enfermagem contemporânea. **OBJETIVO:** compreender como a espiritualidade permeia o processo de cuidar de si e do outro no mundo da terapia intensiva, sob o olhar das cuidadoras de enfermagem. **METODOLOGIA:** a pesquisa caracterizou-se por uma abordagem qualitativa do método criativo-sensível de Cabral, que guiou a produção e a análise das informações, seguindo as etapas de codificação, decodificação e recodificação ou aliança de saberes. Contou-se com a participação de nove cuidadoras de enfermagem, duas enfermeiras e sete técnicas de enfermagem, do Centro de Tratamento Intensivo (CTI) de um hospital universitário. Para a produção das informações, foram realizadas nove oficinas de arte e de experiências, sendo a última destinada à validação da análise das informações. **RESULTADOS:** nesse percurso, emergiram os seguintes temas: os significados de espiritualidade; a espiritualidade no cuidado de si e a espiritualidade no cuidado do outro. O primeiro tema exprimiu os significados de espiritualidade como propósito de vida, como conexão com uma Força Superior e com o Cosmo e como autoconhecimento. O segundo tema evidenciou que a espiritualidade no cuidado de si estava nas práticas cotidianas que aconteciam por meio da oração, do contato íntimo com a natureza, assim como no senso de conexão com uma Força Superior que propiciava tranqüilidade, bem-estar e fortalecimento à vida e ao trabalho das cuidadoras no CTI. As participantes demonstraram estar conscientes de si mesmas quando reconheceram que se fragilizavam com o mundo vivido e precisavam também de cuidado, que poderia dar-se na ajuda mútua entre os cuidadores. O autoconhecimento revelou-se como uma prática essencial no cuidado de si para melhor cuidar do outro. E o terceiro tema desvelou que a espiritualidade no cuidado do outro partiu da fragmentação do cuidador e do cuidado intensivo para um caminho de reintegração do ser humano, capaz de transformar a cultura que inibiu e oprimiu o cuidado expressivo no CTI. A espiritualidade revelou-se nas práticas de cuidado que incluíam fé, imposição de mãos e oração, assim como foi algo que emergiu da interioridade humana para se manifestar na relação com outro

---

no modo de ser do cuidador e revelou-se no olhar, na atenção, no carinho, na amorosidade, no diálogo que tranquilizava, na mão que dava conforto e segurança, na capacidade de escuta e de construir confiança em uma ambiência de cuidado para os envolvidos nestes encontros. CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES: nos construtos e nas implicações para a prática de enfermagem, o estudo sugere a inclusão do autoconhecimento nos processos de educação, uma vez que foi indicado como imprescindível para que a espiritualidade permeie o cuidado. O autoconhecimento promove a transformação do ser que cuida, ampliando sua consciência e reintegrando-o consigo mesmo. No autodescobrimento dos próprios sentimentos e emoções, a cuidadora poderá verdadeiramente estar aberta para compreender o outro. Esse trilhar conduz à auto-atualização e à auto-realização, reunificando em sua prática o conhecimento científico, a expressão da sensibilidade humana e a profundidade da consciência do ser. No desenvolvimento da enfermagem, novos construtos poderão ser transformados em conexões integradas para um profundo saber. A capacidade de integrar saberes, advindos das histórias de vida das cuidadoras, trouxe à luz uma consciência diferente da que se tinha ao iniciar o estudo, a qual está baseada em participação criativa e em caminhos de autoconhecimento. É nessa profunda dimensão que as cuidadoras de enfermagem foram e estão convidadas a explorar, no diálogo consigo mesmas e com suas companheiras, o místico com o empírico, o transcendente com o imanente, a consciência e a energia do espírito no cuidar de si e do outro no mundo da terapia intensiva. Pensa-se que as verdadeiras transformações nasçam dentro de cada ser humano para se expandir na convivência planetária. Diante dessa idéia, as participantes trouxeram as problemáticas do CTI e, no espaço livre das oficinas, deram respostas, sugerindo que para transformar é preciso dialogar e compartilhar os significados do vivido na alegria, na compaixão, na solidariedade, na ajuda mútua e na confiança que permeiam a espiritualidade na vida das cuidadoras de enfermagem. Compreender a espiritualidade no mundo do cuidado intensivo é pensar na enfermagem como universo vivo que apresenta diferentes matizes, ora com desvelar de convivências dramáticas, ora com beleza e harmonia num viver pleno de cuidado. Acredita-se que os resultados do presente trabalho possam impulsionar o diálogo e as pesquisas sobre os diversos caminhos para a inclusão da espiritualidade nas agendas e na educação em enfermagem. Para isso, seguem algumas recomendações: criar um programa de cuidado aos cuidadores do CTI, com base nas experiências vividas por estes, no qual as oficinas de arte e de experiências possam ser utilizadas em benefício do grupo de trabalhadores; contribuir no processo de educação permanente, tendo em vista as experiências e os saberes emergidos neste estudo; propiciar uma ambiência de cuidado que privilegie a espiritualidade na sua diversidade de compreensões, criando espaços de diálogos e de experiências a todos os cuidadores de enfermagem; construir novas pesquisas com vistas a compreender como o paciente e a família envolvem a espiritualidade em suas vidas e no universo do CTI. Assim, na expansão do universo e na totalidade complexa que é o Cosmo está a consciência da espiritualidade que desperta para a unidade sagrada em cada ser humano. Prosseguir é a palavra certa... E como diria Mário Quintana: “o tempo é a insônia da eternidade”.

---

**Descritores:** Espiritualidade. Cuidados intensivos. Unidades de terapia intensiva. Cuidadores. Cuidados de enfermagem. Consciência. Empatia.

---

---

## DOENÇA DE ALZHEIMER: CONHECENDO O “MAL DO SÉCULO”

*Gabriela Kochenborgerii(1)*  
*Jemina Prestesiii, Fernanda Chassot(2)*  
*Lisiane Aldabe(2)*  
*Carolina Karnopp(2)*  
*Cristina Silveira(2)*  
*Daila Raenck(2)*  
*Gabriela Della Flora(2)*  
*Maria Karolina Feijó(2)*  
*Raquel Lutkmeier(2)*  
*Roberta Konrath(2)*

1. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

2. Acadêmicas de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** A expectativa de vida aumentou consideravelmente nas últimas décadas e tende a aumentar cada vez mais. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária: entre 1980 e 2000 cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000. Cabe lembrar que o envelhecimento de uma população está relacionado à redução no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. O aumento da expectativa de vida também aumentou significativamente no Brasil. Segundo a OMS, até o ano de 2025, o Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos. Este aumento trouxe consigo o surgimento de doenças consideradas da terceira idade, dentre as quais, destacam-se as demências senis, com grande incidência na população e despertando o interesse de diversos estudiosos. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças – CID-10, demência é uma síndrome que decorre de uma doença cerebral, na qual há perturbação de múltiplas funções corticais superiores como a memória, os distúrbios do pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem e julgamento. O aspecto fundamental da demência é o prejuízo da memória somado à presença de comprometimento de pelo menos uma outra função cognitiva: afasia, apraxia, agnosia ou funções executivas. A causa mais comum de demência na terceira idade é a Doença de Alzheimer (DA). Segundo a Associação de Alzheimer (Alzheimer's Association), Alzheimer é uma doença degenerativa cerebral, caracterizada por perda de habilidades como pensar, memorizar, raciocinar. A doença é progressiva e se inicia mais frequentemente após os 65 anos. A OMS define a DA como uma doença cerebral degenerativa primária, de etiologia desconhecida, com aspectos neuropatológicos e neuroquímicos característicos; que se instala, de modo insidioso, tem desenvolvimento lento, mas contínuo por um período de anos, ou por um período curto, como dois ou três anos, mas ocasionalmente, pode ser consideravelmente mais prolongado. O início pode ser na meia-idade ou até mais cedo (início pré-senil), mas a incidência é maior na idade avançada (início senil). Em casos com início antes da idade dos sessenta e cinco a setenta anos, há a probabilidade de uma história familiar de uma demência semelhante, tendo um curso mais rápido e predominância de aspectos de dano do



---

lobo-temporal e parietal, incluindo disfasia ou dispraxia. Em casos com início mais tardio, o curso tende a ser mais lento e caracterizado por um comprometimento mais geral das funções corticais superiores. A incidência sobre a população aumenta com a idade, particularmente após os 75 anos, dobrando a cada cinco anos a partir dos 60 anos. O risco de um adulto adquirir a doença dos 60 aos 64 anos é de 0,7%. Já na faixa dos 90 aos 95 anos, a probabilidade sobe para 40%. Estima-se que 2 a 4% da população com mais de 65 anos apresente Demência do Tipo Alzheimer. O número de pacientes no Brasil é estimado em 1 milhão e 200 mil e de 18 milhões no mundo. A causa da DA ainda é desconhecida, mas alguns estudos apontam as possíveis causas dessa doença. Sabe-se que existem algumas alterações no cérebro dos indivíduos acometidos pela doença, como formação de feixes da proteína betaamilóide nos neurônios, chamadas de Placas Senis ou Placas Neuríticas; degeneração da estrutura interna dos neurônios; diminuição do Neurotransmissor chamado Acetilcolina no cérebro e aumento da concentração de Alumínio no cérebro. Existem ainda alterações que não se sabe se são a causa ou a consequência da Doença de Alzheimer: alterações nos cromossomos 19 ou 21; alterações ainda desconhecidas do ciclo de vida dos neurônios, que teriam vida mais curta que em outras pessoas; alterações do metabolismo de Alumínio ou Mercúrio no organismo, que tenderiam a se acumular nos neurônios; uma agressão do organismo contra os próprios neurônios, um fenômeno chamado "Autoimune" e aumento de Homocisteína no sangue. O desenvolvimento de distúrbios de comportamento é um dos problemas que emergem com frequência durante a evolução da doença. Alguns de seus sintomas são alucinações, delírios, choro e tristeza, falta de interesse, agressão verbal e/ou física, perambulação, violência inesperada, distúrbios do sono, ansiedade e preocupação; e alguns sintomas deficitários: apatia, depressão e isolamento. Nos primeiros estágios da DA, alguns indivíduos podem apresentar alterações da personalidade ou maior irritabilidade. Nos estágios posteriores da doença, os indivíduos podem desenvolver perturbações motoras e da marcha, podendo por fim ficar mudos e confinados ao leito. A sobrevivência de um paciente com DA pode ser de três a vinte anos após o início dos primeiros sintomas. A morte ocorre, geralmente, devido a complicação de comorbidades clínicas ou quadros infecciosos. Os indivíduos com demência ficam comprometidos em sua capacidade de aprender coisas novas, ou esquecem de coisas que anteriormente sabiam. A maioria dos indivíduos com demência têm ambas as formas de comprometimento da memória. Eles podem perder objetos importantes como carteiras e chaves, esquecer alimentos cozinhando no fogão e se perderem em locais que não lhes são familiares. Em estágios avançados de demência, o comprometimento da memória é tão severo que a pessoa se esquece de sua própria profissão, escolaridade, aniversário, membros da família e, às vezes, até mesmo seu próprio nome. A afasia, perda significativa da linguagem, pode manifestar-se por dificuldade de falar nomes de pessoas e objetos. O discurso dos indivíduos com afasia pode tornar-se vazio, com uso excessivo de termos indefinidos como "coisa" e "aquilo" e muita redundância. A compreensão da linguagem falada e escrita e a produção da linguagem também podem estar comprometidas. Em estágios avançados de DA, os indivíduos podem ficar mudos ou ter um padrão deteriorado de linguagem, caracterizado por ecolalia ou palilalia. Os indivíduos com DA podem apresentar apraxia, isto é, prejuízo na capacidade de executar atividades motoras, apesar de as capacidades motoras, função sensorial e compreensão estarem intactas para a tarefa exigida. Eles apresentam

---

prejuízo em sua capacidade de demonstrar com mímica o uso de objetos ou de executar atos motores conhecidos, como acenar ou fazer sinal de positivo. A apraxia pode contribuir para déficits nos atos de cozinhar, vestir-se e desenhar. Esses indivíduos podem apresentar ainda agnosia que é o fracasso em reconhecer ou identificar objetos, apesar da função sensorial intacta. Por exemplo, apesar de ter visão normal, o indivíduo perde a capacidade de reconhecer objetos tais como garrafas ou escovas de dentes. Por fim, podem tornar-se incapazes de reconhecer membros de sua família ou até mesmo sua própria imagem no espelho. Podem também ter sensações táteis normais, mas serem incapazes de identificar objetos colocados em suas mãos apenas pelo tato. As perturbações no funcionamento executivo são manifestações comuns de demência. O funcionamento executivo envolve a capacidade de pensar abstratamente e planejar, iniciar, seqüenciar, monitorar e cessar um comportamento complexo. O prejuízo no pensamento abstrato pode ser manifestado por dificuldade em lidar com informações novas e complexas. Ainda não existe tratamento estabelecido que possa curar ou reverter a deterioração causada pela DA. As opções disponíveis visam avaliar os déficits cognitivos e as alterações de comportamento, através do uso de medicamentos, e melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família, com uma abordagem multidisciplinar. Com relação à farmacoterapia, o tratamento da DA recebeu grande impulso nos últimos anos, depois da introdução dos medicamentos anti-colinesterásicos. OBJETIVO: O objetivo deste estudo é conhecer melhor a Doença de Alzheimer e elaborar um material que fique disponível para toda e qualquer pessoa que tenha interesse em consultá-lo. METODOLOGIA: Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica com base em livros, artigos e pesquisas virtuais que discutem o tema abordado. CONCLUSÃO: Essa doença irreversível, que causa a perda progressiva da memória e de outras funções cognitivas que prejudicam o paciente em suas atividades de vida diária e em seu desempenho social e ocupacional; acaba prejudicando também a família desse paciente que sofre com seu avanço, com as conseqüências vistas num ente querido. O fato de, mesmo com tantos estudos a respeito, não se conhecer as causas da DA e também o fato de não se ter um tratamento que a cure, faz com que ela seja realmente considerada o “Mal do Século”. Podemos nos basear nas possíveis causas levantadas para tentar prevenir o seu aparecimento. Algumas formas de tentar preveni-la são exercitar nosso cérebro, procurando aprender coisas novas sempre; devemos também, enquanto família, estarmos atentos para mudanças de comportamento e de personalidade dos integrantes da nossa família, mesmo que este não seja considerado idoso. Quando a DA já está instalada, devemos proporcionar àquele indivíduo acometido por ela, uma qualidade de vida digna, com respeito, cuidados diários e, dependendo do estágio, integrais, para que não se coloque em risco. Acreditamos que com mais informações sendo passadas para a população, poderemos estar diagnosticando a DA mais precocemente, e seus prejuízos não serão tão drásticos aos envolvidos.

**Palavras-chave:** Doença de Alzheimer, Enfermagem, Demência.

---

---

## DOR CRÔNICA: CONTEXTUALIZAÇÃO NA ENFERMAGEM

*Milioni, K. C.(1)*  
*Ávila, C. W.(1)*  
*Culau, J. M.(1)*  
*Lopes, L. S.(1)*  
*Helmich, I. B.(1)*  
*Rodrigues, N. P.(2)*

1. Acadêmicas do 8º semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
2. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Dor é uma qualidade sensorial complexa, puramente subjetiva, difícil de ser definida e freqüentemente difícil de ser descrita ou interpretada. É, atualmente, definido como resposta desagradável a estímulos associados com real ou potencial dano tecidual, influenciadas pela ansiedade, depressão e outras variáveis psicológicas. A dor crônica é um processo de doença e seu diferencial é devido à duração maior que o curso de uma doença aguda ou lesão. Desempenha o papel de alerta, comunicando ao indivíduo que algo está errado, gerando acentuados níveis de estresse e incapacidade para o paciente. Devido ao tempo que a enfermagem despende ao paciente com dor crônica, ele precisa compreender a base fisiológica da dor, as conseqüências psicológicas e os métodos utilizados para tratá-la, para que assim, possa implementar as estratégias de alívio da dor e avaliar a eficácia dessas estratégias, pois há uma grande queda na qualidade de vida em pacientes com essa comorbidade. **JUSTIFICATIVA:** A escolha do tema para o desenvolvimento deste trabalho está relacionada com a grande incidência de pacientes portadores de dor crônica no Brasil. Dentro deste contexto realizamos uma revisão bibliográfica sobre dor crônica e sua contextualização na enfermagem, visando identificar os diversos fatores relacionados com o surgimento, tratamento e evolução desta doença. **OBJETIVOS:** Estudar e descrever os diversos fatores que contribuem para o surgimento da dor crônica, assim como os principais sintomas e tipos de tratamento existentes, englobando assim, os aspectos fisiopatológicos, clínicos e psicológicos do paciente durante a evolução da doença, tratamento e recuperação. Destacando as formas de cuidado que a enfermagem pode proporcionar para a manutenção da qualidade de vida e bem-estar do paciente. **METODOLOGIA:** Este trabalho foi embasado em experiências vividas com pacientes portado de dor crônica no Ambulatório de Enfermagem de Saúde do Trabalhador na zona 12 do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA. Realizou-se uma pesquisa documental onde foram utilizados materiais extraídos de outras fontes, como artigos de revisão, sites informativos e pesquisas bibliográficas, no período de 19 de junho a 18 de julho de 2006. **DISCUSSÃO:** Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, podendo ser conseqüente a um estímulo virtual ou potencial aplicado aos nociceptores, à lesão do sistema nervoso ou uma associação desses mecanismos. A excitação dos nociceptores, fenômeno inicial imprescindível para o aparecimento da dor nociceptiva, pode ser breve, prolongada ou continuada, nesta última eventualidade, a dor torna-se crônica e tende a ser maciça, dolorosa, contínua ou recorrente. É o que ocorre, por exemplo, na Osteoartrite, Artrose, Lombalgia, Artrite

---

Reumatóide, Dor em Câncer, Dor Miofacial, Enxaqueca, Neuropatia Periférica, Dor em Esclerose Múltipla, Dor pós Acidente Vascular Cerebral (AVC). A dor crônica é um quadro complexo da doença, ela é constante ou intermitente e com duração prolongada, dura além do tempo previsto e com frequência, não pode ser atribuída a uma lesão ou causa específica. Pode não apresentar um início bem definido, sendo, em geral difícil de tratar porque sua origem ou causa pode ser desconhecida. Vários termos são utilizados pelos pacientes para descrevê-la, como: aguda, em facada, em pontada, choque, latejante, lacerando, esmagando entre outras. A dor crônica frequentemente resulta em depressão e incapacidade por um período estendido em realizar suas atividades. Esses pacientes relatam raiva, fadiga e tristeza, resultando em uma má qualidade de vida. Essa é manifestada com maior frequência em idosos, mas sua prevalência não aumenta após a sétima década de vida. Admite-se que 25% a 80% dos indivíduos com mais de 60 anos apresenta dor. Vários estudos demonstram que existe um pico de prevalência de dor na idade de 65 anos e declínio a seguir (75ª 84 anos) e nos mais idosos (+ de 85 anos). Avaliar a qualidade de vida significa entender como o doente se sente na realidade, sem dar importância excessiva para o resultado dos diagnósticos, buscando assim, a satisfação individual para melhor qualidade de vida. A avaliação clínica se faz necessário e importante, pois é através do exame físico dos pacientes com dor crônica que irá se estabelecer à etiologia da dor, sendo essencial que se considerem suas características cronológicas, limitações impostas ao paciente e resultados das terapias prévias. Para tanto deve ser realizada uma avaliação completa da dor, incluindo história detalhada, complexo exame físico, avaliação sociopsicológica e testes apropriados. Dor nociceptiva é usualmente responsiva aos antiinflamatórios, analgésicos comuns ou opióides, anestésicos locais, fisioterapia, interrupção transitória (bloqueadores analgésicos) ou permanente (cirurgia) das vias de dor de algum ponto do Sistema Nervoso Periférico ou Sistema Nervoso Central. Os cuidados que a enfermagem deve ter com os pacientes que apresentam essa patologia são: massagem e estimulação cutânea, terapias com gelo e calor, técnicas de relaxamento, auxiliam no alívio da dor com risco geralmente baixo ao paciente. Embora essas medidas não substituam o medicamento, elas podem aliviar os episódios de dor e proporcionar uma melhor qualidade de vida. O enfrentamento da dor é um processo dinâmico e progressivo de aprendizagem e é bastante individualizado. Os profissionais da enfermagem precisam compreender os efeitos lesivos da dor crônica sobre o paciente e a família, e ter conhecimento das estratégias de alívio de dor e recursos apropriados para auxiliar de maneira efetiva, no tratamento dessa patologia. **CONCLUSÃO:** A dor crônica é um processo de doença que geralmente não é bem localizada e tende a ser intensa, contínua e recorrente, diferindo significativamente da dor aguda por ter duração maior que o curso usual de uma doença aguda ou lesão. Os objetivos primários do tratamento ao paciente com dor crônica são alívio da dor através do tratamento farmacológico e não-farmacológico e melhoria da qualidade de vida. A enfermagem com a terapia cognitiva-comportamental pode fornecer referencial teórico e estratégias terapêuticas para auxiliar os pacientes e familiares, individualmente ou em grupos, a lidar com os quadros dolorosos crônicos. Por isso atualmente se faz necessária à equipe multidisciplinar para melhor diagnosticar, avaliar e tratar pacientes portadores de dor crônica. O principal objetivo da prática médica e da enfermagem não é a cura da doença, mas sim a melhora funcional e alívio dos sintomas, limitando sua progressão e melhorando a qualidade de

---

vida desses pacientes. Viver com dor crônica exige esforço contínuo e obriga o paciente a produzir e experimentar uma série de estratégias comportamentais voltadas para o enfrentamento das dificuldades e mudanças no seu cotidiano.

---

---

## ENDOPRÓTESE: UMA NOVA ALTERNATIVA DE TRATAMENTO – REPERCUSSÕES PARA A ENFERMAGEM

*Solange Maria Braun Gonzalez(1)*  
*Lidiane Bitencourt Santiago(2)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(1)*  
*Lidiane da Silva Lopes(1)*  
*Daniela dos Santos Marona(3)*

*1. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva e do Grupo de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

*2. Bolsistas do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acadêmicas do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*3. Enfermeira chefe do Centro de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Várias são as doenças que acometem o sistema vascular, entre elas os aneurismas. O aneurisma é um saco ou dilatação localizada, envolvendo uma artéria, formado em um ponto enfraquecido na parede do vaso. Tende a aumentar, produzindo complicações graves com o comprometimento de órgãos próximos e até ruptura, causando hemorragia que pode levar à morte. Os tipos de aneurisma que podem ocorrer são: sacular (projeta-se apenas de um alado do vaso), fusiforme (distensão de todo o segmento arterial), dissecante (existe um hematoma que separa a camada média da parede aórtica). Entre as causas mais comuns dos aneurismas, estão as ateroscleroses, causadas pelo envelhecimento ou pela hipertensão; fístula traumática; e ainda, causas congênitas, infecciosas ou degenerativas. Os sintomas' relacionados dependem, não somente da localização, mas também do tamanho do aneurisma. Na maioria dos casos, os aneurismas são assintomáticos, e os pacientes descobrem quando vão investigar outros problemas de saúde. Outros pacientes podem apresentar sintomas em função da compressão de órgãos próximos ao aneurisma, tais como falta de ar (dispnéia), disfagia por compressão da traquéia, tosse, rouquidão e por vezes perda da voz relacionada à compressão do nervo laríngeo; outros sintomas que aparecem com menor frequência são hipotensão e dor no peito e nas costas, quando ocorre ruptura do aneurisma. Dois tipos de tratamento podem ser usados: clínico e cirúrgico. **CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a temática em questão. **OBJETIVOS:** Este trabalho visa explicar os tipos de aneurismas e os sintomas mais comuns, bem como os tratamentos existentes, dando ênfase na intervenção cirúrgica para a colocação de endoprótese. **METODOLOGIA:** Os dados apresentados foram coletados a partir de revisão bibliográfica em artigos baseados na temática proposta. Além disso, o trabalho conta com a experiência da enfermeira da área Cardíaca do Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), responsável pelo cuidado pós-operatório dos pacientes que realizam intervenção cirúrgica para a colocação de endoprótese. **TRATAMENTOS:** O tratamento dos aneurismas varia de acordo com o tipo e o tamanho do aneurisma. O tratamento clínico consiste no controle rigoroso da pressão arterial através do uso de medicamentos e acompanhamento de evolução do aneurisma por meio de tomografias computadorizadas e

---

ecografias a cada seis meses. O tratamento cirúrgico pode ser feito através de cirurgia convencional, realizada no bloco cirúrgico, ou por colocação de endoprótese realizada no serviço de hemodinâmica. Cirurgia convencional: Esse tipo de intervenção envolve procedimentos de maior risco como: anestesia geral, colocação de tubo endotraqueal e circulação extracorpórea. A cirurgia consiste de toracotomia, remoção do aneurisma e colocação de enxerto vascular (*Bypass*). O tempo aproximado é de aproximadamente seis horas e a recuperação é no CTI. As complicações da cirurgia convencional consistem em suporte ventilatório prolongado, perda da função renal, isquemia intestinal e coagulopatias. O tempo de hospitalização pode variar de sete a 14 dias e pode se estender em caso de complicações. O risco de mortalidade nesse tipo de procedimento é de 4 a 10% na correção de aneurisma de aorta abdominal e 20% na correção de aneurisma de aorta torácica. Cirurgia para colocação de endoprótese: O aparecimento da intervenção cirúrgica para implante de enxerto endovascular se deu há mais ou menos 10 anos, com o objetivo de diminuir a necessidade do reparo cirúrgico convencional, especialmente em população de alto risco (pacientes idosos e/ou com comorbidades múltiplas). A anestesia pode ser local, peridural ou geral. Normalmente é realizada uma leve sedação. A seguir, é instalado oxigênio por cateter nasal, e puncionada linha venosa periférica, para eventual reposição sanguínea e colocação de soros e medicamentos; o paciente também é submetido à sondagem vesical, com o objetivo de controlar o volume urinário. É realizada tricotomia bilateral na região inguinal, e o paciente recebe dose profilática de antibióticoterapia endovenosa. A artéria ilíaca ou femoral é usualmente escolhida para o acesso, sendo seccionada, e a bainha introduzida dentro do vaso. A guia de metal é introduzida dentro da aorta, seguida do sistema de liberação, que contém o enxerto stent vascular. Se houver sucesso na colocação de enxerto, é realizado angiograma completo, a fim de certificar a posição correta do enxerto, evitando vazamentos. A heparinização é revertida com protamina; o introdutor é retirado e a arteriotomia é fechada. A recuperação é feita no CTI e o tempo de internação é de três a quatro dias. Nos cuidados de Enfermagem do período pré-operatório, é necessário que seja demonstrada confiança ao paciente, já que este se encontra geralmente muito ansioso com a descoberta do aneurisma. É preciso deixar o paciente à vontade e mostrar como foi importante a descoberta, evidenciando a necessidade do tratamento antes da ruptura. O paciente deve receber informações sobre os tratamentos disponíveis, além de instruções sobre o tempo de internação e condições para recuperação. Durante o período pós-operatório da cirurgia de correção endovascular, a enfermeira realiza um exame físico minucioso, a fim de detectar qualquer alteração. Para isso, ela realiza a palpação dos pulsos das extremidades dos membros inferiores, avaliação do local da punção – verificando a presença de sangramento, hematoma ou área de cianose – avaliação neurológica, avaliação da presença de dor abdominal e/ou vômitos – que podem indicar isquemia intestinal – avaliação da função renal e da temperatura. Além disso, o paciente é submetido à radiografia. Sabe-se que o risco de mortalidade nesse tipo de procedimento é menor que 2%.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A correção endovascular de aneurismas é uma técnica recente que permite tratar pacientes de forma menos invasiva do que cirurgias abertas. É menos traumática, possui menor índice de morbidade aguda, fazendo com que o paciente se recupere mais rapidamente e com menor tempo de internação, e ainda oferece melhor proteção para rompimento em longo prazo. É importante que os pacientes

---

sejam avaliados para determinar riscos e benefícios de cada terapia, levando em consideração o sistema vascular do paciente, bem como sua condição física e suas perspectivas em relação às opções. Um manual instrucional aos pacientes e seus familiares estão sendo elaborados pelas enfermeiras do CTI do HCPA, em colaboração com enfermeiras de outros serviços. Nele irão constar informações relativas à anatomia e à fisiologia dos aneurismas, tipos de tratamento, medidas de prevenção e autocuidado, com maior ênfase nas cirurgias de correção endovascular.

**Palavras-chave.** Sistema Cardiovascular; Aneurisma; Cirurgia de correção endovascular; Endoprótese.



---

## ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA: CONHECENDO ALGUNS DETERMINANTES PARA O CUIDADO EM ENFERMAGEM

*Thanize Prates da Rosa(1)*  
*Aline Modelski Schatkoski(2)*  
*Maria da Graça Oliveira Crossetti(3)*

*1. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS). Voluntária do Núcleo de Estudos e Cuidados na Enfermagem NECE/EEUFRGS.*

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

*3. Professora Dra. Adjunta do DEMC da EEUFRGS, Coordenadora do NECE da Escola de Enfermagem UFRGS.*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Até pouco tempo atrás, as pessoas que chegavam aos 70 anos de idade deveriam conformar-se com a deterioração da qualidade de vida e o mau funcionamento do organismo. Atualmente, é possível gozar de vida saudável mesmo nas idades mais avançadas. Para isso, alguns cuidados devem começar ainda na infância para que hábitos pouco saudáveis não interfiram negativamente no envelhecer. Em nível mundial, a expectativa de vida subiu 41% desde 1950. Observa-se um nítido processo de envelhecimento demográfico. Isso se dá por vários fatores, dentre eles a redução da mortalidade nas faixas etárias mais avançadas, as quedas das taxas de fecundidade, pela introdução e acesso ao planejamento familiar, à melhoria das condições de saneamento básico e avanços técnico científicos na área da saúde. Tudo isto faz com que a expectativa de vida da população aumente e, portanto, a proporção de idosos (RIO GRANDE DO SUL, 1997). Especificamente no Brasil, a população com idade igual ou superior aos 60 anos já é de 15 milhões de habitantes. E a perspectiva para o ano 2030 está em torno de 25 milhões de idosos (FLECK, 2003). Segundo a OMS, o Brasil será o sexto país do mundo em número de Idosos em 2025. Em relação à distribuição dos idosos por sexo, há uma predominância na população idosa brasileira de mulheres. A proporção de mulheres acima de 60 anos é de 55%, sendo que esta diferença se acentua com o aumento da idade (GARRIDO, 2002). Em média, as mulheres vivem cerca de seis anos a mais do que os homens. O que se atribui a diversos fatores: buscam assistência médica com mais frequência, possuem maior nível de apoio social e menos vulnerabilidade biológica, tendem a ter problemas de saúde de longo prazo, crônicos e incapacitantes; enquanto os homens idosos tendem a desenvolver doenças de curto prazo e fatais. Como resultado, as mulheres idosas tem maior probabilidade do que os homens de serem viúvas, não se casarem depois e passarem mais anos com má saúde e menos anos de vida ativa e independente. Mulheres idosas também tem maior probabilidade de empobrecerem (TRENTINI, 2004). Ainda é grande a desinformação sobre a saúde do idoso, as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005). O envelhecimento é um processo normal de mudança na vida do ser humano, associado com o passar do tempo, que começa ao nascimento e continua ao longo da vida. Após o pico máximo de nossa capacidade biológica de vida, que ocorre mais ou menos aos 30 anos, vão ocorrendo transformações, como a diminuição da função de alguns

---

órgãos, e reações mais lentas, quando se trata de um envelhecimento normal (CALDAS, 1998). O limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é de 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos em desenvolvimento (FREITAS *et al.*, 2002). É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005). Além das transformações fisiológicas, os idosos passam por transformações sociais. A aposentadoria, e conseqüentemente perda econômica, somam-se, em muitos casos, a perda da própria identidade social. O trabalho é tão onipresente no período da chamada “vida ativa” que tende a confundir-se com a própria vida. É pela identidade profissional que o indivíduo se apresenta e se reconhece como ocupando um lugar na engrenagem social (CALDAS, 1998). No âmbito das relações familiares, um sentimento semelhante de perda da ocupação e tendência à solidão podem surgir em função da independência dos filhos, viuvez e conseqüente esvaziamento da casa. Segundo Ramos (2003), a velhice é um período da vida com uma alta prevalência de doenças crônicas, limitações físicas, perdas cognitivas, sintomas depressivos, declínio sensorial, acidentes e isolamento social. Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas e expressa satisfação na vida. Envelhecer de maneira saudável significa que, além da manutenção de um bom estado de saúde física, as pessoas necessitam de reconhecimento, respeito, segurança e sentirem-se participantes de sua comunidade, onde podem colocar sua experiência e seu interesse (CALDAS, 1998). A Qualidade de Vida tem sido preocupação constante do ser humano, desde o início de sua existência e, atualmente, constitui um compromisso pessoal a busca contínua de uma vida saudável, desenvolvida à luz de um bem-estar indissociável das condições do modo de viver (SANTOS, 2002). Acredita-se que a qualidade de vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, vivendo, sentindo ou amando, trabalhando, produzindo bens ou serviços; fazendo ciência ou artes; vivendo, apenas enfeitando, ou, simplesmente existindo. Todos são seres vivos que procuram se realizar (RUFFINO apud SANTOS, 2002). Segundo Ribeiro (2002), a qualidade de vida na velhice está muito associada à saúde e a autonomia, a possibilidade de exercerem as atividades de vida diária sem impedimentos. Considera-se também de grande importância as atividades que são desenvolvidas em contato com outras pessoas da mesma faixa-etária: a convivência, os exercícios físicos moderados são atividades que proporcionam melhora na auto-estima do idoso, conseqüentemente em sua qualidade de vida. O importante é que, como resultante de um tratamento bem-sucedido, ele mantém sua autonomia, é feliz, integrado socialmente é, para todos os efeitos, uma pessoa idosa saudável. Em nossa trajetória no ambiente hospitalar, nos deparamos com pacientes de todas as idades, mas em especial com os idosos. Esse aumento gradativo e significativo da população idosa vem solicitando constante capacitação de recursos humanos e mudanças estruturais nas instituições para atender com qualidade a demanda expressa pelo aumento desse grupo de pacientes. A necessidade de esclarecimento do cuidador com relação às questões relacionadas ao envelhecimento aumenta conforme cresce a busca pela qualidade de vida na terceira idade. OBJETIVO: Foi isso que nos motivou a realizar esse trabalho: A necessidade de compreender os significados que estruturam

---

o processo de envelhecimento com qualidade de vida. **METODOLOGIA:** Buscamos através da pesquisa bibliográfica caracterizar alguns conceitos, aspectos epidemiológicos e os fatores que interferem para num processo de envelhecimento saudável. Para isso, recorreremos a livros, artigos de periódicos e à internet, existentes sobre o tema, publicados no período de 1993 a 2006. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados estão apresentados seguindo as categorias emergentes, que representam o conteúdo dos artigos com seus significados, de acordo com a percepção dos autores pesquisados. São estas: a caracterização de idade cronológica, biológica, psicológica e social; termos que definem o período vital após os 60 anos; a epidemiologia do envelhecimento; as mudanças fisiológicas e sociais próprias do envelhecer; e os determinantes e indicadores de qualidade de vida na velhice. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Foi importante o estudo realizado, pois além de alcançarmos o objetivo proposto, ele nos trouxe a possibilidade de conhecer e refletir acerca das necessidades dos idosos, e através disso pudemos repensar o cuidado prestado a eles, como ser humano em sua totalidade, sem negar a sua subjetividade, e auxiliando na busca pela qualidade de vida. Percebe-se que falar de qualidade de vida é principalmente falar de bem-estar, com respeito, dignidade e cuidado. De forma geral o idoso levará uma vida com qualidade quando estiver livre de doenças ou lidando bem com as “inevitáveis” (crônicas), em situação financeira (moradia, alimentação, vestuário) favorável, com um bom ciclo de relacionamentos e ainda exercendo seu papel na sociedade. Percebemos durante a elaboração deste trabalho que o aumento do tempo de vida vem refletindo em diversas áreas. Nós destacamos o cuidado à saúde como peça chave para uma melhor qualidade de vida. Quando nos referimos ao cuidado à saúde, precisamos lembrar que começamos a trilhar o caminho para a velhice muito cedo. Para alcançar uma terceira idade tranquila, com saúde e qualidade devemos implementar medidas desde a juventude. A enfermagem está ligada a este processo desde o início da nossa existência: no atendimento de pré-natal, na vacinação, nas campanhas de educação em saúde, nas triagens para detecção e prevenção de doenças e assim por diante. São papéis da enfermeira não só a assistência, mas também a tarefa de pesquisar e principalmente a de educar. Para que a nossa população envelheça com qualidade precisamos planejar e implementar, em nível de saúde coletiva, ações que ensinem desde cedo hábitos de vida saudáveis. A população e também os profissionais da saúde precisam aprender a priorizar a prevenção e proteção da saúde, que é muito mais barata, eficiente e com ótimos resultados a longo prazo. A enfermagem vem assumindo um papel importante no apoio e orientação para que a pessoa mantenha independência, autocuidado e envelheça sem perder a capacidade funcional.

**Palavras-chave:** envelhecimento, enfermagem, qualidade de vida, idoso, cuidado

---

## IDENTIFICAÇÃO DE *Aspergillus sp* EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO

DIAS, Andréa(1)  
ZILLMER, Juliana(1)  
FAGUNDES, Renata(1)  
MEINERZ, Ana Raquel(2)  
XAVIER, Melissa O.(2)  
Meireles, Mario Carlos A.(2)  
NOBRE, Márcia(2)

1. Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia – UFPEL

2. Laboratório de Bacteriologia Setor de Micologia da Faculdade de Medicina Veterinária – UFPEL

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Tendo em vista o grande número de informações a respeito das infecções hospitalares, procuramos detalhar, de maneira clara e objetiva, aspectos envolvendo microorganismos como fungos; estes estão presentes no ambiente hospitalar, especialmente no ar e em fômites; sendo assim, esse trabalho teve como objetivo identificar a presença de *Aspergillus sp* em ambiente. Os fungos são grupos de organismos eucarióticos, imóveis, que apresentam parede celular composta de proteínas, mananas e glucanas; sua membrana celular é composta principalmente de ergosterol, sendo desprovidos de clorofila e se reproduzindo por meio de esporos e conídios, encontrados no meio ambiente e distribuídos em todo o planeta podendo ser dispersos pelo ar ou pela água para novos locais, onde germinam e estabelecem colônia. Como o principal mecanismo de proteção do hospedeiro ao fungo é a resposta imunocelular e a infecção pelo HIV a comprometem, houve um aumento na incidência das doenças fúngicas nos pacientes com SIDA. Além de indivíduos infectados pelo HIV, outros grupos de risco podem ser atingidos, como os pacientes pós-transplantados, neutropênicos e os imunodeprimidos por drogas ou outras patologias. O *Aspergillus spp* é um fungo saprófito que possui uma grande ubiquidade; seus esporos podem persistir no meio ambiente durante muito tempo. O *A. fumigatus* é o responsável pela maioria das infecções, tanto quanto também se tem documentado casos por *A. flavus*, *A. terreus* e outros; a análise do meio ambiente hospitalar pode manifestar que a presença de *Aspergillus* é extremamente variável e que algumas vezes os conídios podem persistir durante meses. Podem existir formas de transmissão alternativas que deveriam ser reconhecidas e investigadas. Tendo em vista o grande número de informações a respeito das infecções hospitalares, o objetivo deste trabalho foi identificar a presença de *Aspergillus sp* em ambiente hospitalar. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Foram realizadas 12 coletas de amostras de uma UTI de um hospital de médio porte da cidade de Pelotas, no sul do Rio Grande do Sul, no período compreendido entre os meses de setembro de 2005 e agosto de 2006, a qual possui dez leitos que ocupam uma área equivalente a nove metros quadrados cada um, subdivididos em área 1 (leitos 1-5) e área 2 (leito 6-10) para efeito metodológico, já que na área 1 costumam internar pacientes pós-cirúrgicos e na área 2 os pacientes clínicos e crônicos. Cada leito possui além da cama, equipamentos de acordo com a necessidade do paciente internado, tais como respiradores, aspiradores,

---

bombas de infusão, equipos de soroterapia, além de uma mesa de cabeceira onde ficam acondicionados os equipamentos básicos de cada paciente, tais como esfigmômetros, termômetros, material de aspiração e nebulização os quais são de uso exclusivo do ocupante do leito. Para a coleta de células fúngicas presente no ambiente a metodologia utilizada foi a Técnica de Sedimentação. Dez placas de Petri, uma placa por área de leito, contendo ágar Sabouraud acrescido com clorafenicol, foi depositada aberta ao lado do leito apoiada na mesa de cabeceira, deixando-se as superfícies expostas ao ar durante 15 minutos e, depois de fechada, foram identificadas, acondicionadas e encaminhadas imediatamente ao laboratório de micologia, Setor de doenças Infecciosas, Faculdade de Veterinária, da Universidade Federal de Pelotas. As dez placas de Petri contendo os cultivos do ambiente foram incubadas em condições de aerobiose a 32°C por até sete dias.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Observou-se a presença de fungos do gênero *Aspergillus* em 70% das coletas, sendo que a espécie mais freqüente foi a *Aspergillus niger* encontrada em 6,33% das amostras, seguida pelo *Aspergillus fumigatus* e *Aspergillus flavus* encontrados em 5,8% das amostras. Os resultados demonstram resultados demonstram a ubiqüidade deste fungo oportunista, responsável por infecções alérgicas e invasivas, representando risco nos organismos susceptíveis, enfatizando a importância da desinfecção nos locais de assistência a saúde. Apesar deste estudo não determinar nenhum caso clínico de infecção oportunista, dependendo da atividade de esporos e devido ao aumento contínuo do número de pacientes severamente imunocomprometidos, poderá haver risco de infecções fúngicas oportunistas de difícil tratamento e, frequentemente, fatais. Por isso medidas preventivas são importantes no controle das infecções por fungos filamentosos invasivos. Até pouco tempo era considerado, como via principal de infecção, a inalação de conídios aéreos; apesar dos esforços dos hospitais em filtrar o ar terem permitido um decréscimo importante dos conídios aéreos que é acompanhada por uma diminuição na freqüência das infecções invasivas, observa-se a persistência desses nas superfícies. Assim, outras formas de infecção são descritas tais como traumatismos e feridas cirúrgicas na pele e/ou córnea, que condiciona de forma importante o órgão afetado; em geral, a infecção situa-se na porta de entrada permanecendo assim localizada ou disseminar-se por continuidade ou hematologicamente, produzindo uma enfermidade generalizada afetando mais de um sítio. A presença de conídios no solo é causa de contaminação dos sistemas de ventilação e de outros fatores ambientais, tais como a realização de obras e ou poeira, plantas, etc. Como consequência do seu nicho ecológico, são germes de uma grande ubiqüidade e seu mecanismo de transmissão se encontra muito ligado aos sistemas de engenharia hospitalar (ar condicionado no caso de infecções por *Aspergillus spp*; sistemas de abastecimento de água, particularmente a quente, e refrigeração no caso de infecções por *Legionella spp*); isso implica medidas preventivas que dependem fundamentalmente da arquitetura e manutenção desses sistemas, sendo que Anaissie et al (2002) desenvolveram um estudo mostrando que pacientes poderiam estar expostos a aerossóis contaminados provenientes da água distribuída no hospital e usada para banho (ducha) ou da superfície do chuveiro, localizado no banheiro contínuo a enfermaria a qual estavam internados. Considerando a facilidade de dispersão dos fungos, principalmente dos filamentosos, juntamente com a sobrevivência de pacientes com uso de antibacterianos, corticosteróides, pacientes com doenças imunossupressivas, diabéticos e transplantados observa-se a importância do monitoramento de fungos nos

---

ambientes hospitalares, a fim de demonstrar aos profissionais destas áreas a presença deste agente e possibilitar a correta eliminação através de métodos adequados de desinfecção e anti-sepsia. Portanto, através do exposto, sua presença nos ambientes estudados demonstra que são necessárias medidas profiláticas de desinfecção mais apuradas, pois estes são microorganismos causadores de alergias e aspergilose, representando assim risco nos organismos susceptíveis.

**Unitermos:** Infectologia, Micologia, Fungos em UTI.

---

---

MANUAL DE ORIENTAÇÕES AOS CANDIDATOS A TRANSPLANTE HEPÁTICO:  
INSTRUMENTO PARA O AUTOCUIDADO – UMA NOVA ABORDAGEM

*Soraia Arruda(2)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(1)*  
*Juliana Krüger(1)*  
*Lidiane Bitencourt Santiago(2)*  
*Daniela dos Santos Marona(3)*

- 1. Enfermeiras do Centro de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. E-mail e telefone da relatora:*
- 2. Bolsistas do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*
- 3. Chefe do Centro de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O transplante de fígado é usado para tratar a doença hepática em estágio terminal e com risco de vida, para a qual nenhuma outra forma de tratamento esta disponível. As indicações para o transplante de fígado incluem a doença hepática crônica avançada irreversível, a insuficiência hepática fulminante, as doenças hepáticas metabólicas e algumas malignidades hepáticas. O procedimento passou a ser o método preditivo em doenças terminais do fígado, devido a seus bons resultados, cuja taxa de sobrevivência atual, após um ano, aumentou de 80 a 90%, e em cinco anos, ultrapassa 60%. O número de candidatos ao transplante tem se elevado, o que exige investimentos cada vez maiores por parte das instituições de saúde, a fim de auxiliar o receptor a ter sucesso na nova etapa da vida. Desta forma, as enfermeiras do Programa de Transplante Hepático Adulto do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), junto à equipe multidisciplinar do transplante, desenvolveram dois manuais: “Aguardando pelo Transplante de Fígado”, que é entregue durante a consulta de Enfermagem, antes de o procedimento ser realizado. Esse manual contém informações relativas à anatomia e fisiologia hepáticas, lista de espera, preparo cirúrgico, condições transoperatórias, recuperação no Centro de Terapia Intensiva (CTI), internação e condições de alta hospitalar. Já o manual “Transplante Hepático – Orientações para Receptor” é fornecido no CTI, somente aos pacientes transplantados, visto que contém informações sobre dieta e exercícios físicos adequados, sinais e sintomas de rejeição, medicação imunossupressora e cuidados após o transplante. A fase pré-operatória do paciente inclui uma cuidadosa avaliação do funcionamento de outros sistemas fisiológicos importantes, como o cardiovascular, o neurológico, o respiratório e o renal. O preparo, feito pelo enfermeiro, e o acompanhamento psicológico e nutricional dessas pessoas são fundamentais na adequada aceitação do procedimento, assim como em sua adesão ao Programa de Transplante, que se estende por toda a sua vida.

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** O trabalho é informativo sobre os manuais do transplante hepático, que se baseia em uma revisão bibliográfica, subsidiada a partir de artigos científicos relacionados à temática proposta.

**OBJETIVOS:** Este estudo pretende apresentar os manuais do transplante hepático, evidenciando

---

sua atualização a partir da incorporação de um escore de gravidade que norteia a atualização da lista de espera, caracterizada por altas taxas de mortalidade da doença hepática. Além disso, visa explicar a utilização desse escore, bem como sua aplicação aos pacientes candidatos a transplante pelo Programa de Transplante Hepático Adulto do HCPA. METODOLOGIA: Os manuais do transplante foram elaborados a partir de pesquisa bibliográfica e da experiência das enfermeiras sobre as necessidades dos pacientes transplantados. Foram aprovados pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do HCPA em 1999. São submetidos a revisões e atualizações de acordo com a evolução das práticas clínicas, dos cuidados ou devido à implantação de novos escores de avaliação. ATUALIZAÇÃO: A adoção de critérios de gravidade para a alocação de órgãos fez com que se atualizasse o manual “Aguardando pelo Transplante de Fígado”, incorporando a ele as informações relativas às alterações quanto à ordem da fila de espera para transplante hepático. Antigamente, o paciente transplantado era aquele que estava há mais tempo na fila – o denominado critério cronológico. Atualmente, se prioriza o paciente que apresenta o quadro clínico mais grave, independente da ordem da fila de espera. O quadro clínico é mensurado através do escore de gravidade para pacientes hepatopatas, o Model for End-Stage Liver Disease (MELD). Esse escore de avaliação foi implantado no Brasil em 29 de maio de 2006, pelo Ministério da Saúde, através da portaria 1.160, sendo um critério aceito internacionalmente; nos Estados Unidos está em vigor desde 2001. O valor de MELD é calculado por uma fórmula que considera o resultado de três exames laboratoriais de rotina: bilirrubina total (mede a eficiência do fígado de secretar bile), creatinina (indica a função renal), e tempo de protrombina – Relação Normalizada Internacional (INR) (mede a função do fígado em produzir fatores de coagulação). A avaliação do paciente por esse escore gera um valor numérico que varia de seis a 40, sendo esse valor final diretamente proporcional à gravidade do quadro clínico. Desta forma, essa medida é usada para quantificar a urgência do transplante hepático, sendo considerada também uma estimativa do risco de óbito, caso o transplante não ocorra em três meses. O valor mínimo aceito para inscrição do paciente na lista de espera é seis, e valores de MELD abaixo de 15 não são significativos para transplante. Os exames de laboratório usados para o cálculo do MELD têm validade definida e devem ser renovados em uma frequência determinada. Para os pacientes que possuem MELD até dez, os exames têm validade de 12 meses; para aqueles que possuem pontuação de 11 a 18, os exames têm validade de três meses; para os pacientes que possuem pontuação de 19 a 24, a validade dos exames é de um mês, e, para aqueles com MELD maior que 25, os exames são válidos por sete dias. Para a distribuição de fígado do doador (cadáver), ainda são considerados critérios de compatibilidade sanguínea, segundo o sistema ABO e compatibilidade anatômica, além da urgência/MELD. Há ressalvas a fazer. À exceção dos casos de receptores do grupo B com MELD maior ou igual a 30, que concorrem com o grupo sanguíneo O. Receptores em lista entre 12 e 18 anos têm preferência para transplante quando o doador for menor de 18 anos ou pesar menos de 40 quilogramas. Outra alteração que consta na revisão do manual “Aguardando pelo Transplante de Fígado” é a admissão do receptor realizada no Centro Cirúrgico Ambulatorial, devido à indisponibilidade de leitos permanentes, pois o caráter de urgência do procedimento não permite que o transplante não se realize, visto que a demanda de pacientes que necessitam de cuidados intensivos é muito maior do que a oferta, seja essa demanda interna ou via central de leitos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O



---

transplante é indicado para os portadores de uma doença crônica no fígado, de longa duração, irreversível, intratável e potencialmente fatal. Pode-se afirmar com convicção que os manuais facilitam o entendimento do paciente sobre aspectos relevantes do pré e pós-transplante, reforçando as orientações fornecidas na consulta de Enfermagem, buscando definir, de maneira exata e objetiva, a dimensão da incapacidade produtiva e da qualidade de vida dos hepatopatas crônicos, estimulando-os na promoção de melhorias durante o período que aguardam por um enxerto a partir da indicação.

**Palavras-chave:** Transplante hepático; Enfermagem; Manual de Orientações; Model for End-Stage Liver Disease

---

## PROGRAMA DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

*Jeane Cristine de Souza(2)*  
*Simone Marques dos Santos(1)*  
*Cássia Maria Frediani Morsch(1)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(2)*

- 1. Enfermeiras do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), responsáveis pelo Programa de Educação Continuada no CTI*
- 2. Acadêmica do 9º semestre do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista do SETI do HCPA.*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** A educação tem sido um instrumento de mudanças e transformações na sociedade. No campo da saúde não é diferente; diante do avanço tecnológico, vê-se a necessidade de um processo de educação para os profissionais, tornando-os instrumentalizados e qualificando sua assistência. A Organização Mundial da Saúde define a educação continuada como um processo que inclui as experiências posteriores ao adestramento inicial que ajudam o pessoal da assistência à saúde a aprender competências importantes para o seu trabalho; e que adequada, deveria refletir as necessidades e conduzir a melhoria planejada de saúde dos pacientes. Sabe-se também que a educação continuada é destinada a ajudar o funcionário a atuar mais efetiva e mais eficazmente na sua vida institucional, sendo assim, deve se constituir de uma troca de experiência que envolva toda a equipe de saúde. O desenvolvimento efetivo de atividades de educação continuada constitui-se em uma das formas de assegurar a manutenção da competência da equipe de Enfermagem em relação à assistência de Enfermagem, adquirir maior satisfação como profissional, melhorando sua produtividade. Na maioria da literatura referente à temática proposta, verifica-se a ênfase na educação continuada ao enfermeiro. No entanto, é necessário que todas as categorias de Enfermagem sejam focalizadas, a fim de que haja um crescimento da equipe. Quanto aos profissionais que atuam nos Centros de Terapia Intensiva (CTIs), visto que, tanto o enfermeiro, quanto o técnico de Enfermagem prestam cuidados aos pacientes internados, todos necessitam, estar treinados e atualizados. Deste modo, é necessária educação continuada no CTI, em virtude da alta densidade, alta complexidade tecnológica, gravidade dos pacientes e dos avanços contínuos em pesquisa na área da saúde. Desta forma, o CTI do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) conta com três enfermeiras que realizam Ação Diferenciada (AD) do enfermeiro no Programa de Educação Continuada (PEC). Estas desenvolvem várias atividades voltadas ao treinamento e capacitação da equipe de Enfermagem dentro da sua jornada de trabalho na AD. Torna-se um desafio tanto aos enfermeiros dessas unidades, quanto aos enfermeiros de educação em serviço, proporcionar programas de educação que atendam adequadamente à necessidade da equipe de Enfermagem, permitindo o uso eficiente de tecnologia avançada. **CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** O presente estudo pretende apresentar um relato de experiência dos enfermeiros responsáveis pelo PEC do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva (SETI) do HCPA. **OBJETIVOS:** Qualificar a equipe de Enfermagem do CTI através de

---

programas de Educação Continuada e trabalhar para a realização plena da missão institucional do HCPA, que é prestar assistência de excelência e referência, formar recursos humanos e gerar conhecimentos na área da saúde, buscando a meta de ser um centro de referência em treinamentos para enfermeiros e técnicos de Enfermagem. METODOLOGIA: Relato de experiência das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros do PEC no ano de 2006: matriz setorial para as atividades voltadas à Enfermagem do CTI. Os treinamentos foram assim ministrados: atividades expositivas teórico-práticas, com o auxílio de recursos áudio-visuais em horário inverso ao da jornada de trabalho; treinamentos práticos, com demonstração, manuseio e uso adequado de novos equipamentos de utilização no CTI. Os instrutores das atividades de treinamento foram enfermeiros do CTI, profissionais do CGP, enfermeiros da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), farmacêutica do Serviço de Farmácia do HCPA, equipe de fisioterapeutas que atua no CTI e técnicos responsáveis pelos novos equipamentos adquiridos pelo HCPA. Os dados apresentados foram coletados a partir do Relatório Anual da Ação Diferenciada do enfermeiro – Capacitação e Desenvolvimento do ano de 2006. RESULTADOS: No ano de 2006, a matriz setorial foi planejada juntamente com a chefia da unidade e com o auxílio da psicóloga da Coordenadoria de Gestão de Pessoas (CGP), contemplando cursos e atividades mais direcionados para os enfermeiros. Foi realizada uma breve consulta aos profissionais a fim de detectar os assuntos mais pertinentes a serem abordados ao longo do ano, junto às equipes de Enfermagem dos diferentes turnos de trabalho que atuam no CTI. Também houve necessidade de treinamentos que não constavam no planejamento inicial da matriz setorial. Assim, os cursos que compreenderam a matriz setorial no ano de 2006 foram: Gestão de Desempenho (28 enfermeiros); Germes Multirresistentes (32 enfermeiros, 94 técnicos de Enfermagem, 1 auxiliar de Enfermagem); Treinamento de Admissão e Cuidado ao Paciente Transplantado Hepático (8 enfermeiros); Incompatibilidade Medicamentosa (5 enfermeiros e 83 técnicos de Enfermagem); Ventilação Mecânica Não-Invasiva (14 enfermeiros); Treinamento com Equipamento de Hemodiálise Contínua FAD-100 (28 enfermeiros). Conforme o Relatório Anual de Treinamentos fornecido pelo CGP do HCPA, foram realizadas 9.272 horas de treinamento pela equipe de Enfermagem do SETI; trinta e sete enfermeiros, 126 técnicos de Enfermagem e um auxiliar de Enfermagem foram contemplados nos treinamentos. Além de cursos de aperfeiçoamento, houve outras atividades complementares, tais como: acompanhamento dos funcionários novos (treinamento em serviço), participação nas reuniões do PEC (conforme agendamento), participação no treinamento introdutório do HCPA, participação nas reuniões do protocolo de Prevenção de Infecção Urinária junto à CCIH, treinamento e capacitação em Hemodiálise Convencional e auxílio no CTI. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O HCPA é uma instituição de grande porte e ligada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo referência para a comunidade e demais instituições de saúde desde a década de 70. Sua estrutura complexa possui normas e rotinas técnicas que estão constantemente sendo revisadas e atualizadas, pois a tecnologia hospitalar sofre freqüentes mudanças, observando-se cada vez mais um maior grau de complexidade na operação e manutenção de equipamentos e instrumentos, bem como na prestação de assistência, uma vez que a importância da humanização cresce a cada dia. Desta forma, a eficiência de sua equipe de trabalho está sempre associada à atualização e à sistematização dos conhecimentos que sustentam

---

as suas atividades assistenciais. Logo, o desenvolvimento do profissional da área da saúde pressupõe, além das questões relacionadas ao domínio técnico de suas atividades um investimento também no desenvolvimento de habilidades e atitudes, visto que os recursos humanos do HCPA são os grandes responsáveis pela sua condição de excelência. A atividade diferenciada de treinamento tem trazido uma contribuição importante a nossa missão institucional de formação de recursos humanos e tem procurado oferecer estrutura para o desenvolvimento para as atividades de treinamento.

**Palavras-chave:** *Educação Continuada; Treinamento em Serviço; Equipe de Enfermagem.*

---

---

RESULTADOS DE ENFERMAGEM NOC PARA PACIENTES COM PROBLEMAS ORTOPÉDICOS: UM ESTUDO DE VALIDAÇÃO

*Miriam de Abreu Almeida(1)*  
*Deborah Hein Seganfredo(2)*  
*Débora Francisco do Canto(3)*  
*Adele Kuckartz Pergher(4)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(5)*  
*Débora Vianna Eckert(3)*  
*Valéria Giordani Araújo(6)*  
*Margarita Ana Rubin Unicovsky(7)*

1. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem/UFRGS. Doutora em Educação.
2. Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS. Bolsista PIBIC/CNPq.
3. Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS. Bolsista FAPERGS.
4. Acadêmica do 9º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS. Bolsista BIC/UFRGS.
5. Acadêmica do 9º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS
6. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem/UFRGS. Mestre em Educação.
7. Professor Adjunto da Escola de Enfermagem/UFRGS. Doutora em Gerontologia Biomédica.

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A presente investigação visa dar continuidade ao Projeto de Pesquisa “Diagnósticos e intervenções de enfermagem no cuidado a pacientes ortopédicos – articulação com Sistemas de Classificação de Enfermagem em um hospital universitário” (ALMEIDA, 2005) e tem como objetivo verificar a viabilidade da Classificação dos Resultados de Enfermagem NOC (2004) em pacientes com problemas ortopédicos hospitalizados com o Diagnóstico de Enfermagem Déficit no Autocuidado: banho e/ou higiene. O Processo de Enfermagem (PE), na prática atual da Instituição, vem sendo desenvolvido em cinco etapas, quais sejam: coleta de dados/histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, prescrição dos cuidados/intervenção, implementação e evolução/resultados. Este método pode ser entendido como uma atividade intelectual deliberada que auxilia o enfermeiro na tomada de decisões, cujo foco reside na obtenção dos resultados esperados. Os Sistemas de Classificação consistem em terminologias padronizadas empregadas nas diferentes etapas do Processo de Enfermagem (PE), metodologia utilizada na organização do conhecimento e do cuidado individualizado ao paciente. O modelo informatizado do Processo de Enfermagem no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HC), iniciado no ano de 2000, contempla os diagnósticos de enfermagem (DE) segundo a Taxonomia I da NANDA (2000), em conjugação à Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta (BENEDET e BUB, 2001). Desde então, vem-se trabalhando com os diagnósticos de forma sistematizada, mas os resultados alcançados pelo paciente a partir dos cuidados de enfermagem prescritos não tem sido mensurados. Assim,, optou-se por estudar a Nursing Interventions Classification (NIC) e a Nursing Outcomes Classification (NOC) que são linguagens padronizadas para as etapas das intervenções e resultados de enfermagem respectivamente. Essas classificações estão sendo desenvolvidas por Pesquisadores da Universidade de Iowa e podem ser usadas em conjunto com a NANDA. A NOC compreende os resultados que descrevem o estado, comportamentos, reações e sentimentos do paciente em resposta ao cuidado prestado. Cada resultado possui um rótulo ou

---

nome, uma definição e uma lista de indicadores que descrevem o cliente, cuidador ou família. Os resultados incluem uma escala de cinco pontos do tipo Likert para avaliar os indicadores listados. OBJETIVO: Validar, por enfermeiros *experts*, os indicadores dos resultados *Autocuidado: Banho*, *Autocuidado: Higiene*, *Autocuidado: Atividades de Vida Diária (AVD)*; *Autocuidado: Higiene Oral* selecionados da NOC. MÉTODO: Trata-se de um estudo de validação, descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, hospital público de direito privado, integrante da Rede de Hospitais Universitários. A população e amostra constituiu-se de 37 enfermeiros *experts* que trabalham em unidades de internação que atendem pacientes adultos submetidos à Artroplastia Total de Quadril e/ou de Joelho. Como critério de inclusão para os *experts* estabeleceu-se ter experiência profissional mínima de dois anos e trabalhar com pacientes ortopédicos há, no mínimo, um ano. O critério de exclusão foi não utilizar o Diagnóstico de Enfermagem *Déficit no Autocuidado: banho e/ou higiene* em pacientes com problemas ortopédicos. Para a coleta dos dados utilizou-se um instrumento elaborado pelas pesquisadoras contendo as seguintes partes: a) apresentação do projeto com orientações para o preenchimento do instrumento, b) dados de identificação, c) quadros com os resultados de enfermagem *Autocuidado: Banho*, *Autocuidado: Higiene*, *Autocuidado: Atividades de Vida Diária (AVD)*; *Autocuidado: Higiene Oral* constando na primeira coluna todos os indicadores propostos pela NOC para aquele resultado, na segunda coluna uma definição operacional dos indicadores elaborada pelas pesquisadoras, da terceira à oitava coluna uma escala Likert de 5 pontos em que 1= não relevante, 2= pouco relevante, 3= relevante, 4= muito relevante e 5= extremamente relevante, nona coluna destinada a observações/sugestões. A coleta foi realizada pelas pesquisadoras e estipulado um prazo inicial de sete dias para devolução. Os dados foram analisados através de estatística descritiva. Na análise utilizou-se a média ponderada das notas atribuídas pelos enfermeiros para cada indicador, em que se consideraram os seguintes valores: 1 = 0; 2 = 0.25; 3 = 0.50; 4 = 0.75; 5 = 1. Para a validação, os valores inferiores a 0.50 foram descartados, os indicadores com média ponderada  $\geq 0.80$  foram considerados como *indicadores principais provisórios*, e com média ponderada  $< 0.80$  e  $> 0.50$  como *indicadores secundários provisórios*. O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HC, sob o protocolo nº06-230. Somente participaram do estudo as enfermeiras que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. RESULTADOS: Dos 37 enfermeiros convidados a participarem da pesquisa, 27 foram incluídos no estudo, pois devolveram o instrumento respondido e com o termo de consentimento assinado. Como caracterização dos enfermeiros *experts*, 26 (96%) são do sexo feminino; 11 (41%) têm idade entre 25 e 40 anos e 14 (52%) entre 41 e 55 anos; 10 (37%) possuem experiência profissional entre 2 e 10 anos, 5 (19%) entre 11 e 20 anos e 8 (30%) entre 21 e 30 anos; 11 (41%) enfermeiros são especialistas, 1 é mestre e 1 está cursando mestrado; 12 (44%) *experts* tem entre 1 e 5 anos de experiência com pacientes com problemas ortopédicos, 8 (30%) tem entre 6 e 10 anos e 2 tem entre 11 e 20 anos; 17 (63%) afirmaram desconhecer a classificação NOC e 7 (26%) a conhecem. Quanto à análise da pontuação dos indicadores: para o resultado *Autocuidado: Atividades da Vida Diária*, os indicadores *Ambulação: andar* e *Desempenho na Transferência* foram considerados pelas *experts* indicadores principais provisórios. Os indicadores *Alimentação*, *Vestir-se*, *Higiene íntima*, *Banho*,

---

*Higiene, Higiene oral e Ambulação: cadeiras de rodas* foram considerados indicadores secundários provisórios. O indicador *Arrumar-se* foi descartado. Para o resultado *Autocuidado: Banho* não houve indicadores principais provisórios; os indicadores considerados secundários provisórios foram *Entra no Banheiro e sai dele, Obtém itens para o banho, Consegue água, Abre a torneira, Regula a temperatura da água, Banha-se no chuveiro, Lava o corpo e Seca o corpo*. Os indicadores *Banha-se na pia e Banha-se na banheira* foram descartados. Para o resultado *Autocuidado: Higiene* não houve indicadores principais provisórios; os indicadores considerados secundários provisórios foram *Lava as mãos, Limpa a área do perineo e Mantém a higiene oral*. Os indicadores *Aplica desodorante, Limpa as orelhas e Mantém o nariz desobstruído* foram descartados. Para o resultado *Autocuidado: Higiene Oral*, não houve indicadores principais provisórios; os indicadores considerados secundários provisórios foram *Escova os dentes, Limpa a boca, as gengivas e a língua, Limpa a boca ou aparelhos dentários e Manuseia o equipamento necessário*. Os indicadores *Usa fio dental nos dentes, Usa fluoretização, Obtém cuidado dentário regularmente e Mantém uma dieta de baixo risco para cáries* foram descartados. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Para os resultados de enfermagem *Autocuidado: Atividades da Vida Diária, Autocuidado: Banho, Autocuidado: Higiene e Autocuidado: Higiene Oral* dos 34 indicadores propostos pela NOC, 2 (6%) foram considerados indicadores principais provisórios, 22 (65%) como secundários provisórios e 10 (29%) foram descartados pelos *experts*. Todos os indicadores considerados principais provisórios e secundários provisórios serão utilizados na segunda etapa da pesquisa “Resultados de Enfermagem no Cuidado Corporal em Pacientes Ortopédicos – Viabilidade da *Nursing Outcomes Classification* em um Hospital Universitário”, na qual será observado o banho de pacientes em pós-operatório de Artroplastia Total de Quadril e monitorada a evolução destes.

**Palavras-chave:** Processo de enfermagem, avaliação de resultados, resultados de enfermagem.

---

---

A ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE NO CUIDADO DE PACIENTES COM ESTRESSE  
OCASIONADO PELO PRÉ-OPERATÓRIO

*Capponi, Renata Lobatto(1)*  
*Soares, Gabriela(1)*  
*Vaccari, Alessandra(1)*

*1. Acadêmicas do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

**RESUMO**

Estresse é um estado manifestado por uma síndrome específica, produzida num sistema biológico, frente a qualquer demanda. Trata-se de uma reação que o indivíduo experimenta, resultante de seu esforço para lidar com determinadas dificuldades, sejam elas gerais ou específicas, como eventos da vida cotidiana, transtornos agudos e crônicos, vivências singulares ou situações a que um grupo específico está submetido, seja por um único momento, seja por um período restrito de tempo ou ainda por um tempo indeterminado. A ansiedade e o medo, por sua vez, estão estreitamente vinculados ao estresse e são utilizados de forma confusa. Podemos citar a necessidade de realização de um procedimento cirúrgico ou anestésico como um dos fatores desencadeantes do estresse. Através da realização deste trabalho procurou-se construir uma reflexão sobre o estresse no pré-operatório, compreendendo a real causa da ansiedade e do medo apresentados por tais pacientes, podendo assim desmistificá-los e buscar o alívio para estas situações. Durante estágioS voluntários realizados no Centro Cirúrgico Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, oportunizou-se a percepção do estresse, ainda entre aqueles pacientes que já haviam realizado alguma cirurgia prévia. Tal estresse muitas vezes ocasionava a elevação dos níveis pressóricos, da frequência cardíaca e respiratória, algumas vezes sendo necessário o cancelamento do procedimento devido ao descontrole fisiológico do paciente. No que se refere à metodologia foi realizada uma revisão literária que oportunizou a realização deste estudo. A atuação da equipe de saúde no cuidado direto ou indireto ao paciente cirúrgico deve ser peculiar, pois necessita de agilidade e dinamismo, direcionando o cuidado para que o paciente consiga atingir, o mais breve possível, a condição clínica, emocional e social adequada.



---

## A COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL ENTRE ENFERMEIRA E PACIENTE SEDADO.

*Letícia Maciel(1)*  
*Viviane Borba(1)*  
*Rafaella Giacomoni(1)*

*1. Acadêmicas de Enfermagem da UNILASALLE*

### **RESUMO**

Buscamos com este estudo refletir sobre a dúvida de como interagir com pacientes sedados aparentemente incapazes de se expressar. Tivemos como objetivo compreender o comunicar-se não-verbal com o paciente sedado. A comunicação destaca-se como o principal instrumento para que a interação e a troca de mensagens, idéias, sentimentos e emoções aconteçam entre enfermeira e paciente. A comunicação não-verbal inclui tudo que não envolve a palavra escrita e falada, abrangendo todos os cinco sentidos. A percepção por parte do paciente sedado é levantada constantemente, algumas enfermeiras não acreditam que o paciente está ouvindo ou sentindo. As enfermeiras que estabelecem a comunicação não-verbal independente do grau de sedação consideram a possibilidade dessa comunicação existir onde o que importa é a tentativa de transmitir uma mensagem obtendo um retorno ou não. Unimos a teoria de Ida Jean Orlando com a comunicação não-verbal onde ela afirma que quanto maior for a capacidade do enfermeiro de codificar corretamente o não-verbal, maior será suas condições de compreendê-lo e de emitir adequadamente esses sinais. O comportamento do paciente estimula a reação da enfermeira, ela deve aprender a identificar cada parte da reação do paciente. Assim ela será capaz de usar a sua reação com a finalidade de ajudar o paciente.

**Unitermos:** comunicação não-verbal; relação enfermeiro-paciente.

---

---

A IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM  
NO TRATAMENTO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL

*Maria Isabel Gorini(1)*  
*Michele S. Malta(2)*  
*Natali P. Rodrigues(2)*  
*Glaúcia N. da Silva(2)*

*1. Doutora, Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS*

*2. Acadêmicas do 6º Semestre de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O câncer de pulmão é a segunda causa de morte para homens e sexta para mulheres, no Brasil, de acordo com o INCA, porém é o responsável pela maior incidência de mortalidade. Dos casos diagnosticados, 90% está associado ao consumo de derivados do tabaco. A incidência de novos casos em mulheres vem aumentando no contexto mundial, e muitas vezes o tratamento de escolha é a quimioterapia. Considerando esses fatores, é de suma importância o processo de enfermagem no tratamento quimioterápico. O presente trabalho aborda a vivência de um grupo de estudantes de enfermagem na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **OBJETIVO:** Descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem a um paciente em tratamento quimioterápico. **METODOLOGIA:** O estudo foi observacional de caráter descritivo, com uma dissertação argumentativa. Refere-se ao estudo de caso de uma paciente em tratamento quimioterápico ambulatorial no Hospital de Clínicas de Porto Alegre, portadora de Câncer de Pulmão. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas com a paciente, observação durante o tratamento e análise bibliográfica. **RESULTADOS:** Durante o período de estágio verificamos a importância da aplicação do Processo de Enfermagem na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial. Através do Histórico de Enfermagem detectou-se as condições de saúde e os potenciais riscos que o paciente apresenta. Traçou-se então, a implementação e elaboração de cuidados. Foi confirmada, durante os atendimentos e a revisão bibliográfica, a importante responsabilidade do enfermeiro na administração do quimioterápico, reduzindo-se assim riscos e complicações. **CONSIDERAÇÕES:** A vivência nesta Unidade nos proporcionou uma melhor compreensão, e aprendizagem no cuidado a pacientes submetidos à quimioterapia. Sobretudo, serviu para que repensássemos nossos valores, em especial, a importância de sermos empáticos, priorizando o cuidado humanizado.

---

## A NEGAÇÃO DO MEDO FRENTE AO TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO

*PINHEIRO, Monalisa da Silva(1)*

*LEAL, Maria Inês Ibanes(2)*

*1. Acadêmica do 8º semestre de enfermagem licenciatura plena da UNISINOS, bolsista de iniciação científica pela UNIBIC.*

*2. Professora de enfermagem da UNISINOS, mestre em educação pela UFRGS*

### RESUMO

Os sujeitos que recebem o diagnóstico de câncer, na maioria dos casos são submetidos ao tratamento quimioterápico, que neste sentido pode tanto possuir o caráter curativo como apenas paliativo. Este estudo é um recorte da pesquisa: *Quimioterapia: Percepções do paciente em relação às orientações de enfermagem*. O objetivo deste estudo foi conhecer quais são as informações referentes a quimioterapia que o paciente possui antes de sua primeira aplicação. A pesquisa em questão foi do tipo exploratória com enfoque qualitativo. O estudo foi realizado na Unidade de Quimioterapia ambulatorial de uma instituição hospitalar de Porto Alegre, que se destina, especificamente, ao atendimento de pacientes oncológicos, no período de julho a agosto do ano de 2006. A amostra foi constituída por 10 sujeitos, sendo todos portadores de algum tipo de neoplasia e que estariam procurando atendimento na unidade de quimioterapia pela primeira vez. A coleta de dados ocorreu de uma entrevista semi-estruturada, sendo os dados analisados conforme Lüdke e André (1986). Além disso, o trabalho foi aprovado pelo comitê de ética desta instituição. A negação do medo foi uma faceta presente nas informações coletadas durante as entrevistas, sendo possível identificar que a maioria dos pacientes referiram não estar sentindo medo em relação à sua nova etapa do tratamento, mesmo que, por meio de gestos e ações, durante a coleta da informações nos induzissem a pensar ao contrário. Esta ação do paciente vai ao encontro da teoria de Ross (2000), que refere que o primeiro estágio do luto é a negação ou o isolamento, decorrente da comunicação de um diagnóstico de doença grave. Para estes pacientes o fato de assumir uma condição de medo frente ao tratamento, denotaria, falta de força, coragem e vontade de vencer.

---

APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO ASSISTENCIAL DE ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL  
ISQUÊMICO AGUDO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE  
PORTO ALEGRE – IMPLICAÇÕES PARA EQUIPE DE ENFERMAGEM

*Ana Valéria Furquim Gonçalves(1)*  
*Nátali Pedroso Rodrigues(2)*  
*Kelly Cristina Milioni(3)*  
*Sheila Cristina Ouriques(4)*  
*Lurdes Busin(5)*  
*Agnes Olschowsky(6)*  
*Simone Schenatto(7)*

- 1. Enfermeira do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*
- 2. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da UFRGS*
- 3. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFRGS*
- 4. Neurologista Vascular do Instituto de Medicina Vascular do Hospital Mãe de Deus e da Unidade Vascular do HCPA.*
- 5. Profª Chefe do Serviço de Enfermagem em Emergência do HCPA*
- 6. Profª Drª Assessora do Serviço de Enfermagem em Emergência HCPA*
- 7. Enfª Chefe da Unidade de Enfermagem em Emergência do HCPA*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O acidente vascular cerebral (AVC) agudo é considerado uma emergência médica, incapacitante, terceira causa de óbito em países desenvolvidos, primeira no Brasil, superado por doenças cardiovasculares e câncer. Em agosto de 2005 o Serviço de Emergência (SE) do HCPA sofreu reestruturação no sistema de atendimento e triagem de pacientes. No novo protocolo, os usuários são acolhidos por um técnico de enfermagem, direcionados ao Enfermeiro que os classificam conforme gravidade através de cores. Em dezembro, foi instituído o protocolo de AVC e inaugurada a Unidade Vascular (UV), com 05 leitos para tratamento de doenças vasculares agudas tais como AVC, síndrome coronariana aguda, doenças agudas da aorta e tromboembolismo pulmonar. **OBJETIVO:** Descrever o Protocolo Assistencial de AVC isquêmico agudo enfatizando as ações de enfermagem. **METODOLOGIA:** No Protocolo Assistencial de AVC isquêmico agudo definido pelo SE e são classificados pela sua gravidade. São identificados pela cor vermelha tendo prioridade no atendimento, onde realizarão eletrocardiograma e serão direcionados à UV. Imediatamente o médico avalia o paciente e inicia o protocolo, solicitando exames laboratoriais, tomografia de crânio sem contraste e avaliação do neurologista vascular. Após, deverá ser iniciada a trombólise endovenosa sob monitorização contínua da equipe multidisciplinar, na qual a assistência de enfermagem é fundamental, pois mantém o cuidado direto nas 24 horas. **DISCUSSÃO:** No primeiro ano 36 pacientes foram atendidos, com idade média de 66 anos, maioria mulheres brancas. Destes 58% apresentaram mínima ou nenhuma incapacidade em 3 meses; 64%, independência funcional; 04, sangramento cerebral, 03 óbitos (01 relacionado ao sangramento cerebral). **CONSIDERAÇÕES:** Ressaltamos a importância das atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem que contribui não só para a assistência direta ao paciente, mas integra pesquisa e ensino para o êxito e sucesso das intervenções realizadas no SE/ HCPA.

---

---

AVALIAÇÃO DO TEMPO DE INTERNAÇÃO POR TUBERCULOSE EM ISOLAMENTOS DE  
PACIENTES ADULTOS NO HCPA

*Loriane Konkewicz*  
*Nadia Kuplich*  
*Marcia Pires*  
*Gabriela Leite Kochenborger*  
*Cristina Costa Silveira*  
*Shana Marques*  
*Roberta Konrath*  
*Ricardo Kuchenbecker*

*RESUMO*

Tuberculose tem sido o maior motivo de ocupação dos leitos de isolamento no HCPA nos últimos anos. Devido a sua grande transmissibilidade, é prioritária a internação desses pacientes nos isolamentos, mesmo em casos suspeitos. O objetivo desse trabalho foi avaliar o tempo de ocupação de pacientes adultos com tuberculose confirmada ou suspeita nos isolamentos do HCPA, durante o ano de 2006. Foram analisadas todas as internações nesses leitos, em 2006, identificando motivos de internação e tempo de permanência, comparando casos suspeitos e confirmados e condição de portador de HIV nos pacientes com tuberculose. Naquele período, 226 pacientes internaram nos isolamentos, 73% tuberculose, 7% varicela/ herpes zoster, 5% infecções por microrganismos multirresistentes, 3% neutropenia, 3% infecções de pele, 3% meningite e 6% sem indicação de isolamento. O tempo total de ocupação dos isolamentos foi 1674 dias, em média 7 dias por paciente. Dentre os 165 pacientes que internaram por motivo tuberculose, 85 (51%) eram portadores de HIV e 80 (49%) não eram portadores de HIV, e em 74 (45%) dos casos a doença foi confirmada, enquanto 91 (55%) casos não foram confirmados através de dados laboratoriais. A média de tempo de internação dos confirmados foi 10,9 dias e dos suspeitos 4,7 dias. A partir da análise dos resultados, verificou-se que menos da metade desses pacientes apresentou confirmação laboratorial da tuberculose, enquanto os demais não foram confirmados. Sabendo-se que as tuberculoses não bacilíferas ou sem confirmação microbiológica representam pequeno risco de transmissibilidade, conclui-se que na maioria das situações pacientes foram isolados sem necessidade comprovada, o que representou 432 dias totais de ocupação dos isolamentos, em média 5 dias por paciente. Isso demonstra que maior agilidade na coleta e resultados dos exames para investigação de tuberculose permitiria maior otimização da ocupação dos isolamentos e maior oportunidade de outros pacientes serem isolados.

---

---

CUIDADOS A UMA PACIENTE PORTADORA DE ARTRITE REUMATÓIDE:  
UM ESTUDO DE CASO

*Aline Patrícia Brietzke(2)*  
*Carla Daiane Silva Rodrigues(1)*  
*Fernanda Gregórius(1)*  
*Marta Silvana da Motta(1)*  
*Raquel Yurika Tanaka(2)*

*1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*2. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, relatora do trabalho*

**RESUMO**

A Artrite Reumatóide (AR) é uma doença comum, auto-imune que agride as articulações causando inflamação caracterizada por dor, inchaço, calor local e rubor. Além disso, essa se caracteriza por provocar poliartrite periférica, que leva a deformidade e a destruição das articulações em virtude da lesão óssea e da cartilagem. A literatura relata que existe uma tendência genética, porém, não comprovada entre os familiares com AR. Sabe-se que a prevalência mundial é de 0,4% a 1,9%. No Brasil, alguns estudos demonstram um valor entre 0,2 e 1,0%, ou seja, atingindo 1,2 milhões de brasileiros. As mulheres são afetadas duas vezes mais em relação aos homens e verifica-se o aumento da incidência com a idade. O presente trabalho relata um estudo de caso realizado com uma paciente a qual possui inúmeras limitações na atividade diária causadas pela dor crônica e progressão da doença. A partir dos problemas levantados na consulta de enfermagem foi possível elaborar diagnósticos de enfermagem e suas intervenções visando a melhora na qualidade de vida da paciente.

**Palavras-chave:** Artrite Reumatóide, Consulta de Enfermagem, Qualidade de Vida.

---

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM OBESIDADE LEVE

*Aline Patrícia Brietzke(1)*  
*Carla Daiane Silva Rodrigues(1)*  
*Fernanda Gregórius(1)*  
*Raquel Yurika Tanaka(1)*  
*Marta Silvana da Motta(2)*

*1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*2. Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

### *RESUMO*

O presente trabalho busca apresentar um estudo de caso realizado com uma paciente em acompanhamento ambulatorial que, a partir de seu Índice de Massa Corpórea (IMC), apresenta Obesidade Leve. Além disso, busca-se também evidenciar a experiência de acadêmicas de enfermagem do sexto semestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O estudo foi realizado durante o estágio curricular da disciplina de Cuidado ao Adulto II, na zona 12 do ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Teve-se como finalidade conhecer mais sobre a fisiopatologia da obesidade, o tratamento empregado nesses casos, enfocando-se, também, consultas, diagnósticos e intervenções pertinentes a pacientes portadores dessa patologia. Concluímos que os mesmos necessitam atenção especial nos cuidados, devido à relação existente entre obesidade e outras doenças de curso crônico, além de danos psicossociais.

**Descritores:** Cuidados com pacientes obesos. Índice de Massa Corpórea (IMC). Patologias relacionadas. Reeducação alimentar. Diagnóstico de Enfermagem.

---

---

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM CHOQUE SÉPTICO

*Adriane Nunes Diniz(1)*  
*Camila Bitencourt Remor(2)*

1. Enfermeira Intensivista do Hospital São Lucas da PUCRS.

2. Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem da PUCRS.

### RESUMO

Este é um relato de experiência sobre o choque séptico, que assim como a sepse, são as principais causas de morbimortalidade em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Em torno de 70 a 80% das internações que ocorrem na UTI Geral Adulto do Hospital São Lucas (HSL-PUCRS) são por sepse, evoluindo ao choque séptico, notando-se a importância de desenvolver cuidados adequados aos pacientes em choque séptico. Teve-se como objetivo apresentar em forma de relato de experiência as atividades de cuidados de Enfermagem desenvolvidas nos pacientes em choque séptico na UTI Geral do HSL-PUCRS. Para subsidiar este objetivo foi realizada uma revisão de literatura, a partir de pesquisas em livros médicos e de enfermagem. Conforme Swearingen e Keen (2005) a sepse é uma síndrome clínica aguda multissistêmica, causada por bactérias, vírus ou fungos no sangue. De acordo com as mesmas autoras, o choque séptico ocorre quando a sepse resulta em hipotensão que não reage à reposição de volume, com anormalidades na perfusão, que pode causar acidose láctica, oligúria ou alterações no estado mental. A partir destes conceitos, os diagnósticos de Enfermagem mais relevantes para choque séptico são, segundo NANDA, 2003-2004 (2005): déficit no volume de líquidos; perfusão tissular ineficaz e padrão respiratório ineficaz. Para o plano de cuidados, citam-se os realizados na UTI Geral do HSL da PUCRS nos pacientes em choque séptico, dentre eles, destacam-se: avaliar perfusão periférica; manter PAM acima de 70 mmHg; verificar PVC de 4 em 4 horas; observar saturação de O<sub>2</sub>, comunicar se abaixo de 90. Recomenda-se, devido tamanha relevância, que o enfermeiro e demais profissionais da área da saúde, estejam atentos aos sinais preditores da sepse, para que haja chances de reversão do quadro clínico e algumas vezes, de evolução para o choque séptico.

**Palavras Chave:** UTI, sepse, choque séptico.



---

---

DIAGNÓSTICOS E CUIDADOS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE SUBMETIDO À  
PROSTATECTOMIA RADICAL SUPRAPÚBICA

*GRUDZINSKI, Vanessa(1)*

*MAYER, Susana(1)*

*ROSITO, Denise(1)*

*1. Acadêmicas do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFRGS.*

**RESUMO**

No Brasil, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, o câncer de próstata representa um sério problema de saúde pública (INCA, 2006). É o segundo câncer mais comum em homens no Brasil (RHODEN, 2004). Sendo um dos principais tratamentos para o câncer de próstata, a prostatectomia, torna-se necessário que toda a equipe de enfermagem tenha conhecimento dos cuidados relacionados ao procedimento e a recuperação deste paciente. Desta forma, o objetivo deste trabalho é relatar a experiência no cuidado a um paciente prostatectomizado, atendido em unidade de internação cirúrgica de hospital universitário da capital. A metodologia utilizada para a confecção do trabalho foi a observação, levantamento dos diagnósticos de enfermagem através do histórico do paciente e seus relatos, bem como exames físicos. A partir dos diagnósticos levantados, foram elaborados e executados os cuidados pertinentes. Durante toda a internação, foram esclarecidas dúvidas, de modo a favorecer o pronto restabelecimento e o auto-cuidado no pós-alta. Observou-se ao final da internação, significativa melhora clínica e independência quanto ao seu próprio cuidado. Com isso, evidencia-se que através do cuidado sistematizado e humanizado de Enfermagem, há diminuição significativa da permanência hospitalar permitindo que o paciente retorne a sua vida cotidiana o mais breve possível, com independência e segurança.

**Palavras chave:** Prostatectomia, cuidados de enfermagem, diagnósticos de enfermagem.

---

---

DISTÚRBIO DA IMAGEM CORPORAL RELACIONADO À AMPUTAÇÃO DO MID  
ESTUDO DE CASO

*Giordana de Cássia Pinheiro da Motta(1)*  
*Cristina Andrioli(1)*  
*Vitoriano Bernardez(1)*  
*Marina Junges(1)*  
*Carolina Caon Oliveira(1)*  
*Jeane Zanini da Rocha(1)*  
*Maria Henriqueta Luce Kruse(2)*

1. Acadêmicos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

2. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**RESUMO**

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) tem contribuído para o delineamento de um corpo de conhecimentos específicos da profissão, possibilitando o uso de uma linguagem comum para identificar os problemas do paciente e auxiliar na escolha das intervenções de enfermagem, promovendo uma melhor comunicação entre os profissionais. Este estudo objetiva aplicar a SAE a um paciente que sofreu amputação de membro secundária à intervenção cirúrgica. O método utilizado foi o estudo de caso, com coleta de dados junto ao paciente, ao seu prontuário e revisão da literatura, realizados durante o estágio da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto I, na unidade 7º sul do HCPA. Resultados: Paciente “V”, 50 anos, negro, casado, história prévia de DM2, HAS, etilismo e tabagismo. Internado para realização de *by pass* poplíteo-femoral no membro inferior direito (MID). A cirurgia resulta em paraplegia e evolui para amputação. “V” apresentava histórico de não aderência à terapia não farmacológica, como dieta específica, atividade física regular e hábitos de vida saudáveis. Como principais diagnósticos de enfermagem destacamos: controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente; risco de comprometimento da integridade cutânea relacionado à perda sensorial permanente e à imobilidade; retenção urinária relacionada ao nível da lesão medular; distúrbio da imagem corporal relacionado à amputação do MID; déficit no autocuidado: alimentação, higiene e vestir-se relacionado à lesão medular; constipação relacionada aos efeitos da disfunção da medula espinal. Acompanhamos o paciente durante o estágio, prescrevendo intervenções visando o conforto, prevenção de feridas, exercícios respiratórios, encorajando autonomia e autocuidado e estimulando o uso da cadeira de rodas. Em relação à família orientamos quanto à passagem de cateter vesical de alívio e oferecemos apoio emocional. A partir da SAE aprendemos a cuidar do paciente como um todo, valorizando as intervenções de enfermagem e não somente os procedimentos e diagnósticos médicos.

---

## DOR CRÔNICA E A ENFERMAGEM NA ADESÃO AO TRATAMENTO

*Capponi, Renata Lobatto(1)*  
*Soares, Gabriela(1)*  
*Vaccari, Alessandra(1)*

*1. Acadêmicas do 7º semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

### *RESUMO*

Os pacientes são diferentes, as motivações têm um tom particular e o relacionamento profissional-paciente assume faces distintas nos vários cantos do mundo. Mas de qualquer forma, a não-aderência ao tratamento proposto pelos profissionais de saúde, principalmente aqueles que tratam de doenças crônicas, é grande e torna-se um fator importante na evolução desses doentes e na maneira como os profissionais encaram os resultados alcançados no seu dia-a-dia. O paciente que sofre de dor crônica necessita fazer uso de uma série de medicações e condutas que poderão ser utilizadas por toda a vida. É um tipo de paciente em que a avaliação da aderência ao tratamento deve ser feita a cada encontro, de forma sistemática. Podemos conhecer melhor esse tipo de paciente, com dor crônica, na experiência vivida nas consultas de Enfermagem no Serviço da Dor no Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Assim, constatamos a grande dificuldade que existe na aderência ao tratamento destes pacientes. A partir da qual surgiu a motivação e o principal objetivo para a realização desta revisão, que é: compreender como a enfermeira pode auxiliar na adesão ao tratamento do paciente com dor crônica. A metodologia utilizada para a confecção deste trabalho foi a revisão literária. A dor crônica compõe-se de aspectos físicos, cognitivos, comportamentais e emocionais próprios. A adesão ao tratamento desses pacientes é geralmente mais difícil que aqueles com dor aguda. Devemos lembrar, sempre, que para aderir a um tratamento o paciente necessita deter de três características fundamentais: força, conhecimento e vontade. Acreditamos que a Enfermeira possa auxiliar na adesão ao tratamento influenciando no aumento do conhecimento, do paciente, sobre a sua situação e o próprio tratamento. Destacamos algumas ações que poderão auxiliar nas consultas de Enfermagem para a adesão ao tratamento pelos pacientes com dor crônica.

---

ENFERMAGEM EM NEFROINTENSIVISMO – RESULTADOS DA MUDANÇA DO PROCESSO DE  
TRABALHO EM TERAPIA DIALÍTICA NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA DO HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

*Simone Marques dos Santos(1)*  
*Lidiane Bitencourt Santiago(2)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(2)*  
*Daniela dos Santos Marona(1)*  
*Cássia Maria Frediani Morsch(1)*

1. *Enfermeiras do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*

2. *Bolsistas do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acadêmicas do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A incidência de pacientes críticos que necessitam de terapia renal substitutiva vem aumentando nos últimos anos, no mundo todo. Dentro deste contexto, no Centro de Terapia Intensiva (CTI) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), foi realizado um redimensionamento da logística, tanto em termos de equipamentos, quanto ao nível de capacitação dos profissionais de Enfermagem em hemodiálise intermitente. **OBJETIVOS:** Avaliar os resultados da capacitação em hemodiálise para os profissionais de Enfermagem do CTI. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo retrospectivo, onde foram analisados dados do treinamento da equipe de Enfermagem e das sessões de hemodiálise realizadas no CTI após o início do programa de “Ação Diferenciada Treinamento em Hemodiálise” de novembro de 2005 a março de 2007. Foram estabelecidos os seguintes indicadores de controle de processo: percentual de hemodíalises realizadas pelo CTI, número de funcionários treinados e taxa de intercorrências em hemodiálise. **RESULTADOS:** Durante o período, foram treinados 12 enfermeiros e 18 técnicos de Enfermagem, foram realizadas 817 hemodíalises convencionais ou estendidas, sendo que 761 (93%) foram realizadas exclusivamente pela Enfermagem do CTI. As intercorrências mais prevalentes foram falta de fluxo do acesso vascular (30%), coagulação do sistema (13%), pressão venosa alta relacionada a acesso vascular (11%) e hipotensão (4%). **CONCLUSÕES:** O treinamento da equipe de Enfermagem em hemodiálise, mesmo sendo um processo lento, face a ser um tratamento de alta complexidade, é uma alternativa de processo de trabalho que vem em benefício do paciente crítico, pois disponibiliza de imediato e nas 24 horas a terapia prescrita. Os resultados evidenciaram que as intercorrências mais prevalentes foram relacionadas à disfunção do acesso vascular, impossibilidade de utilização de anti-coagulante e resposta hemodinâmica do paciente inadequada à perda de volume ou ao método prescrito.

---

ESTUDO DE CASO DE PACIENTE COM DOENÇA CRÔNICO-DEGENERATIVA ATENDIDA NA  
AGENDA DE ENFERMAGEM DO ADULTO NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Carla Daiane Silva Rodrigues(1)*

*Fernanda Gregorius(1)*

*Beatriz Ferreira Waldman(2)*

*Aline Patrícia Brietzke(1)*

*Raquel Yurika Tanaka(1)*

*Marta Silvana da Motta(1)*

*1. Estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS*

*2. Professora da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, orientadora do trabalho*

## RESUMO

Estudo de caso de uma paciente com doença crônico-degenerativa (DCD) atendida no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. O estudo foi desenvolvido no primeiro período letivo de 2006, durante estágio da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II. Teve como objetivos: ampliar os conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem ao paciente com DCD, revisar os diagnósticos de enfermagem adequados à paciente e estudar a fisiopatologia de seus problemas de saúde. Para a coleta e análise dos dados utilizou-se a consulta a documentos, as consultas de enfermagem e a visita domiciliar. T.M.F., sexo feminino, 52 anos, de cor negra, com história de doença passada de calcificação benigna na mama esquerda e toxoplasmose ocular; história familiar de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e de infarto do miocárdio; história da doença atual de HAS, dislipidemia e obesidade, estando em tratamento medicamentoso e sendo acompanhada no ambulatório de enfermagem do adulto desde julho de 2002. Constatou-se incoerência entre dados objetivos (níveis lipídicos, aumento de peso) e subjetivos (verbalização de aderência ao tratamento). Observou-se que a paciente não tinha um convívio familiar e era solteira, morando no trabalho. Houve confirmação da hipótese diagnóstica relativa à adesão ao tratamento com o diagnóstico de enfermagem: “Controle ineficaz do regime terapêutico”. Como uma das intervenções para este diagnóstico estabeleceu-se “Estimular a paciente a verbalizar eventuais dificuldades no controle do regime terapêutico”, como estratégia de entender o significado de sua conduta. Conclui a necessidade de um olhar holístico sobre a saúde da paciente a fim de entender as razões da não-aderência ao tratamento, sendo que um dos aspectos mais importantes para a compreensão é o interesse pelas condições de vida e pelas relações interpessoais da paciente.

---

---

ESTUDO DE CASO: INTOLERÂNCIA À ATIVIDADE EM PACIENTE ADULTO COM DOR  
TORÁCICA

*Ana Valéria Furquim Gonçalves(1)*

*Nátali Pedroso Rodrigues(2)*

*Kelly Cristina Milioni(3)*

*Lurdes Busin(4)*

*Agnes Olschowsky(5)*

*Simone Schenatto(6)*

*1. Enfermeira do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

*2. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem da UFRGS*

*3. Acadêmica do 8º semestre de Enfermagem da UFRGS*

*4. Professora Chefe do Serviço de Enfermagem em Emergência do HCPA*

*5. Professora Doutora Assessora do Serviço de Enfermagem em Emergência HCPA*

*6. Enfermeira Chefe da Unidade de Enfermagem em Emergência do HCPA*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Diariamente inúmeros pacientes procuram nosso serviço com queixa de dor torácica. No primeiro trimestre de 2006 totalizaram 138 pacientes admitidos na Unidade Vascular do Serviço de Emergência (SE) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, com diagnóstico de Angina. Anteriormente a principal ênfase no atendimento a estes pacientes, era diagnosticar Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), atualmente o enfoque desviou-se da avaliação diagnóstica para a prognóstica. A Síndrome Coronariana Aguda - IAM e Angina Instável é responsável por um terço das causas de dor torácica. **OBJETIVO:** Discutir e avaliar o Diagnóstico de Enfermagem Intolerância à Atividade sob a ótica do paciente adulto que chega no SE. **METODOLOGIA:** Estudo de Caso elaborado no Serviço de Emergência do HCPA, onde realizou-se coleta de dados através da análise do prontuário no período de agosto de 2006, além de pesquisa bibliográfica. **DISCUSSÃO:** Mulher branca, 73 anos, buscou atendimento na Emergência em agosto de 2006, com queixa principal de dor torácica, apresentando doenças prévias como: cardiopatia isquêmica, infarto agudo do miocárdio recente, diabetes melittus e hipertensão arterial sistêmica. Inicialmente foi realizado eletrocardiograma e encaminhada à Unidade Vascular, onde foram elaborados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem: Conforto Alterado relacionado ao distúrbio vascular; Nutrição Desequilibrada: menos que as necessidades corporais, relacionada à absorção diminuída de nutrientes e Síndrome de Déficit de auto-cuidado, relacionado a atividade neuromuscular prejudicada. Cabe salientar que o Diagnóstico de Enfermagem seve como base para a seleção de resultados e intervenções de enfermagem. **CONSIDERAÇÕES:** Faz-se necessário a constante discussão e avaliação quanto à aplicabilidade dos Diagnósticos de Enfermagem na prática. Observamos que os mesmos ainda são elaborados mediante a patologia, seguindo um modelo biomédico, sendo um desafio resgatar uma assistência de enfermagem centrada na compreensão da situação de saúde do indivíduo, não apenas como um corpo biológico, mas sim, na sua integralidade.

---

---

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO:  
UM ESTUDO DE CASO

*Aline Tigre(1)*  
*Betina Kleber(1)*  
*Carla Patrícia Michelotti Pereira(1)*  
*Cristiano Siqueira Flores(1)*  
*Priscylla de Souza Milani(1)*  
*Rafael Zechlinski Pereira(1)*

*1. Acadêmicos do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Feevale.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A Infecção do Trato Urinário (ITU) é um dos principais motivos pelos quais os pacientes buscam assistência médica. O cateterismo uretral constitui a causa precipitante na maioria dessas infecções em hospitais; o cateterismo suprapúbico diminui o risco de infecção ascendente pelo canal uretral, no entanto, a infecção da bexiga pode instalar-se em pacientes que fazem uso desse tipo de catéter, especialmente, naqueles em que os cuidados não são adequadamente realizados. **OBJETIVO:** Evidenciar a importância da elaboração do processo de enfermagem e da atuação do enfermeiro nas orientações do autocuidado ao paciente portador de cistostomia suprapúbica permanente na prevenção de infecção do trato urinário. **METODOLOGIA:** A elaboração deste trabalho partiu da revisão bibliográfica conjuntamente com a coleta de dados clínicos no prontuário de uma paciente que submeteu-se à cirurgia de histerectomia total, devido a miomas múltiplos e que no trans-operatório teve sua bexiga perfurada, sendo submetida à uma cistostomia suprapúbica permanente para derivação urinária. **RESULTADOS:** Observou-se que a não elaboração do processo de enfermagem e a falta de orientações contribuíram para que esta paciente fosse submetida a várias internações devido à recorrência das infecções no trato urinário. **CONSIDERAÇÕES:** As infecções do trato urinário nesse caso, poderiam ter sido evitadas ou prevenidas, se houvessem orientações a paciente, sobre os cuidados no manuseio e manutenção do catéter suprapúbico. Nesse sentido, evidencia-se a importância do processo de enfermagem, bem como do papel educador do enfermeiro no que se refere às orientações para o autocuidado aos pacientes portadores de catéteres suprapúbicos, visto que os cuidados realizados pelo paciente influenciam na prevenção de infecções e complicações pelo uso desse catéter.

**Descritores:** autocuidado, cateterismo suprapúbico, cistostomia, infecção do trato urinário.

---

---

## OS DIFERENTES MECANISMOS DE ENFRENTAMENTO E OS FATORES PSICOLÓGICOS QUE AFETAM AS CONDIÇÕES CLÍNICAS DE PACIENTES CRÔNICOS

*Maria Luiza Machado Ludwig(1)*  
*Carolina Caon Oliveira(2)*  
*Giordana de Cássia Pinheiro da Motta(2)*

*1. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*2. Acadêmicas do 7º Semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

### **RESUMO**

Pacientes com doenças crônicas mostram uma ampla variedade de respostas à sua doença, da aceitação passiva à falta de adesão ao tratamento, sendo que as incapacitações podem ser aumentadas pela falta de aceitação quanto a uma mudança no estilo de vida. Assim, torna-se importante compreender os meios pelos quais os indivíduos enfrentam suas perdas na função física e nos papéis sociais. Os objetivos deste estudo são discorrer sobre as doenças crônicas mais comuns encontradas em nossa prática no ambulatório de consultas de enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e identificar os fatores psicológicos que influem no processo de adaptação e enfrentamento destas doenças e, assim, elaborar uma lista dos mecanismos de enfrentamento mais comuns encontrados na prática. As doenças escolhidas foram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, cardiopatias, insuficiência renal crônica e obesidade. Esta pesquisa bibliográfica teve como fontes artigos científicos e livros que trazem a temática do trabalho. Estar doente atribui dificuldades à nossa vida diária, embora cada pessoa tenha a sua maneira de reagir e enfrentar a doença e suas limitações. O modo pelo qual diferentes pessoas respondem a situações problemáticas reflete seus níveis de enfrentamento e maturidade. Quanto aos mecanismos que contribuem negativamente para o bem-estar do paciente, destacam-se negação, regressão e vitimização, indiferença em relação à doença, ansiedade e medo, e depressão. Porém, formas mais saudáveis de encarar a doença devem ser adotadas com o passar do tempo, como fé e espiritualidade, otimismo e bom humor, e participação em atividades terapêuticas. O conhecimento dos mecanismos de enfrentamento de doenças crônicas pelos profissionais da saúde que lidam diariamente com esse tipo de paciente é essencial para os mesmos terem subsídios necessários para a identificação dos mecanismos usados pelo paciente e, assim, aconselhá-lo sobre a melhor forma de enfrentar a doença.



---

---

## PASSAGEM DE PLANTÃO: CENÁRIO E PERSPECTIVAS EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA

*Grasiela Josiane Brasil Dias(1)*  
*Ana Maria Müller de Magalhães(2)*

1. Enfermeira do Hospital Luterano do Complexo Hospitalar ULBRA.
2. Professora, Enfermeira Coordenadora do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, mestre da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

### RESUMO

Este estudo se propõe a avaliar atividade de passagem de plantão em um Centro de Terapia Intensiva de um hospital universitário de Porto Alegre dentro de um cenário de mudança na carga horária de trabalho da equipe de enfermagem. Para tanto, buscou-se analisar a adequação da equipe ao tempo preconizado pela instituição para a realização da atividade, bem como a qualidade das informações repassadas, destacando os aspectos que interferem no seu andamento e prejudicam a adaptação ao novo cenário. Trata-se de uma pesquisa quantitativa que utiliza a observação sistemática da passagem de plantão através de um instrumento de coleta de dados e um diário de observação. A análise dos dados foi através de estatística descritiva e os registros qualitativos do diário de observação complementaram a análise das variáveis quantitativas. O tempo médio de duração da passagem de plantão foi de 15,5 min, havendo uma grande variação neste tempo e uma predominância (52,5%) de tempo de duração acima de 15min na amostra estudada. Identificou-se uma incidência expressiva de atrasos (77,5%) no início da realização da atividade. As informações transmitidas foram centradas nos aspectos biológicos e na terapêutica medicamentosa, não tendo sido identificada a utilização dos diagnósticos de enfermagem na prática da passagem de plantão. A proposta do trabalho visa provocar uma reflexão nos profissionais acerca de uma mudança de atitude em relação a essa atividade fundamental para a organização do trabalho da enfermagem, fornecendo subsídios que destacam pontos importantes para a revisão do processo.

**Descritores:** Administração dos cuidados ao paciente; Unidades de terapia intensiva; Trabalho em turnos; Comunicação; Troca de informações; Cuidados de enfermagem: organização e administração.

---

---

PROJETO DE PESQUISA: A PERCEPÇÃO DOS PACIENTES COM EPILEPSIA  
SOBRE O SEU AUTO-CUIDADO

*Domitila Mazuim da Cruz(1)*

*1. Acadêmica de Enfermagem da Unilasalle*

**RESUMO**

Decorrente da minha vivência acadêmica tomei ciência da relevância social desta patologia e dos pacientes crônicos que por ela são acometidos. Meu interesse em estudar este assunto ocorreu principalmente devido à convivência com pessoas próximas acometidas de epilepsia. Sendo lamentável conviver com crises epiléticas, ainda mais quando há discriminação pela sociedade, estigmatizando os pacientes epiléticos que acabam tendo que lidar com graus variáveis de antipatia pública a sua condição clínica. Entretanto, percebi que o cuidado prestado a estes pacientes é extremamente importante e decisivo para melhorar a sua qualidade de vida. A informação, a orientação, identificação dos tipos de “aura” e as precauções que devem ser tomadas frente às crises convulsivas representam fatores indispensáveis nos quais o paciente epilético tem o direito de ter e a equipe de saúde a obrigação de dar enquanto cuidadores. (Potter -2002) Frente a essa situação, destaca-se a necessidade de proporcionar aos pacientes com epilepsia e suas famílias, informações adequadas para que estes possam executar seu auto-cuidado. Os objetivos do trabalho serão: Identificar nos pacientes com o quadro de epilepsia diagnosticado, cujas idades variam de 18 a 25 anos e que pertençam a comunidade de Canoas qual o nível de informação e orientação que eles possuem em relação a doença. Verificar se os pacientes estão aptos a executarem seu auto-cuidado. Descreverei as experiências vividas por estes pacientes e seus sentimentos frente a elas. Para avaliar o conhecimento e desenvolvimento de auto-cuidado destes será realizado um estudo qualitativo do tipo etnográfico. Será feita observação em campo e um questionário auto-aplicável com questões que objetivam levantar o conhecimento sobre a patologia. Também será utilizado um termo de consentimento.

---

## QUALIDADE DE VIDA DE CUIDADORES DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

*Daniela Rivero Dominguez(1)*  
*Christiane Wahast Ávila(2)*  
*Graziella Badin Aliti(3)*  
*Fernanda Bandeira Domingues(3)*  
*Solange Maria Braum Gonzalez(4)*  
*Eneida Rabelo da Silva (orientadora)(5)*

1. Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).
2. Acadêmica de Enfermagem da UFRGS. Bolsista de Iniciação Científica da FAPERGS.
3. Enfermeira da Clínica de Insuficiência Cardíaca do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Mestre em Ciências Cardiovasculares.
4. Enfermeira da Clínica de Insuficiência Cardíaca do HCPA.
5. Enfermeira Coordenadora da Clínica de Insuficiência Cardíaca do HCPA, Professora Adjunta da Escola da Enfermagem da UFRGS, Doutora em Ciências Biológicas: Fisiologia.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Os cuidadores de pacientes com insuficiência cardíaca (IC) desempenham um papel primordial na manutenção, controle e apoio dos mesmos. Muitas vezes a qualidade de vida (QV) de desses cuidadores pode tornar-se comprometida com as inúmeras atividades que estes desempenham no dia-a-dia.

**OBJETIVOS:** Avaliar a QV dos cuidadores de pacientes com IC. **Métodos:** Estudo transversal contemporâneo, que incluiu cuidadores de pacientes com IC que participavam ativamente do cuidado domiciliar, no período de agosto a novembro de 2006. Este estudo foi desenvolvido no ambulatório de IC do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Foi utilizado o instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-bref. **RESULTADOS:** Foram incluídos 61 cuidadores, com idade média  $51 \pm 13,5$  anos, predominantemente brancos (82%) e do sexo feminino (88,5%). A QV geral dos familiares foi de  $61 \pm 23$  (escore de 0-100 pontos). Quanto à sua participação nos cuidados domiciliares, observou-se um maior envolvimento no controle e uso correto das medicações (85,2%). No tratamento não-farmacológico o envolvimento maior estava relacionado aos cuidados quanto ao controle do sal na dieta (77%) e ao controle da restrição de líquidos (47,5%). Foram realizadas correlações entre a QV e o número de cuidados em que o familiar estava envolvido, e os quatro domínios do instrumento. Houve uma correlação positiva de pequena a moderada magnitude no domínio de relações sociais, em relação à qualidade de vida e o número de cuidados em que o familiar estava envolvido ( $r_s = 0,2$ ;  $P = 0,03$ ) e, de moderada magnitude, no domínio de meio ambiente ( $r_s = 0,3$ ;  $P = 0,01$ ). **CONCLUSÕES:** Foi demonstrado com esses resultados que os cuidadores de pacientes com IC apresentaram uma QV pouco satisfatória. O maior envolvimento dos cuidadores estava relacionado aos cuidados com a dieta. Os demais cuidados (atividade física e controle de peso), não apresentaram correlação.

---

REFLETINDO A CONSULTA DE ENFERMAGEM:  
ATRIBUIÇÃO DO ENFERMEIRO

*Carla Daiane Silva Rodrigues(1)*  
*Fernanda Gregorius(1)*  
*Beatriz Ferreira Waldman(2)*  
*Aline Patrícia Brietzke(1)*  
*Raquel Yurika Tanaka(1)*  
*Marta Silvana da Motta(1)*

1. Estudantes do curso de graduação em Enfermagem da UFRGS
2. Professora da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, orientadora do trabalho

**RESUMO**

Este trabalho caracteriza-se como uma revisão bibliográfica que objetivou fazer uma análise da relação terapêutica a ser estabelecida na consulta de enfermagem e a instigar a reflexão de tal prática pelo profissional enfermeiro. O desenvolvimento partiu de proposta da disciplina de Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, que teve suas práticas contempladas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Relaciona a consulta com o processo de enfermagem, perpassando pelas principais teorias da profissão. Aborda alguns elementos essenciais à relação terapêutica, como: pensamento crítico, comunicação, princípios éticos, a participação efetiva do cliente e a conduta pessoal *versus* a profissional. Finaliza trazendo algumas percepções do cliente que decide abandonar a consulta de enfermagem, que resultaram da pesquisa de uma enfermeira do Estado de Minas Gerais. Conclui a essencialidade da prática da consulta – que tem bases científicas –, e a importância da devida análise crítica de sua prática pelo enfermeiro, já que dessa prática resulta, consideravelmente, a qualidade de vida do cliente atendido, o que implica em uma grande responsabilidade.

---

---

## SALINIZAÇÃO DO CATETER VENOSO PERIFÉRICO

*Cristini Klein(1)*  
*Cristiane Carneiro Vizcaychipi(2)*  
*Emilda Soares da Silva(3)*

- 1. Enfermeira assistencial do CTI adulto do Hospital Moinhos de Vento - POA. Enfermeira graduada pela FEEVALE. Especialista em Cardiologia – ICFUC.*
- 2. Enfermeira assistencial do CTI adulto do Hospital Moinhos de Vento – POA. Enfermeira graduada pela Unisinos. Especialista em Terapia Intensiva – Ulbra.*
- 3. Enfermeira supervisora do CTI adulto do Hospital Moinhos de Vento-POA. Enfermeira graduada pela Unisinos. Especialista em Terapia Intensiva - UFRS*

### **RESUMO**

A Sociedade Americana de Farmácia Hospitalar (ASHP) recomenda desde abril de 1994 a salinização de cateter venoso periférico (CVP) para manutenção de sua permeabilidade, em 2006 reforça esta orientação com algumas alterações nas indicações, ressaltando suas vantagens. Conforme a ASHP é garantida a similaridade em relação a efetividade da salinização na manutenção da permeabilidade do cateter, quando comparada a heparinização. A segurança e utilidade da heparina para manutenção da permeabilidade do CVP é controverso principalmente pela capacidade desta interagir com alguns fármacos, sua associação com alterações hematológicas, necessidade de maior manipulação do sistema e maior custo. Sabe-se que o mecanismo que mantém a permeabilidade do cateter é a pressão positiva no interior do mesmo. Adicionados a recomendação da ASHP, estudos de incidência, randomizados e meta-análise mostram a eficácia e vantagens da salinização quando comparada a heparinização de CVP. Com base nessas evidências em janeiro de 2007 no Hospital Moinhos de Vento a técnica de heparinização de CVP foi substituída pela salinização. Embora documentadas as vantagens do uso da salinização para manter a permeabilidade dos CVP, não existe consenso no que diz respeito ao intervalo entre as aplicações e na quantidade de solução fisiológica a ser administrada em cada salinização. Embasados na literatura sobre o assunto, após estudo piloto, optamos por padronizar a administração de 3 ml de solução salina á cada 6 horas, com técnica específica para manutenção da pressão positiva no interior do cateter. Essa técnica mostrou-se eficaz para a manutenção da permeabilidade dos CVP nos indivíduos adultos.

---

---

UMA REVISÃO DA LITERATURA DE ENFERMAGEM ACERCA  
DAS FERIDAS DE GRANDE PORTE

*Dulce Maria Nunes(1)*  
*Felipe Frare(2)*  
*Gabriela Bottan(3)*  
*Rogério Fleck de Oliveira(2)*

*1. Professora Adjunta do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Enfermagem.*

*2. Acadêmico do 4º semestre de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Bolsista voluntário.*

*3. Acadêmica do 8º semestre de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Bolsista voluntária.*

**RESUMO**

Trata-se de uma revisão bibliográfica acerca do “tratamento de feridas de grande porte”. O tema originou-se da necessidade de um estudo sobre esta área de cuidado, pouco abordada pela enfermagem, e a conseqüente dificuldade de encontrar publicações sobre o tema em periódicos nacionais de enfermagem de maior veiculação. Os objetivos desta pesquisa foram: estudar o tratamento de feridas de grande porte nos periódicos de enfermagem, e subsidiar futuros estudos sobre este tema. A pesquisa foi realizada na Biblioteca da Escola de Enfermagem da UFRGS, em 8 periódicos, 23 artigos, no período de junho de 2006 a fevereiro de 2007 em periódicos nacionais de enfermagem, indexados e publicados entre 1995 a 2006. Utilizou-se a metodologia de revisão bibliográfica, segundo Gil (2002). As etapas metodológicas foram: a busca e seleção dos artigos; leitura desses na íntegra; elaboração de um instrumento para coleta de dados orientados segundo os objetivos do estudo. O instrumento conteve onze itens, abordando: as características das feridas, tratamentos/cuidados realizados, a natureza do envolvimento dos enfermeiros nos cuidados/tratamentos. Seis artigos foram excluídos por não preencherem os critérios de inclusão. A amostra constou de 17 artigos, os quais foram relidos na íntegra para o preenchimento do instrumento de coleta de dados. Os resultados apontaram para: os relatos de feridas decorrentes de problemas vasculares, nos membros inferiores e por complicações de diabetes; grande diversidade de tratamentos e medicamentos para essas feridas; os cuidados recomendados para o tratamento destas, indicaram o debridamento 48% e a limpeza 13%. Outro dado significativo foi, que dos artigos pesquisados em 52% o enfermeiro é o profissional que realiza o cuidado e o tratamento das feridas. A considerar esses resultados constata-se que os enfermeiros estão envolvidos no tratamento, mas acredita-se que outros estudos devem ser realizados para identificar como acontecem os envolvimento do enfermeiro nesta prática de cuidado.

---

VIGILÂNCIA DE COLECISTECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA. - PROJETO HOSPITAIS SENTINELA.- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP)

*Michele Santos Malta(1)*  
*Maria Henriqueta Luce Kruse(2)*  
*Laura Berquo(3)*

*1. Acadêmica do 6º Semestre da Escola de Enfermagem da UFRGS*

*2. Professora. Doutora. Escola de Enfermagem da UFRGS*

*3. Enfermeira Graduada pela UFRGS, Mestre em Epidemiologia pela UFPEL e Gestora do Serviço de Epidemiologia e Gestão de Risco do Hospital Mãe de Deus*

**INTRODUÇÃO:** A colecistectomia videolaparoscópica é uma cirurgia considerada potencialmente contaminada. De acordo com informações do DATASUS a taxa de mortalidade cirúrgica é de 0,11% e o tempo médio de permanência é de 3,5 dias. Considerando esses fatores, faz-se necessário a vigilância do procedimento e seus potenciais riscos. **OBJETIVO:** Apresentar a experiência de uma acadêmica de enfermagem na vigilância de tal procedimento e os resultados encontrados em um hospital privado de Porto Alegre. **METODOLOGIA:** Trata-se de vigilância ativa, através de telefonemas periódicos, busca de dados de pacientes em sistema informatizado do hospital, em salas de recuperação e unidades de internação, para coleta de dados qualitativos e quantitativos. A vigilância dessa cirurgia corresponde a um projeto da ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados), construído para identificar eventos sentinela e analisar a prática assistencial da colecistectomia videolaparoscópica. Na análise são comparados os dados coletados com as metas propostas pela ANAHP, de acordo com informações do DATASUS e da literatura científica. Justifica-se a realização da coleta e análise de dados por uma acadêmica de enfermagem, pois a vigilância exige conhecimentos técnico-científicos sobre prontuários e farmacologia. **SÍNTESE DOS RESULTADOS PARCIAIS:** Durante os meses de junho, julho e agosto de 2006 foram avaliados 121 pacientes submetidos a cirurgia de colecistectomia videolaparoscópica. Sendo que a taxa média de complicações trans-operatória foi de 1,6%, quando sangramento foi a única complicação descrita até o momento. A taxa média do uso de antibiótico na indução anestésica foi de 69,4%. As complicações pós-operatórias apresentaram um índice de 6,1%, sendo hematoma e dor persistente as complicações constatadas. A taxa de readmissão hospitalar e mortalidade intra-hospitalar foi de 0% e a média de permanência desses pacientes foi de 1,6 dias.

---

# *Enfermagem na Saúde do Trabalhador*



---

DORMIR À LUZ DO DIA E TRABALHAR À NOITE:  
INTERFERÊNCIAS DO SERVIÇO NOTURNO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DE  
ENFERMAGEM

*Fabiana Zerbieri Martins(1)*  
*Rosângela Marion da Silva(2)*  
*José Luís Guedes dos Santos(3)*

1. Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS.
2. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Mestranda do Curso de pós-graduação em Enfermagem da UFSM.
3. Acadêmico do sétimo semestre do Curso de Enfermagem da UFSM.

*RESUMO*

Este trabalho surgiu a partir de leituras das bibliografias sugeridas ao longo da disciplina “Seminário de Integração: a Enfermagem e o mundo do trabalho em saúde” que teve como objetivo oportunizar aos acadêmicos de Enfermagem e membros do Grupo de Pesquisa Trabalho, Educação, Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS reflexões sobre o trabalho em saúde e na Enfermagem. Mediante as leituras e reflexões dos textos, que abordaram as temáticas do trabalho da Enfermagem, das cargas de trabalho, do prazer e o sofrimento do trabalhador de Enfermagem e sua qualidade de vida, foi possível identificar algumas conseqüências do trabalho noturno na saúde dos trabalhadores, fato que despertou a necessidade de refletir sobre o assunto. Nesse ensaio acadêmico, realiza-se uma análise reflexiva acerca das conseqüências do trabalho noturno nos trabalhadores de enfermagem, no intuito de apontar as implicações mais comuns decorrentes desse sistema à saúde dos profissionais e apresentar a necessidade de rever esse modelo, principalmente em setores de importantes demandas físicas, cognitivas e com grande exposição à estressores ocupacionais para a melhoria da qualidade de vida no trabalho. O homem moderno viu-se obrigado a modificar o valor dado a determinadas necessidades, entre elas o sono, pois com a crescente evolução tecnológica, o sono diurno, muitas vezes, deixou de ser uma prioridade. Assim, o homem obrigou-se a utilizar o período noturno como horário de trabalho e esta necessidade torna-se mais evidente após a Revolução Industrial que juntamente com o desenvolvimento da luz artificial facilitou o aproveitamento desse período (FURLANI, 1999). Ficher et al. (2004) mencionam que entre os mais antigos profissionais que trabalham em turnos, encontram-se os dos serviços de saúde e, dentre esses, os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. Porém, este autor destaca que há interferências do trabalho noturno na vida destes profissionais que englobam o bem estar físico, mental e social do trabalhador à medida que perturba a homeostase fisiológica (sono e alimentação). No aspecto social, a interferência do trabalho noturno na saúde do trabalhador é evidenciada na qualidade do sono, pois quando este vai para casa nem sempre descansa, principalmente se esse profissional for do sexo feminino porque, geralmente, recai sobre as mulheres a responsabilidade do cuidado com o marido, filhos e tarefas domésticas (Oliveira, 2005). Quando descansa, tem seu sono em dois períodos, o que é denominado sono fracionado devido às responsabilidades impostas a

---

ela pela sociedade: mãe, mulher e do lar (Martino, 1995). Essas causas apontadas para o atraso na hora de dormir destas trabalhadoras após o plantão noturno afetam na duração total do sono, que fica reduzido, dificultando o sono ideal. Uma mudança forçada no ritmo normal do sono acarreta prejuízos na qualidade de vida desses trabalhadores, pois, para Deschamps e Crepy (1989) dormir durante o dia é extremamente desfavorável devido a não adaptação dos ritmos biológicos e a inversão do trabalho noturno e repouso diurno, fazendo com que a qualidade do sono não seja boa, fator importante para obtenção de descanso satisfatório. Os próprios enfermeiros conhecem as interferências do trabalho noturno em suas vidas. Menezes (1996), em seu estudo com enfermeiras de um hospital público de Salvador, Bahia, apresenta que, com base na auto-avaliação de saúde das profissionais, quando as enfermeiras noturnas foram comparadas às dos turnos diurnos, com ou sem experiência prévia de turno da noite, as primeiras apresentaram taxas mais elevadas de prevalência de sintomas e problemas de saúde que as diurnas. Os sintomas estavam associados ao trabalho noturno, tais como: alteração da qualidade de sono, distúrbios digestivos e sintomas de fadiga. Todas as mudanças nos horários de repouso trazem alterações à maioria das funções fisiológicas e cognitivas, que se expressam de maneira rítmica, e são significativamente perturbadas quando a pessoa dorme o sono principal fora do período normal de repouso, que é o período noturno. Algumas conseqüências destas perturbações não passam despercebidas da imensa maioria de trabalhadores: manifestações de insônia, irritabilidade, sonolência excessiva durante o dia e à noite, durante o trabalho, sensação de "ressaca", fadiga contínua, mau funcionamento do aparelho digestivo (Fisher, 1996). Outros autores como Fisher (1996) e Coelho (2003) observaram manifestações mais graves, como o aumento do risco de doenças cardiovasculares, inclusive infarto do miocárdio, distúrbios digestivos e problemas de convívio social. Além de conseqüências físicas, há desgaste mental do trabalhador que trabalha à noite, que pode ser identificado pela queda no estado de alerta dos trabalhadores noturnos. Esta já é esperada porque neste período ocorre o menor valor da expressão do componente circadiano da regulação do alerta, aumento da fadiga e débito de sono, gerando maior sonolência (Akerstedt, 1996). Porém, se por um lado este estado de alerta é fundamental na realização da assistência de enfermagem com qualidade, por outro, o prolongamento do mesmo pode trazer sérios prejuízos à vida (Beck, 2001). Como conseqüências desse estado de alerta prolongado, Beck (2001) encontrou: transtornos de sono, desgaste físico e mental, cansaço ao sair do trabalho, o medo de adoecer em função desta sobrecarga, a irritabilidade em casa, as brigas com a família por motivo fútil. Portanto, tendo em vista que os níveis percebidos de alerta durante a noite tornam-se piores à medida que aumenta o número de horas de trabalho, tanto os trabalhadores, quanto os pacientes que estão aos seus cuidados, podem ser seriamente prejudicados, pois segundo Garcia (2004) prestar cuidados a outras pessoas, quando estamos desorganizados com nosso próprio corpo não gera, normalmente qualidade e sim mecanização da assistência. Mesmo assim, alguns trabalhadores, para manter o estado de alerta e enfrentar o sono, utilizam como estimulantes o consumo de café, chá e pó de guaraná, consumo de drogas, como o cigarro e analgésicos. Sendo assim, torna-se importante e necessária uma cuidadosa avaliação sobre a exposição ocupacional a diversos agentes estressores durante turnos de trabalho prolongados, antes de ser decidido se um particular esquema de turnos de trabalho prolongado tem ou não efeitos adversos sobre a

---

saúde e o desempenho dos trabalhadores. Além disso, os programas que monitoram a saúde dos trabalhadores precisam rever a modalidade do trabalho noturno e buscar estratégias para melhorar a saúde dos trabalhadores do período noturno, visto que, a longo e médio prazo, pode-se ter um nível considerado de trabalhadores afastados por motivos de saúde, acarretando diminuição do número de profissionais disponíveis e, por consequência, uma sobrecarga de trabalho e reduzida qualidade na assistência.

**Descritores:** qualidade de vida no trabalho, saúde do trabalhador.

---

## ACIDENTES DE TRABALHO E DOENÇAS OCUPACIONAIS NA INDÚSTRIA METALÚRGICA

VIEGAS; Graziela Lenz(1)  
SCHNEIDER, Daniela da Silva(2)

1. Enfermeira, estudante do Pós – graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS e graduada pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/ RS.

2. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA-Canoas/RS, Enfermeira, mestre em Enfermagem pela UFSC.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** a saúde do trabalhador dentro da enfermagem é pouco discutida tendo em vista que este é um cliente em potencial para nossa profissão. Somente em 2005, 57 mil trabalhadores morreram vítimas de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais. **OBJETIVOS:** conhecer as principais causas de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais na indústria metalúrgica e o perfil do trabalhador metalúrgico vítima de acidente de trabalho ou doença ocupacional. **METODOLOGIA:** foi realizada uma pesquisa quantitativa, sendo usado instrumento composto de quinze questões, aplicado em 26 trabalhadores metalúrgicos da região metropolitana de Porto Alegre/RS. **RESULTADOS OBTIDOS:** o perfil desses trabalhadores configura-se, na sua maioria, como do sexo masculino, com idades entre 30 a 40 anos, com cinco a dez anos de profissão, casados, com ensino médio completo; em média, com um único acidente; e trabalham, em grande parte, à noite. Percebeu-se que as principais causas de acidentes de trabalho e doenças ocupacionais entre os metalúrgicos são: o desvio de atenção e a falta de manutenção dos aparelhos. Identificando-se que as principais lesões são: lesão por esforço repetitivo, fraturas, lesão com perfuro-cortantes, contaminação com chumbo, queimaduras, perda da audição e segmentos de membros superiores. As empresas nas quais trabalham fornecem equipamentos de proteção individual, porém mais do que a metade destas empresas não propicia treinamentos quanto ao uso e palestras de prevenção. Quanto ao uso de equipamentos de proteção são poucos que dizem não gostarem de usar e não realizarem o exame periódico. No tocante aos movimentos realizados na execução da tarefa, grande parte dos entrevistados alega serem repetitivos, proporcionando, assim, autoconfiança. Dizem, em sua grande maioria, sentir sobrecarga horária. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A prevenção dos acidentes e das doenças ocupacionais pela enfermagem deve ser centrada no cliente, desse modo, respeitando a capacidade e limitação do trabalhador apropriadas à realidade do trabalho, ao conhecimento da legislação específica e ao processo de enfermagem.

**Palavras chaves:** Acidentes de trabalho, Doenças ocupacionais, Indústria metalúrgica.

---

## ACIDENTES DE TRABALHO NO DIA-A-DIA DO TRABALHADOR HOSPITALAR

*Lidiane Silva Lopes(1)*  
*Daniel Labernarde Santos(2)*  
*Kelly Cristina Milioni(1)*

*1. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*2. Mestrando em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

### *RESUMO*

Os acidentes de trabalho constituem um importante problema de saúde pública em todo o mundo. Em relação aos acidentes de trabalho em unidades hospitalares, vale destacar que estes são ambientes complexos que apresentam elevado número de riscos aos profissionais. Sendo, importante ressaltar que estas ocorrências derivam de complexas inter-relações e não devem ser analisadas como evento particular, mas através do estudo do contexto de trabalho e produção, da forma de como o trabalho é organizado e realizado, das condições de vida dos profissionais expostos, e da carga de trabalho. A partir de uma revisão bibliográfica sobre dados de prevalência de acidentes de trabalho, este estudo visa abordar os riscos derivados do ambiente hospitalar, bem como discutir suas implicações no trabalho e para os trabalhadores. Evidenciam-se riscos na assistência direta prestada pelos profissionais a pacientes em diversos graus de gravidade, que implica no manuseio de equipamentos pesados e materiais perfuro-cortantes, muitas vezes contaminados, e constituem-se em preocupação dos profissionais expostos, especialmente no que se refere a AIDS, e a hepatite B ou C, doenças cujos agravos trazem conseqüências bastante nocivas à saúde dos trabalhadores. Muitos pesquisadores têm, ainda, enfatizado o sofrimento psíquico advindo do trabalho hospitalar, destacando que os hospitais são espaços permeados de dor e sofrimento. Portanto, verifica-se a necessidade de se buscar estratégias que possam contribuir para a prevenção de acidentes de trabalho e promoção à saúde do trabalhador de unidades hospitalares. A prevenção e a educação permanentes no sentido de evitar novas ocorrências, que culminam em desgaste emocional do profissional, riscos à saúde, problemas de ordem econômica e social, são desafios para todos os envolvidos e demanda esforços de formação e informação aos profissionais.

---

## ESTUDO CLÍNICO DE PACIENTE PORTADOR DE OBESIDADE E DOR CRÔNICA

*Milioni, K. C.(1)*  
*Ávila, C. W.(1)*  
*Culau, J. M.(1)*  
*Lopes, L. S.(1)*  
*Helmich, I. B.(1)*  
*Rodrigues, N. P.(2)*

1. Acadêmicas do 8º semestre de Enfermagem.
2. Acadêmica do 6º semestre de Enfermagem.

### *RESUMO*

**INTRODUÇÃO:** A obesidade é uma doença que se caracteriza pelo acúmulo de gordura corporal gerando aumento de peso. Sua prevalência cresceu nas últimas décadas, inclusive nos países em desenvolvimento, em razão da mudança de hábitos alimentares. É fator de risco para diversas doenças, destacando-se as cardiovasculares e diabetes. A ocorrência de dor, especialmente crônica, é crescente entre a população obesa no Brasil. **JUSTIFICATIVA:** A escolha deste tema está relacionada à alta incidência de trabalhadores obesos. **OBJETIVOS:** Evidenciar a importância da busca por conhecimentos teóricos para proporcionar um bom cuidado, identificar intervenções de enfermagem e promover um amparo psicológico e autoconhecimento da doença. **METODOLOGIA:** Realizou-se uma pesquisa qualitativa, coleta de dados por entrevista no Ambulatório de Enfermagem de Saúde do Trabalhador do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e consulta ao prontuário, além de pesquisa bibliográfica. **DISCUSSÃO:** Mulher de 54 anos buscou atendimento com queixas de dor crônica, hipertensão arterial sistêmica, diabetes, depressão e obesidade. Relatava dor em MsSs com parestesia há sete anos. Parou de trabalhar por causa das limitações funcionais. Fazia uso de antiinflamatórios, antihipertensivos e antidepressivos. Foi elaborado um plano assistencial fundamentado na promoção da saúde. Os cuidados de enfermagem incluíram modificação da dieta para perda de peso, prática de exercícios físicos, suporte psicossocial e alívio da dor com massagem, relaxamentos e calor local. **CONCLUSÃO:** Compreendemos que o cuidado de enfermagem adequado é baseado em um diagnóstico centrado nas necessidades do paciente buscando informações da fisiopatologia, exame físico e anamnese completos. Foi observada uma melhora significativa no quadro da paciente durante o acompanhamento nas consultas e isso nos faz crer que um plano assistencial diferenciado e individualizado é fundamental para uma melhora da qualidade de vida dos pacientes.

---

---

O SIGNIFICADO DO ESTRESSE E AS FORMAS DE ENFRENTAMENTO PELA EQUIPE DE  
ENFERMEIROS EM UM CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

*Graziella Gasparotto Baiocco(1)*

*Jocelaine Bitencourt(2)*

1. *Enfermeira Especialista Professora do Centro Universitário Feevale RS*  
2. *Acadêmica do Curso de Enfermagem do Centro Universitário Feevale RS*

**RESUMO**

Conhecer as percepções dos enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva Adulto (CTI), sobre o estresse e as formas de enfrentamento, foi o objetivo deste trabalho, visto que o trabalho da enfermagem, principalmente no âmbito hospitalar, está entre os que mais geram estresse em seus funcionários. O estudo foi realizado durante o ano 2006, com abordagem qualitativa do tipo exploratória e descritiva. Participaram sete indivíduos, enfermeiros que trabalham no CTI Adulto de uma Instituição hospitalar privada no RS. O material empírico foi obtido através de entrevistas com roteiros semi-estruturadas, com o objetivo de desvelar as vivências e as percepções dos indivíduos. Através da análise das informações, emergiram categorias: “Percepção do trabalho no CTI”; “Sintomas de estresse na equipe de enfermeiros”; “Conhecendo as principais situações causadores de estresse” e “Identificando as formas de enfrentamento do estresse”. Nos resultados obtidos confirmou-se que o estresse no CTI Adulto é uma constante notável, vários sintomas podem ser desencadeados e os mais citados foram: insônia, irritação, apreensão, angústia, tensão muscular, cansaço e ansiedade. As estratégias de enfrentamento variam de pessoa para pessoa, algumas aprendem a lidar com a situação de estresse e outras necessitam de ajuda profissional. Sua relevância está em potencializar o alerta às instituições hospitalares sobre esta doença, visando que as mesmas busquem medidas de apoio com o objetivo de minimizar o estresse.

---

PERCEPÇÃO DO ENFERMEIRO ACERCA DO ESTRESSE VIVENCIADO NO TRABALHO COM  
PACIENTES ONCOLÓGICOS.

*Verônica Lubian(1)*

*1. Bacharel em Enfermagem, Instituição: Centro Universitário Feevale*

**RESUMO**

Atualmente, a palavra estresse traz consigo o avanço tecnológico, referindo-se a um esgotamento pessoal que interfere na vida do indivíduo, mas não necessariamente na relação com o trabalho. Neste contexto, não podemos deixar de mencionar sobre a Síndrome de Burnout, a qual envolve atitudes e condutas negativas com os usuários, clientes, organização e trabalho. O trabalho da enfermagem propicia tanto uma quanto outra situação e causa sofrimento e aborrecimento. Este trabalho teve como objetivo conhecer o estresse vivenciado pelo enfermeiro no trabalho com o paciente oncológico em uma unidade de internação de um hospital público de Porto Alegre. Teve como abordagem a metodologia qualitativa, e como instrumento para a coleta de dados a entrevista semi-estruturada, realizada com cinco enfermeiros de todos os turnos de trabalho. Os dados foram organizados por meio da análise de conteúdo segundo os pressupostos de Bardin (1977). Emergiram durante a análise dos dados quatro categorias: significado de estresse, estresse no trabalho com pacientes oncológicos, preparo para enfrentar o estresse e formas de enfrentamento. Através da análise dos dados entendemos que a relevância deste trabalho está no levantamento de situações potencialmente estressoras. Evidenciou-se que os enfermeiros deparam-se diariamente com situações geradoras de estresse sendo de extrema importância a busca de subsídios na tentativa de amenizar os problemas decorrentes do trabalho. Entretanto, para isso o profissional precisa encontrar um ambiente de suporte capaz de lhe sustentar no exercício de suas funções, seja através de acompanhamento psicológico individualizado, ou instituindo-se um espaço para discussões de suas angústias.



---

---

## QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

*Adelita Noro(1)*  
*Celita Bonatto(1)*  
*Lisiane Nunes Zanini(1)*  
*Luciana Lemos de Freitas(1)*

*1. Acadêmicos de Enfermagem da Graduação e Licenciatura – 8º Semestre. Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS*

### *RESUMO*

O trabalho como ato concreto, individual ou coletivo, é, por definição, uma experiência social. Seu conceito é genérico, pois engloba atividades de produção de bens e serviços e conjunto das condições de exercício dessa atividade. Para Marx (1980), o trabalho é um processo no qual seres humanos atuam sobre as forças da natureza, submetendo-as ao seu controle, extraindo e transformando os recursos naturais em formas úteis à sua vida. Dentro desse contexto, surge um novo modelo, na Inglaterra, para agrupar o trinômio INDIVÍDUO/ TRABALHO/ ORGANIZAÇÃO, que recebeu denominação de Qualidade de Vida no Trabalho – QVT (RODRIGUES,2002), onde refere que a Qualidade de Vida no Trabalho sempre foi objeto de preocupação da raça humana, mas sempre voltada para facilitar ou trazer satisfação e bem-estar ao trabalhador na execução de suas tarefas. O objetivo deste trabalho é esclarecer seus conceitos, categorias conceituais e benefícios para as organizações e para os funcionários em que nela trabalham. Optamos pela metodologia qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico o Modelo de Organização Tecnológica do Trabalho. A partir da conformação do processo de trabalho assinalamos que no processo de mudança devem existir um planejamento e a execução; e para o sucesso desta mudança deve-se entender que não é possível realizar mudanças de forma isolada, sem a visão do todo. Muitas das razões que levam a implantação de um Programa de Qualidade de Vida e Promoção da Saúde, são os benefícios tanto para o empregador quanto para os empregados, fazendo com que todos se tornem motivados e realizados nas tarefas diárias.

---

# *Enfermagem na Saúde Mental*

---

## APLICAÇÃO DO MODELO CALGARY EM SAÚDE MENTAL

*Dias, Andréa Basílio(1)*  
*Zillmer, Juliana Graciela Vestena(1)*  
*Fagundes, Renata Ferreira(1)*  
*Neves, Marcelo(1)*  
*Stolz, Pablo(2)*  
*Coimbra, Valeria(2)*

- 1. Discentes do 8 semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas*
- 2. Enfermeiros da Universidade Federal de Pelotas.*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A Enfermagem possui significativo contingente de profissionais atuando em diversos lugares e desenvolvendo as mais variadas funções dentro da área da saúde. Não se pode negar que o Enfermeiro é o eixo principal para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo uma assistência de qualidade. Sendo assim, não poderia ser diferente na área da saúde mental, onde a enfermagem se encontra inserida de maneira significativa tanto no cuidado aos pacientes internos de instituições psiquiátricas quanto no atendimento aos usuários dos centros de atendimento psicossocial (CAPS). Centro de Atenção Psicossocial é um serviço de atenção diária que se destina ao trabalho voltado para a reabilitação social, com pacientes de várias internações; são serviços regionalizados, respondendo à demanda de saúde mental da área de abrangência. A disciplina de psiquiatria, disponibilizada aos alunos do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas preconiza que os alunos devem cumprir uma carga horária de 160 horas de estágio divididas entre hospital psiquiátrico e CAPS, do qual resultou este relato de experiência. A maior dificuldade encontrada pelas autoras foi buscar uma ferramenta que proporcionasse uma visualização concreta do espaço do paciente dentro do seu contexto familiar, dificultada pela incapacidade de abstração do pensamento demonstrada pelo usuário. Assim, foi percebido que, na aplicação do modelo calgary, era proporcionado uma visão abrangente e concreta dos aspectos que envolviam a vida social do usuário tais como suas relações familiares, criando uma canal de comunicação efetivo com o sujeito de estudo. **OBJETIVO:** Busca-se relatar neste trabalho a experiência vivida pelas autoras durante o atendimento a uma usuária do CAPS durante o estágio curricular da disciplina de Psiquiatria oferecida aos alunos do 7º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas. **METODOLOGIA:** A partir da aplicação do modelo calgary, proporcionou-se ao paciente uma visão abrangente e concreta da sua realidade familiar, utilizando uma nova forma de abordagem para a sua problemática social. Diante disto, utilizou-se como metodologia o estudo de caso, onde é possível analisar e compreender as diversas faces que envolvem o Usuário, tais como o seu histórico, o cuidado dispensado a esse indivíduo (POLIT e HUNGLER, 1995) e também o ambiente no qual ele está inserido, observando essas interações (GALBREATH, 2000, p.203). Segundo Chizzotti (p.102, 1991), estudo de caso é: "[...] uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram

---

dados de um caso em particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora”. **DESENVOLVIMENTO:** G. V., 36 anos é portadora de esquizofrenia paranoide com grave comprometimento do afeto (embotamento afetivo) tendo em consequência desta patologia, se afastado das relações familiares. Além disso, apresentava idéias persecutórias, insônia, alucinações auditivas, baixo auto-estima, sentimento de culpa, déficit de autocuidado, hipervigilância, hipotenacidade, obesidade, dificuldade de socialização e tendência a mendicância, falta de adesão ao tratamento e, apesar de estar recebendo a medicação no serviço, continua ouvindo vozes relatando, inclusive, uma experiência de possessão durante culto evangélico. Os transtornos esquizofrênicos se caracterizam em geral por distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Usualmente mantém-se clara a consciência e a capacidade intelectual, embora certos déficits cognitivos possam evoluir no curso do tempo. Os fenômenos psicopatológicos mais importantes incluem o eco do pensamento, a imposição ou o roubo do pensamento, a divulgação do pensamento, a percepção delirante, idéias delirantes de controle, de influência ou de passividade, vozes alucinatórias que comentam ou discutem com o paciente na terceira pessoa, transtornos do pensamento e sintomas negativos. A evolução dos transtornos esquizofrênicos pode ser contínua, episódica com ocorrência de um déficit progressivo ou estável, ou comportar um ou vários episódios seguidos de uma remissão completa ou incompleta. Neste contexto, ao aplicarmos o Modelo Calgary, guiamos nossas ações embasadas num suporte teórico coletando informações, sobre o estado de saúde do cliente bem como da família o que conduz as ações de enfermagem e auxilia no estabelecimento de prioridades para tomada de decisões, fornecendo os parâmetros para a avaliação. Entretanto, até agora, este método era uma ferramenta eficaz para o profissional diagnosticar problemas; propõem-se utilizá-lo para proporcionar ao usuário uma forma concreta de visualização da sua rede social e da sua família através do genograma e ecomapa. Genograma é a representação gráfica familiar, colocando num mesmo esquema, os membros dessa família em três gerações, as relações que as unem, a qualidade da relação e as informações que se ligam. Indica os acontecimentos e os traços da personalidade mais significativos, histórica social da família e contexto do indivíduo. O ecomapa é um diagrama das relações familiares e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pelos seus integrantes. Uma família que tem poucas conexões com a comunidade e entre seus membros necessita maior investimento da enfermagem para melhorar seu bem estar. Rede Social é definida como todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, amigos, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. Rede Social é uma das formas de representação dos relacionamentos afetivos ou profissionais dos seres humanos entre si ou entre seus agrupamentos de interesses mútuos. **CONCLUSÃO:** A Enfermagem está próxima da família em diferentes momentos e eventos da vida humana. Do nascimento a morte, na saúde e na doença, nas instituições sociais e no domicílio, esta presente onde o grupo familiar se encontra através das ações do cuidado. Compreender o significado que as famílias formam através das interações entre seus membros e no contexto social que esta inserida possibilitando um melhor entendimento das famílias, de como vivem e convivem, indica caminhos para atuação da Enfermagem como cuidadora da

---

família; em se tratando de saúde mental isto não é diferente, já que o cuidado ao ser humano vai além das necessidades corporais e se estende a todo ser bio-psico-social-espiritual. Pode-se observar que o modelo calgary, foi muito efetivo como ferramenta de promoção do cuidado. Através da aplicação do genograma e ecomapa foi possibilitado a usuária visualizar seu esquema familiar de forma concreta, fazendo com que ela se percebesse inserida neste contexto após a intervenção exercida, proporcionando adesão ao esquema terapêutico proposto pelo serviço. Entretanto, são necessários estudos mais amplos, com maior número de sujeitos, a fim de estudar mais profundamente os resultados deste método. Ao concluir, reforça-se a importância da atuação do enfermeiro frente a este caso, pois o relacionamento enfermagem-paciente constitui-se num dos elos mais importantes para que se crie um clima de confiança e bem estar durante o processo de promoção da saúde, recuperação da doença e reabilitação do paciente, desta forma prestando uma assistência de enfermagem mais humanizada.

**Unitermos:** Saúde mental; Modelo Calgary; Psiquiatria

---

## ASSISTÊNCIA AO INDIVÍDUO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO PÓS REFORMA PSIQUIÁTRICA

*Jemina Prestes de Souzaiv(1)*

*Marcio Wagner Camatta(2)*

*Jacó Fernando Schneider(3)*

*1. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista BIC de Iniciação Científica. Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS*

*2. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS.*

*3. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS.*

### RESUMO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: A reforma psiquiátrica propõe um modelo assistencial que se contrapõe ao modelo psiquiátrico asilar, centrado na internação e cronificação de indivíduos em sofrimento psíquico, onde os mesmos não participam efetivamente do tratamento, sendo vistos como doentes, dando-se ênfase ao orgânico, onde a equipe de saúde mental presta cuidados fragmentados, apartando o indivíduo em sofrimento psíquico do convívio com a família e a sociedade, suprimindo seus direitos fundamentais, como o de ir e vir, por exemplo. O novo modelo, denominado psicossocial, visa à criação de serviços terapêuticos alternativos, centrados na comunidade, promovendo a integralidade da assistência, reintegrando assim, o indivíduo à sua família e sociedade, tornando-o elemento fundamental em seu tratamento, juntamente com seus familiares. Até a Idade Média, a loucura era praticamente despercebida como doença e, quando notada, era vista como fato cotidiano ou como dádiva divina, por meio de significações religiosas e mágicas. A loucura tinha na sociedade uma certa razão, um ingrediente natural que habitava as casas, os povoados e os castelos. Os insanos, assim como os portadores de deficiência mental e os miseráveis, eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados, que assim procuravam se redimir dos seus pecados. Apenas os casos mais extremados ou perigosos sofriam segregação social, e a recomendação terapêutica era o contato com a natureza, viagens, repouso, passeio, retiro e o teatro, no qual se apresentava ao louco a comédia de sua própria loucura. No Brasil, até a segunda metade do século XIX, não houve assistência médica específica aos doentes mentais. A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. O tratamento atribuído aos seus internos tinha como objetivo suprimir a loucura. Para isso, alguns princípios deveriam organizar o espaço e a vida asilar. O isolamento e a vigilância tornaram-se princípios primordiais no tratamento e na segurança dos alienados. A condição de excluir o alienado da sociedade implicava a possibilidade de uma reinserção futura, depois de sua reabilitação por meio do tratamento oferecido pelo hospício. Para Amarante (1995) existem dois grandes períodos no campo teórico assistencial da saúde mental. Um período é marcado por um processo de crítica ao sistema asilar, marcado pelos altos índices de cronificação. A questão central neste período é referida à crença de que o manicômio é uma instituição de cura, o que faz resgatar este caráter positivo da instituição, por meio de uma reforma da organização psiquiátrica, partindo de uma discussão no interior dos hospícios, até transcender este espaço, iniciando a partir daí na Inglaterra os movimentos das comunidades terapêuticas e, o de

---

psicoterapia institucional, na França. Para o referido autor, o outro período é marcado pela expansão da psiquiatria ao espaço público, com o intuito de prevenir e promover a saúde mental, representada pelas experiências da psiquiatria do setor que ocorre na França e da psiquiatria comunitária ou preventiva nos Estados Unidos. Estes dois períodos se limitam a meras reformas do modelo psiquiátrico, pois acreditam na instituição psiquiátrica como local de tratamento e na psiquiatria como saber competente. Em dezembro de 1992, com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, surgiram denúncias de violação dos direitos humanos e de cidadania de pacientes internados em estabelecimentos psiquiátricos, confirmadas por meio de visitas a tais lugares. A principal inovação do acontecimento foi a participação efetiva dos usuários, familiares, sociedade e técnicos. Nesta conferência, que tinha por finalidade definir diretrizes gerais para a Reforma Psiquiátrica, surgiram discussões sobre modificações na assistência, apontando que tipos de serviços deveriam ser criados, a fim de substituir o modelo de assistência psiquiátrica hospitalocêntrico. A assistência em saúde mental deixou de ser algo específico de alguns especialistas e passou a ser uma questão mais ampla, envolvendo a sociedade e diversos profissionais ligados à área de saúde. A rede de atenção deveria ser substituída por uma rede de serviços diversificada e qualificada. Segundo Pitta (1996), para que isso aconteça é necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde envolvendo o paciente, a família e a comunidade, incentivar a adesão do paciente ao tratamento, estabelecer vínculo com paciente, familiares, comunidade e instituições que possam se integrar à estratégia de saúde mental, prestar atendimento em saúde mental ao portador de sofrimento psíquico, preferencialmente extra-hospitalar, efetivar educação permanente aos profissionais envolvidos no atendimento em saúde mental no município e proporcionar campo de estágio, de extensão e de pesquisa seguindo protocolo pré-estabelecido pela secretaria municipal de saúde do município. A ênfase maior é dada à interação social e de grupo. É nesse contexto, que os profissionais de saúde deverão estar se inserindo, num movimento de ir ao encontro do que a comunidade e o serviço básico de saúde oferecem, integrando a saúde mental com a saúde geral do indivíduo, não se fazendo necessária a criação de ações específicas de saúde mental, mas, que as mesmas sejam integradas as demais, já desenvolvidas na comunidade, já que a saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. As estratégias de organização de serviços de saúde mental deverão ir ao encontro desta nova proposta, que conduzam à construção de uma prática de atenção à saúde mental mais justa, democrática e solidária. A referida estratégia vem disseminando-se desde a implantação da Portaria nº 224/92 do Ministério da Saúde, que incentiva o atendimento ambulatorial ou extra-hospitalar que deverá ser realizado na comunidade, nas Unidades Básicas de Saúde, nos Ambulatórios Especializados, nos Núcleos ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Os CAPS foram redefinidos, no âmbito federal, pela Portaria nº 336 que os estabelece em três níveis: CAPS 1, CAPS 2 e CAPS 3, definidos por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional. As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, devendo se constituir em serviço ambulatorial de atenção diária. Deverão estar capacitados para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais graves e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. Para

---

que a assistência em saúde mental proposta pela reforma psiquiátrica se consolide enquanto uma assistência integrada ao indivíduo, sua família e comunidade, torna-se fundamental que a equipe que vai trabalhar nas unidades de atendimento esteja preparada para assumir um papel muito diferente do modelo clássico, onde predominavam o distanciamento e as relações de poder entre técnicos e pacientes, é necessário que o profissional que atua em saúde mental reveja seus antigos paradigmas e os reestruture, estando disponível para a construção de um projeto terapêutico participativo e democrático, que vise a reabilitação e, conseqüentemente, o desenvolvimento do papel social do sujeito. Um cuidado a ser tomado é o questionamento constante do trabalho e das relações que estão sendo estabelecidas, para que não se reproduza o modelo que se quer substituir. **OBJETIVO:** O objetivo deste estudo é realizar um levantamento bibliográfico acerca das mudanças ocorridas na assistência prestada ao indivíduo em sofrimento mental a partir da reforma psiquiátrica no Brasil. **METODOLOGIA:** Nesse sentido, realizamos uma revisão de literatura, tendo como base livros e artigos que discutem a temática. **CONCLUSÃO:** Por meio do trabalho da equipe de saúde mental, podemos conhecer as concepções que tem permeado as ações destes profissionais, na busca do fortalecimento de uma prática assistencial de saber/fazer em saúde mental, propiciando o resgate da cidadania, autonomia, liberdade e respeito ao indivíduo assistido. Este estudo se propõe a contribuir para a atenção em saúde mental que reside numa maior compreensão das propostas de atendimento em saúde mental, num fornecimento de informações e orientações que vão ao encontro das necessidades de equipe de saúde mental. Acreditamos que esse estudo sirva de contribuição para as discussões sobre esta nova perspectiva de ação crítica e participativa em saúde mental, com o intuito de avançarmos no contexto das reformas psiquiátricas.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Saúde Mental, Serviços de Saúde Mental.



---

---

## CARACTERIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL NO CAPS SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS

*Fernanda Barreto Mielke(1)*  
*Luciane Prado Kantorski(2)*  
*Vanda Maria da Rosa Jardim(3)*  
*Agnes Olschowsky(4)*  
*Marlene Silva Machado(5)*

1. Enfermeira graduada pela FEO/ UFPEL, mestranda em Enfermagem do PPG – EE/ UFRGS. Apoio CNPq.
2. Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EERP/ USP. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL. Apoio CNPq.
3. Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSC. Professora da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da UFPEL.
4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela EE-USP. Professora da Escola de Enfermagem da UFRGS. Apoio CNPq.
5. Enfermeira assistencial.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Caracterizando-se como serviço substitutivo ao modelo hospitalocêntrico, os Centros de Atenção Psicossocial surgem a partir de uma proposta de Reforma Psiquiátrica, sendo considerados parte de uma rede de atenção em saúde mental<sup>1</sup>. Este serviço é composto por uma equipe multiprofissional e desenvolve atividades bastante diversificadas, oferecendo atendimentos em grupos e individuais, oficinas terapêuticas e de criação, atividades físicas, atividades lúdicas, arte-terapia, além da medicação, que antes era considerada a principal forma de tratamento. Neste serviço a família é considerada como parte fundamental do tratamento, tendo atendimento específico (grupal ou individual) e livre acesso ao serviço, sempre que se fizer necessário. Os CAPS, como são amplamente conhecidos, são regulamentados pela portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Por se tratar de um serviço relativamente novo, há a preocupação, por parte dos pesquisadores na área, de uma ‘manicomialização’ destes serviços, visto que muitos de seus profissionais trabalham ou já trabalharam no modelo hospitalar. A partir dessas inquietações, nos propusemos a conhecer como se dá o cuidado em saúde mental no espaço do CAPS a partir das considerações de seus profissionais.

**METODOLOGIA:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, sendo parte do estudo piloto do projeto intitulado Avaliação dos CAPS da região sul do Brasil – CAPSUL; e também qualitativa. O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas. Aqui apresentaremos um recorte da fase qualitativa. A coleta de dados da etapa qualitativa ocorreu em um CAPS II de um município da região sul do Brasil. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 18 profissionais do serviço, que foram gravadas e transcritas na íntegra. As entrevistas foram identificadas de modo a assegurar o anonimato do participante. A partir da análise destes dados, os mesmos foram agrupados em três categorias, das quais no momento destacamos a que se refere à caracterização do cuidado em saúde mental prestado pelos profissionais do serviço. Os aspectos éticos foram devidamente respeitados tendo todos os participantes lido, assinado e recebido uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Algumas características do cuidado em saúde mental que é prestado no CAPS em estudo destacaram-se nas entrevistas, a saber: autonomia do usuário, o atendimento ainda muito centrado na doença, a consciência de que o foco do trabalho é o usuário e o afeto e dedicação da equipe para com o usuário. Neste resumo, abordaremos a questão da autonomia. A autonomia, segundo o dicionário

---

Michaelis (2000), significa ser ou estar livre; independente. A palavra “cuidado” muitas vezes nos reporta ao seu sentido de aconchego, de relação afetiva. Isto pode criar uma situação de dependência, fazendo pelo outro o que ele próprio deveria fazer, prejudicando assim o processo de construção de sua autonomia. E é isto que ocorre, em geral, no CAPS. Os profissionais na intenção de auxiliar e de “cuidar” daquele usuário acabam decidindo por ele, sem o consultar sobre as decisões. Este ‘excesso de cuidado’, como coloca um dos entrevistados, prejudica o usuário, pois o acostuma com uma situação cômoda e de dependência, que não ocorre no mundo extra CAPS, fazendo com que este usuário tenha “medo de sair”. Autonomia no que tange à saúde mental é entendida como o momento em que o usuário consegue viver sua vida necessitando cada vez menos do serviço. Esta concepção nos remete que devemos suscitar no usuário a idéia de alta, no sentido de que o CAPS desenvolve um papel reabilitador, e, no entanto, não deve causar dependência para o usuário. A alta é uma questão importante dentro do serviço, porque mostra ao usuário que ele tem condições de conviver na sociedade. Não basta “desinstitucionalizar” o usuário do hospital psiquiátrico se ele ainda continua sem interagir com o mundo externo ao serviço, pois desta forma estamos criando um “manicômio disfarçado” dentro do CAPS, quando nosso principal lema é por uma sociedade sem manicômios. Esta é uma questão que deve ser trabalhada com os usuários em espaços de grupos, reuniões, assembléias e encontros, para que eles anseiem por esta alta e façam dela uma de suas vitórias. A desinstitucionalização não significa desospitalização. É preciso construir possibilidades concretas, reconhecendo o portador de sofrimento psíquico como um sujeito que tem direitos e deveres. Exclusão e preconceito ainda fazem parte do cotidiano dos usuários da saúde mental, até mesmo porque muitos de nós, que nos intitulamos “reformistas” ainda não conseguimos quebrar os muros internos que nos aprisionam e não nos permitem vivenciar a reforma psiquiátrica em sua totalidade. Não podemos exigir da sociedade uma postura diferente da exclusão e estigmatização de nosso usuário, quando nós mesmos temos conflitos internos sobre estes ideais. A mudança desta visão deve começar por aqueles que realmente acreditam que ela seja possível: nós, reformistas.

**CONCLUSÃO:** A loucura, em sua trajetória, sempre foi um assunto provocador de medo e aversão por parte da sociedade em geral. Com o advento da Reforma Psiquiátrica, a loucura passa a ser vista de uma nova forma, sendo discutida pela sociedade, que também assumiu sua parcela de responsabilidade neste contexto. A família é a principal instituição deste novo modo de cuidar os portadores de transtorno psíquico, sendo essencial para a evolução do tratamento. Este estudo, além de permitir que conhecêssemos mais profundamente o serviço em questão, também levantou alguns entraves que devem ser repensados, como a construção da autonomia dos usuários. Devemos trabalhar no sentido de que efetivamente olhemos para esses usuários como cidadãos do mesmo mundo o qual nós fazemos parte, oferecendo a eles oportunidades que os possibilite retomar suas atividades diárias, na família e na comunidade, retornando ao convívio social.

---

---

CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: RELATO DE UMA ESTRATÉGIA DE  
AVALIAÇÃO DE FAMÍLIAS

*Lisiane Nunes Aldabe(1)*  
*Eliane Lavall(2)*  
*Fernanda de Mello Chassot(2)*  
*Jemina Prestes de Souza(1)*  
*Ronaldo Domix Leal(2)*  
*Agnes Olschowsky(3)*  
*Cristine Wetzel(4)*  
*Jacó Fernando Schneider(5)*

1. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica. Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
2. Acadêmicos de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica. Alunos do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
3. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
4. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
5. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

#### RESUMO

A família tem fundamental importância para a formação do indivíduo, porque constitui a base, o alicerce principal para o desenvolvimento humano, embora seja quase sempre representada por um conjunto de pessoas, a família também se constitui de relações estabelecidas entre os membros sanguíneos ou aqueles unidos somente por laços afetivos. Por muitos anos a assistência em saúde mental foi orientada pelo princípio terapêutico do isolamento do meio familiar e social, fato que levou a movimentos de crítica às instituições psiquiátricas com o objetivo de buscar alternativas para promover uma assistência que possibilitasse a reinserção social e o resgate da cidadania da pessoa em sofrimento psíquico. Nesse contexto, a família tornou-se o principal elo de ligação entre o serviço e a sociedade, assumindo o papel de protagonista no cuidado do usuário. A equipe de saúde mental procura olhar a família para além da doença, entendendo os sentimentos experimentados: preocupação, ansiedade, culpa, desconhecimento, tristeza, desesperança, estigmatização, entre outros, que deverão ser tratados e discutidos, propiciando estratégias e orientações para os familiares conviverem com essa experiência, aprendendo a fazer do sofrimento um desafio a ser vencido e não um problema. A parceria com a família é uma das estratégias que vai facilitar o avanço no processo de construção de ações psicossociais que buscam a inclusão e a desmitificação da loucura. Portanto, torna-se fundamental que os profissionais de saúde mantenham um relacionamento empático, dinâmico e construtivo com os familiares, compartilhando a responsabilidade do cuidado, da recuperação e da reinserção do indivíduo com sofrimento psíquico na sociedade. Este trabalho visa relatar a participação dos bolsistas de iniciação científica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS) na coleta de dados da pesquisa intitulada Avaliação dos Centros de Atenção

---

Psicossocial da Região Sul do Brasil (CAPSUL) realizada junto aos usuários e suas famílias no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS) – CAIS Mental Centro de Porto Alegre. Nessa etapa, o trabalho de campo consistiu na realização de uma oficina com famílias, por entendermos esse espaço como uma construção coletiva do conhecimento, de análise da realidade, de confronto e troca de experiências, possibilitando a criação de vínculos, o envolvimento dos participantes e a comunicação. Através de dinâmicas, atividades coletivas e individuais, a oficina promoveu a ação coletiva, potencializou o espírito crítico e participativo e possibilitou condições para uma maior interação entre os participantes. De forma participativa, criadora, coletiva e crítico-reflexiva, a oficina procurou articular o cotidiano e a história de vida, favorecendo aos familiares contextualizarem a realidade de sua família, problematizando-a, e se colocando nela como parte integrante dessa história. No desenvolvimento da atividade, observamos a socialização de carências, necessidades e sonhos e a partilha de saberes e fazeres com respeito e empatia sobre suas vivências, com a finalidade de avaliar a família foram utilizados dois instrumentos de avaliação: o genograma e o ecomapa. O genograma é um modelo representativo da estrutura familiar interna que propicia a obtenção de dados ricos sobre relacionamentos ao longo do tempo, saúde, doença, ocupação, religião, etnia e migração. O ecomapa, como o genograma representa uma visão geral da família, retratando as relações importantes de educação ou oprimidas, assim como as conflituosas entre a família e o mundo, porém demonstra o fluxo ou a falta de recursos e as privações. A utilização desses métodos teve como objetivo avaliar os apoios e vínculos sentidos pelas famílias dos usuários deste serviço, demonstrando o quadro das necessidades e possibilitando a priorização de problemas e ações, assim como a incorporação dos próprios membros familiares como agentes de seus cuidados. Na oficina, aplicada conforme o modelo de Calgary, foram coletados dados em três categorias principais: estrutural (composição familiar, gênero, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistema, limites, etnia, classe social, religião e espiritualidade, ambiente, família extensa e sistemas mais amplos); de desenvolvimento (estágios, tarefas e vínculos) e funcional (atividades da vida cotidiana, comunicação emocional, verbal, não verbal, circular, solução de problemas, papéis, influência e poder, crenças, alianças e uniões) que futuramente serão analisados nas intervenções junto as famílias que utilizam os CAPS. No mês de agosto de 2006 participamos de uma capacitação qualitativa na Escola de Enfermagem da UFRGS, na qual estavam presentes os pesquisadores e acadêmicos/bolsistas das três instituições envolvidas no projeto CAPSUL, que são: Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) e Escola de Enfermagem da UFRGS. Nessa ocasião, conhecemos os instrumentos de avaliação qualitativa (ecomapa e genograma) e aprendemos a utilizá-los. Durante esse período da capacitação tomamos conhecimento das etapas da pesquisa: seus objetivos, sua metodologia, seus locais de estudo, seus coordenadores e equipe de trabalho. Fomos também capacitados teórica e praticamente sobre o processo de coleta dos dados para a aplicação do ecomapa e genograma. Para o desenvolvimento da oficina de família, agendamos um horário com os usuários e seus familiares. No dia proposto estiveram presentes sete famílias, cinco bolsistas e três pesquisadores. Na implementação da atividade, os bolsistas junto com os pesquisadores organizaram-se em sete grupos com familiares para facilitar a interação e coleta das informações. A oficina

---

realizada no CAIS Mental foi uma oportunidade para vivenciarmos na prática todo o conteúdo desenvolvido durante o treinamento, e entendermos as etapas de uma pesquisa, para utilização dos instrumentos de avaliação, retomamos suas técnicas de aplicação, bem como a abordagem aos familiares. Inicialmente, o coordenador do campo de pesquisa apresentou-nos à equipe local, aos usuários e seus familiares. A seguir, foi esclarecida a dinâmica da oficina a ser desenvolvida, designando uma família para cada membro da equipe de pesquisa. Durante um período pré-estabelecido de duas horas, aplicamos o questionário que continha dados pessoais sobre do entrevistado, além de perguntas sobre o conhecimento, o desenvolvimento e a aceitação da doença e, após, começamos a desenvolver o genograma e o ecomapa. Percebemos que esta atividade proporcionou aos familiares um espaço no qual puderam expor suas vivências, seus conhecimentos, suas dúvidas, suas dificuldades, seus desejos, seus medos e suas esperanças. Procuramos valorizar suas falas, discutir a vida cotidiana de cada um, ou seja, construir um espaço coletivo e compartilhado, em que pudessem refletir sobre a realidade vivenciada. Os familiares participaram emitindo sua opinião, superando timidez, aumentando a auto-estima, se percebendo conhecedores e capazes de opinar sobre questões complexas tão presentes em suas vidas, propiciando desse modo, sua importância na parceria do cuidado em saúde mental. Por outro lado, como acadêmicos/bolsistas, mesmo tendo sido preparados anteriormente para lidar com situações inusitadas, nos deparamos com uma realidade muito diferente, que nos surpreendeu e que nos proporcionou uma vivência enriquecedora, possibilitando refletir e compreender a dimensão e a complexidade da vivência do sofrimento psíquico na família.

**Palavras-chave:** avaliação dos serviços de saúde mental, enfermagem, família.

---

---

## CONCEPÇÕES DE UMA EQUIPE DE SAÚDE MENTAL SOBRE SEU TRABALHO NO CONTEXTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

*Jemina Prestes de Souza(1)*  
*Marcio Wagner Camatta(2)*  
*Jacó Fernando Schneider(3)*

1. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista BIC de Iniciação Científica. Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

2. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

3. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** O sistema de assistência proposto pela reforma psiquiátrica, denominado psicossocial, é compreendido como uma soma de métodos terapêuticos que substitua efetivamente os utilizados no modelo assistencial hospitalocêntrico. O modo de atenção psicossocial visa à integralidade da assistência ao indivíduo, tornando-o elemento fundamental em seu tratamento. Para que a assistência em saúde mental proposta pela reforma psiquiátrica se consolide enquanto uma assistência integrada ao indivíduo, sua família e comunidade, torna-se necessário que o profissional que atua em saúde mental reveja seus antigos paradigmas e reestruture-os, estando disponível para a construção de um projeto terapêutico participativo e democrático, que vise à reabilitação e, conseqüentemente, o desenvolvimento do papel social do sujeito. Frente ao exposto, surgiu a necessidade de investigar uma equipe que atua em um serviço de atenção psicossocial sobre suas concepções acerca de seu trabalho, tendo como pano de fundo as políticas de saúde mental. **OBJETIVO:** Compreender as concepções de uma equipe de saúde mental sobre seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. **METODOLOGIA:** Para a realização dessa pesquisa, foram utilizados depoimentos de técnicos de saúde mental que atuam no Centro de Atenção Psicossocial – CAIS Mental Centro, no município de Porto Alegre. O CAIS Mental Centro foi regulamentado em fevereiro de 2002, através da Portaria no 336 do Ministério da Saúde, para atender as necessidades de tratamento intensivo – CAD (Centro de Atenção Diária), acompanhado por equipe interdisciplinar, onde os usuários integram-se a diferentes modalidades de atendimento durante o dia, retornando à noite aos cuidados de seus familiares, em suas casas ou para instituições que os estejam abrigando. A coleta de dados se deu por meio de entrevistas com estes profissionais integrantes da equipe de trabalho; e a fundamentação da pesquisa, por meio de um levantamento bibliográfico acerca das mudanças ocorridas na assistência prestada ao indivíduo em sofrimento psíquico a partir da reforma psiquiátrica no Brasil. A pesquisa qualitativa é o embasamento desta investigação, onde os depoimentos de profissionais que atuam em saúde mental são analisados de forma compreensiva quanto ao seu conteúdo e significados, trabalhando-se com uma realidade que não pode ser quantificada, configurando-se enquanto um estudo exploratório descritivo (MINAYO, 1999). Tendo em vista que a pesquisa qualitativa aborda a questão de que o mundo real e o sujeito se inter-relacionam de forma dinâmica, assim como, há uma interdependência do sujeito com o objeto e do objetivo com a

---

subjetividade, entendemos o sujeito como sendo participante do processo no qual interpreta os fenômenos dando a eles um significado. Para Minayo (1999), na pesquisa qualitativa o critério de inclusão não é numérico, devendo ser identificados os sujeitos que podem oferecer maior amplitude e variação do fenômeno para possibilitar apreensão das semelhanças e diferenças. Assim, foi convidado um técnico de cada área para participar do estudo, ou seja, um médico psiquiatra, um enfermeiro, um nutricionista, um psicólogo, um assistente social, um terapeuta ocupacional, um professor de educação física e um auxiliar de enfermagem, membros da equipe. Dessa forma, os critérios para a inclusão dos profissionais que participam deste estudo foram o de serem membros da equipe de saúde mental do CAIS Mental e terem disponibilidade de participar da pesquisa. Os dados para a realização deste trabalho foram colhidos por meio de entrevistas, realizadas junto aos sujeitos da pesquisa, de julho a setembro de 2006. Para a coleta dos dados junto à população em estudo, foi elaborada a seguinte questão norteadora para a compreensão dos discursos: “Fale sobre o seu trabalho neste Centro de Atenção Psicossocial?”. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra após a realização das mesmas com a colaboração e autorização dos entrevistados. Segundo Martins; Bicudo (1989) a entrevista, como recurso da pesquisa qualitativa, é vista como um enfoque social que possui características peculiares como a empatia, a intuição e a imaginação. Ao utilizar-se da entrevista como recurso metodológico, o pesquisador procura se desvencilhar de qualquer ato ou indagação que possa induzir a resposta do participante. Isso porque: “As descrições ingênuas situadas sobre o mundo-vida do respondente, obtidas através da entrevista, são, então, consideradas de importância primária para a compreensão do mundo-vida do sujeito” (MARTINS; BICUDO, 1989, p. 54). Na análise das informações os depoimentos foram identificados por letras, conforme a fala correspondente. Pretendendo compreender qual a concepção que o profissional de saúde mental tem sobre o seu trabalho a partir dos pressupostos da reforma psiquiátrica, utilizamos a análise fenomenológica como meio de cumprir com este propósito. Assim, para desvelar as vivências expressas nos discursos da equipe, seguimos os passos propostos por Martins; Bicudo (1989). Por meio da compreensão dos depoimentos, embasada no referencial teórico sobre a assistência em saúde mental e a reforma psiquiátrica, buscamos compreender como o profissional de saúde mental percebe seu trabalho no contexto da reforma psiquiátrica, na tentativa de expressar a essência do fenômeno estudado. Após estabelecer contato com os entrevistados, procedemos à apresentação e falamos do nosso interesse pelo estudo, respeitando a Resolução 196/96 (Ministério da Saúde, 2003), que trata de normas para pesquisa com seres humanos, sendo coletado assinatura das participantes por meio do termo de consentimento livre e esclarecido. O projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, sendo aprovado. Após aprovação do projeto foi estabelecido contato com os participantes para apresentação do estudo, respeitando as orientações da Resolução 196/96.

**RESULTADOS:** Em uma aproximação das informações, num esforço em analisarmos os discursos, identificamos quinze unidades significativas, como segue: 1) Para a equipe o trabalho no CAPS está focado nas pessoas que sofrem discriminação; 2) Para a equipe o trabalho no CAPS leva em conta a escuta como instrumental indispensável; 3) Para a equipe o trabalho no CAPS é interdisciplinar; 4) Para a equipe o trabalho no CAPS enfoca a necessidade dos usuários conseguirem gerar renda; 5) Para a equipe o trabalho no

---

CAPS enfoca a promoção de atividades ligadas a questões culturais; 6) Para a equipe o trabalho no CAPS tem o sentido de Reabilitação; 7) Para a equipe o trabalho no CAPS tem necessidade de suporte em saúde mental; 8) Para a equipe o trabalho no CAPS é um processo em construção no contexto da reforma psiquiátrica; 9) Para a equipe o trabalho no CAPS tem necessidade de uma rede substitutiva; 10) Para a equipe o trabalho no CAPS é diferente do trabalho hospitalar; 11) Para a equipe o trabalho no CAPS necessita do envolvimento da família; 12) Para a equipe o trabalho no CAPS deve ser constantemente atualizado; 13) Para a equipe o trabalho no CAPS deve ser visto para além da doença; 14) Para a equipe o trabalho no CAPS deve ser guiado por um plano terapêutico; 15) Para a equipe o trabalho no CAPS sofre interferências da administração, do gestor. **CONCLUSÃO:** Ao assumir uma postura política sobre a saúde mental e a reforma psiquiátrica, bem como uma postura crítica sobre a assistência em saúde mental num modo asilar, pensamos que se abre a possibilidade de uma compreensão mais ampla sobre este universo. Conhecendo as concepções do trabalho de profissional de saúde mental junto aos indivíduos em sofrimento psíquico e seus familiares poderemos partilhar esse conhecimento com outros profissionais da área de saúde e também com todos aqueles que se interessarem pelo assunto, além de, enquanto trabalhadores em saúde mental, contribuirmos para a assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico. Esta investigação é também um meio de a universidade vir a participar por meio de seu compromisso social para os avanços no desempenho das atividades desenvolvidas na área da saúde mental e integrar-se nas transformações que vêm ocorrendo neste contexto. Dessa forma, visualizamos que essa pesquisa, que se encontra em fase de conclusão, contribua para as discussões e práticas em saúde mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental, Enfermagem, Serviços de Saúde Mental, Equipe de Saúde.



---

---

## ENSAIO SOBRE O DELINEAMENTO DO EXERCÍCIO DA ENFERMAGEM NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

*Marcio Wagner Camatta(1)*  
*Jacó Fernando Schneider(2)*

1. *Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente do Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS.*
2. *Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEnf-UFRGS).*

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** tendo em vista a pouca visibilidade das práticas do enfermeiro na assistência à saúde aos indivíduos e a comunidade, Lima-Basto (2001) reconhece a figura do enfermeiro enquanto profissional que divide com os outros membros da equipe de saúde a responsabilidade da qualidade da assistência prestada pelos serviços de saúde. Rocha e Almeida (2000), referindo-se a um documento da Organização Mundial de Saúde sobre a prática de enfermagem no mundo publicado em 1997, relatam que este documento demonstra que a enfermagem apresenta diferentes práticas influenciadas pela política, economia e cultura, contudo, preserva sempre a essência do cuidado. Assim, conclui-se que a enfermagem, no mundo, possui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde, além de ser o grupo que apresenta os mais diferentes papéis, funções e responsabilidades. No Brasil, o exercício profissional da enfermagem, em seus diferentes níveis, é regulamentado através da Lei Federal de N. 7.498 de junho de 1986. Neste documento, encontramos que, entre outras ações, cabe ao enfermeiro planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços de enfermagem, além de realizar consultas e prestar cuidados de enfermagem (BRASIL, 1986). Contudo, pensamos que a simples regulamentação de uma profissão não assegura a qualidade do serviço prestado, ainda mais quando a essência deste serviço é o cuidado dispensado ao ser humano. Diante disto, gostaríamos de discutir neste estudo, não com o intuito de esgotar o assunto, mas fazer um ensaio sobre o cuidado de enfermagem na perspectiva da saúde mental. Para tanto, torna-se necessário resgatarmos o cuidado ou o ato de cuidar desde os primórdios até a sua utilização no contexto das profissões de saúde. **OBJETIVO DO ESTUDO:** realizar uma reflexão sobre o exercício da enfermagem no campo da saúde mental. **METODOLOGIA:** este ensaio configura-se em um texto científico, expressando a visão dos autores a respeito do assunto, por meio de uma reflexão crítica sobre a temática em estudo. **RESULTADOS:** O cuidado está presente em nosso meio desde que surgiu a vida, pois o ato de cuidar representa, antes de tudo, a preservação da vida. Utilizando uma perspectiva da filogênese da palavra cuidado, Rosa *et al* (2005) refere que o indivíduo cuida para preservar a espécie. Neste sentido, encontramos em Collière (1989) que este ato sempre foi, e sempre estará fundamentado, no cuidar, ou seja, no ato de velar e tomar conta, representando um conjunto de atos que têm por finalidade, manter a vida dos seres vivos com o objetivo de permitir a perpetuação da vida do grupo. Contudo, Rosa *et al* (2005) destaca ainda a perspectiva da ontologia da palavra cuidado, tomando assim a fala de Boff (1999), dizendo que o ser humano

---

cuida de outro por zelo, prazer, enfim, porque é humano. Independente da perspectiva adotada, o cuidado é assumido por homens e mulheres dentro de uma organização de tarefas que são influenciadas pela cultura e pelo período histórico vivido. Diante disto, os grupos humanos afirmaram suas práticas de cuidados e as ritualizaram, delegando ao *Shaman*, e depois aos padres, a responsabilidade de mediar e interpretar o que é bom e o que é mau. Mais tarde, com o avançar da história, este mediador passa a ser o médico, porém, este passa a interpretar não o bem e o mal, mas se propõe a isolar o mal para assim, combatê-lo e derrotá-lo (COLLIÉRE, 1989). Este poder mediador centrado no médico cresce substancialmente e torna-se evidente com o nascimento da clínica em meados do século XVIII, por um lado devido à socialização da medicina e, por outro, devido ao desenvolvimento da física e da química, o que possibilitou a apropriação do hospital, até então nas mãos de religiosos e leigos que assistiam aos pobres, enquanto campo de experimentos sem limites (FOUCAULT, 1993). Todo este movimento transforma o ato de cuidar enquanto propriedade de um ofício, o que leva a medicina a se intitular enquanto único saber científico no ato do cuidar. Aqui se encontram as raízes da visão fragmentada e despersonalizada do ser humano frente à necessidade de cuidados de saúde, tão discutidas atualmente. É neste contexto, de nascimento da clínica e de transformação do hospital em instrumento de cura, que se institucionaliza a prática de enfermagem com o intuito de participar do projeto de recuperação dos indivíduos. Contudo, essas novas necessidades sociais emergiam com o capitalismo, que necessitava da preservação da força de trabalho (ROCHA; ALMEIDA, 1997), daí a importância de manter o indivíduo sadio, ou pelo menos em condições de produzir. Esta conotação de cuidado é transformada pouco depois, inicialmente na Inglaterra do século XIX. Neste período nasce a enfermagem moderna, fundamentada no saber Nightingaliano. Nesta perspectiva, as ações de enfermagem passam a contemplar a visão holística do ser humano, seja ele doente ou sadio em inter-relação com o meio ambiente, incluindo o contexto social, político e ecológico (SILVA, 1995). Diante desta discussão, percebemos que o ato de cuidar é exercido tanto por homens como por mulheres, que dividem as tarefas dentro de uma organização social com o intuito de preservar a vida (mais associado às tarefas das mulheres), ou de afastar a morte (mais associado às tarefas dos homens). Para a compreensão dos recentes processos de profissionalização, dentre elas a da enfermagem, torna-se indispensável o resgate histórico das práticas de cuidados. Portanto, quando se utiliza a perspectiva do gênero, percebe-se que os cuidados vividos e transmitidos pelas mulheres, das origens até os nossos dias, dá identificação às práticas de cuidados de enfermagem exercidas atualmente (COLLIÉRE, 1989). Entretanto, quando pensamos em “cuidados de enfermagem” dispensados aos indivíduos em sofrimento psíquico, ou como outrora foram chamados – “loucos”, “doentes mentais”, “alienados” – nos reportamos novamente a Collière (1989), pois ela destaca a exigência da força física como necessidade para o “cuidado” destes indivíduos, o que justificaria a atuação indispensável do homem neste setor. No Brasil, até as primeiras décadas do século XIX a assistência aos “doentes mentais” era prestada por escravos e voluntários, que os “tratavam” em porões das Santas Casas de Misericórdia, onde os “loucos” eram confinados (BELMONTE, 1998). Diante disto, fica claro que a criação dos hospícios no Brasil, tinha os mesmos objetivos traçados pelo mundo mercantilista, ou seja, a retirada das ruas os habitantes desviantes que perambulavam por elas, entre eles os loucos. Assim, a exemplo do que vinha ocorrendo na Europa, a

---

enfermagem psiquiátrica brasileira surge no hospício, tendo por objetivos vigiar, controlar e reprimir, mesmo que isto representasse o uso da força física (ROCHA, 1994; AMARANTE, 1996). Neste sentido, é importante ressaltar que a psiquiatria obteve grandes avanços com a criação das drogas psicotrópicas em meados da década de 1950 que, de certa forma, neutralizou esta força física dos “alienados”. Segundo Belmonte *et al* (1998) este “enfermeiro” era um agente intermediário entre o guarda e o médico do hospital, que deveriam executar os meios de repressão definidos pelos médicos, sob a supervisão das irmãs de caridade, que administravam o hospício. **CONCLUSÃO:** Acreditamos que a enfermagem enquanto corpo de conhecimento vem se ampliando em muitas áreas e se sedimentando em outras que há muito vem sendo estudadas. Paralelamente a isto, a enfermagem psiquiátrica vem, nas últimas décadas se firmando enquanto uma disciplina complexa, importante e necessária, abrangente e profunda em suas concepções e relações com o indivíduo, família e sociedade, transcendendo para um campo denominado de Saúde Mental. Esta discussão se torna relevante no Brasil, principalmente a partir da década de 1980, por percebermos importantes mudanças nas políticas de saúde mental no país, em resposta a mudança de paradigma na assistência à saúde mental. Essas mudanças vêm refletindo diretamente na prática profissional, o que justificaria ser oportuna a discussão do papel do enfermeiro e dos outros membros da equipe de enfermagem nos cuidados de saúde dos usuários e familiares que utilizam os serviços de saúde mental. Apesar destes diferentes olhares sobre o cuidado de enfermagem ao ser humano, Rosa *et al* (2005) reconhecem que, os valores humanos inerentes a cada profissional irão ser determinantes na qualidade do cuidado profissional; corroborando com os estudos de Friedrich e Sena (2002), que destacam também a subjetividade do profissional refletidas em suas crenças e verdades, como elementos que interferem na qualidade do cuidar. Indo ao encontro desta qualidade, esperamos que os enfermeiros possam evoluir em sua prática, junto ao indivíduo em sofrimento psíquico e sua família, adotando, portanto, uma postura terapêutica e crítica em seu cotidiano. Assim, concordamos com Stuart e Laraia (2002) na qual destacam que, no campo da psiquiatria, o principal instrumento de relação terapêutica entre enfermeiros e pacientes é a utilização de si próprio, ou como diria Townsend (2000), o uso terapêutico do *Eu* como instrumento de cuidado. O desafio que se coloca e permanece, para nós enfermeiros pesquisadores em saúde mental, se aproxima do desafio da própria enfermagem como um todo, ou seja, definir o papel do enfermeiro e da equipe de enfermagem frente ao indivíduo, família e sociedade. Só que não basta definir, mas compreender as práticas e como elas são/ ou não internalizadas, e construir o saber-ser enfermeiro em saúde mental, para transformar o exercício profissional.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Papel do profissional de enfermagem. Enfermagem psiquiátrica. Saúde mental.

---

O PROCESSO DE CUIDAR EM SAÚDE E ENFERMAGEM: GRUPO MULTIDISCIPLINAR NO ATENDIMENTO DE CRIANÇAS PORTADORAS DE SOFRIMENTO PSÍQUICO EM UM CAPSI

*Fernanda de Mello Chassot(1)*  
*Jemina Prestes de Souza(2)*  
*Lisiane Nunes Aldabe(2)*  
*Luciane Beatriz Marks Santos(3)*  
*Márcia Costa da Silva(4)*  
*Simone Algeri(5)*

1. Acadêmica de Enfermagem. Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
2. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica. Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.
3. Enfermeira do CAPSi do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
4. Enfermeira do CAPSi do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.
5. Enfermeira. Professora Doutora do Departamento Materno-Infantil da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

#### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** Este trabalho apresenta uma reflexão sobre a atividade grupal como recurso utilizado pelo enfermeiro no seu cotidiano de trabalho, as atividades desenvolvidas na assistência à criança portadora de sofrimento psíquico e sua família. Esta atividade oportuniza um espaço de reflexão e discussão que auxilie na identificação dos obstáculos que prejudicam e interferem na adesão ao tratamento, bem como nas relações familiares, auxiliando na resolução dos conflitos. O grupo é coordenado pelo enfermeiro, conta com a colaboração de uma equipe multiprofissional e com a participação dos familiares responsáveis e suas crianças. **OBJETIVO:** integrar a família ao tratamento, estimulando a troca de experiências entre os participantes. As famílias, em sua grande maioria, apresentam padrões disfuncionais e dificuldades em serem continentemente, necessitando manter a rotina doméstica regular e mais previsível e utilizar técnicas consistentes para melhor reeducar e modificar o comportamento das crianças. A dinâmica envolve relatos dos familiares e das crianças que, na sua grande maioria, consistem em questões relacionadas às dificuldades que os responsáveis enfrentam para estabelecer regras e limites às crianças. A partir dos relatos, os participantes identificam semelhanças entre as suas e as experiências alheias, o que faz com que todos reflitam na busca de soluções, amenizando angústias e fortalecendo as relações. O enfermeiro reforça as soluções, estabelecendo combinações que possibilitem ao familiar e à criança uma melhoria na relação e na superação das dificuldades. É importante que, tanto o familiar quanto a criança, concordem e entendam corretamente as combinações, que deverão ser seguidas até o próximo encontro, onde serão expostos e discutidos os avanços e/ou os fracassos, identificando os motivos que levaram a esse ou àquele resultado. Esse atendimento é prestado no CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial Infantil) de um hospital geral de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, que foi criado conforme as novas políticas de saúde mental. A Portaria GM nº 336/02 estabelece a modalidade de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) para a infância e adolescência: o CAPSi surgiu da necessidade de atenção a essa clientela que até então, não contava com serviços especializados. Os

---

grandes e atuais desafios do campo da atenção à saúde mental da infância e adolescência permanecem sendo a garantia da equidade e da acessibilidade aos serviços. Existe um elevado número de crianças e adolescentes com transtornos mentais severos e persistentes que não conseguem alcançar o sistema de saúde e receber atendimento, seja através da forma tradicional, em hospitais psiquiátricos ou em ambulatórios convencionais, seja pelos CAPS, instituídos no Brasil desde o início de 1990. A experiência dos serviços do tipo CAPS, de cerca de dez anos, demonstrou a necessidade de que os CAPS tivessem configurações diferentes e definidas de acordo com a clientela assistida, a população, e as características sócio-econômicas do seu território de atuação. Nesta Portaria, o CAPSi é definido como um serviço que deve ter capacidade operacional para dar cobertura assistencial a uma população de cerca de 200.000 habitantes, caracterizando-se como um equipamento típico e resolutivo para os grandes centros urbanos. A clientela dos CAPSi são crianças e adolescentes com transtornos mentais severos, tais como psicose infantil, autismo, deficiência mental com co-morbidade psiquiátrica, uso prejudicial de álcool e outras drogas e neuroses graves. De acordo com o Ministério da Saúde, a assistência prestada ao paciente no CAPSi deve incluir as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outros); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração da criança e do adolescente na família, na escola, na comunidade ou quaisquer outras formas de inserção social; desenvolvimento de ações inter-setoriais, principalmente com as áreas de assistência social, educação e justiça. A equipe técnica mínima para atuação no CAPSi, para o atendimento de quinze crianças e/ou adolescentes por turno, tendo como limite máximo vinte e cinco pacientes/dia, será composta por um médico psiquiatra, ou neurologista ou pediatra com formação em saúde mental; um enfermeiro; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; cinco profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão. O objetivo do CAPSi é oportunizar o atendimento amplo, integrado e multidisciplinar a crianças e adolescentes portadores de sofrimento psíquico, funcionando como continente de suas ansiedades. As crianças, atendidas nesse CAPSi em especial, apresentam, na sua grande maioria, prejuízo na relação social e familiar, descontrole de impulsos, déficit no funcionamento cognitivo e problemas de conduta. Encontram-se na faixa etária dos 6 aos 13 anos e são divididas em dois grupos distintos: grupo A (crianças menores, física e emocionalmente; ainda não estão alfabetizadas e, apesar de responsáveis pelo auto-cuidado, necessitam de monitorização) e grupo B (crianças maiores; independentes; a maioria já alfabetizada; totalmente responsáveis pelo auto-cuidado). METODOLOGIA: Empregada no grupo multidisciplinar é a de grupo operativo, que consiste numa técnica de trabalho com grupos, centrado na tarefa e cujo objetivo é promover um processo de aprendizagem. Busca oferecer suporte às pessoas durante períodos de ajustamentos frente a mudanças, tratamento de crises, manutenção ou adaptação a novas situações pertinentes ao estágio desenvolvimental. Aprender em grupo significa uma leitura crítica da

---

realidade, uma apropriação ativa desta realidade. Uma atitude investigadora, na qual cada resposta obtida se transforma, imediatamente, numa nova pergunta. A teoria e técnica de grupos operativos foram desenvolvidas por Enrique Pichon-Rivière (1907-1977), médico psiquiatra e psicanalista de origem suíça. Grupo é um conjunto de pessoas com interesses em comum reunidas em um mesmo espaço onde há algum tipo de vínculo e interação social na busca dos objetivos. Os princípios organizadores de um grupo operativo, segundo Pichon-Rivière, são o Vínculo (processo motivado que tem direção e sentido) e a Tarefa (trajetória que o grupo percorre para atingir suas metas; modo pelo qual cada integrante interage a partir de suas próprias necessidades). O processo de compartilhar necessidades em torno de objetivos comuns constitui a tarefa grupal. Quando o grupo aprende a problematizar as dificuldades que surgem na busca pela concretização de seus objetivos, diz-se que entrou em tarefa, pode elaborar um projeto viável e, dessa forma, torna-se um grupo que opera mudanças. O trabalho em grupo proporciona uma interação entre as pessoas, que tanto aprendem como, mesmo que apenas por suas experiências de vida, ensinam. Essa aprendizagem mobiliza mudanças, onde o sujeito deixa de ser espectador e passa a ser o protagonista de sua história e da história de seu grupo. RESULTADOS: Dentre os resultados estão: melhor comunicação, mudanças na auto-estima pessoal, descoberta e valorização de potencialidades e habilidades tanto das crianças, como de seus familiares. CONCLUSÃO: O trabalho realizado não se restringe somente ao atendimento à criança e sua família dentro dessa instituição, mas também através de visitas domiciliares, de integração com as escolas, do atendimento individual, o que vêm culminando com melhores resultados comportamentais desde a implantação desse grupo terapêutico. A metodologia utilizada oportuniza aos enfermeiros experimentar mudanças de relacionamento entre as crianças e seus pais no contexto onde estão inseridos. O trabalho de grupo realizado no CAPSi desperta a dimensão humana e social em cada um dos participantes, oportuniza condições propícias à abertura da (re) construção do cuidado, levando-nos a acreditar no potencial de participação dos profissionais de enfermagem junto aos pais, na contribuição de tornar o espaço grupal uma tecnologia de Educação em Saúde.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Grupo, Sofrimento Psíquico.

---

## QUEM AVISA, FAZ: ANÁLISE DA ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DAS EQUIPES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE PARA A PREVENÇÃO DAS TENTATIVAS DE SUICÍDIO

*Maria Alice Dias da Silva Lima(1)*

*Eglê Kohlrausch(2)*

*Joannie Fachinelli Soares(3)*

*Kelly Piacheski de Abreu(4)*

*1. Doutora em Enfermagem. Professora adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*2. Doutoranda em Enfermagem. Professora Assistente da EEnf-UFRGS.*

*3. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PIBIC da EEnf-UFRGS.*

*4. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista BIC da EEnf-UFRGS.*

### *RESUMO*

O suicídio tornou-se um grave problema de saúde pública, além de ser um agravo em saúde mental. Esta afirmação encontra respaldo na medida em que, no ano de 2000, cerca de 815 mil pessoas suicidaram-se no mundo, índice que aponta para uma taxa de mortalidade de 14,5 em cada 100 mil pessoas, representando um suicídio a cada 40 segundos. Além disso, a cada 3 segundos há uma tentativa de suicídio. Nos últimos 45 anos a taxa de suicídio aumentou em 60%. O suicídio está entre as três causas externas mais frequentes de óbito, na faixa de 15 a 44 anos, no mundo. No Estado do Rio Grande do Sul, as taxas de suicídio são muito elevadas. Na região sul o índice de suicídio atinge o patamar de 13,4%, enquanto que, no Brasil, esta taxa está em 4,13 por 100 mil habitantes, segundo dados coletados em 1998. O estado do Rio Grande do Sul apresenta a primeira posição, em vários anos de pesquisa, com média de 10,2 por 100 mil habitantes. No nosso campo de estudo, na área Lomba do Pinheiro e Partenon, região do Observatório de Causas Externas, que tem aproximadamente 180 mil habitantes, estão registradas 30 tentativas de suicídio, entre fevereiro de 2002 e fevereiro de 2005, e apenas em 2003, nessa área, estão informados 16 suicídios, sendo 2 em adolescentes, 11 em adultos e 3 em idosos. Esses dados evidenciam a importância de ações preventivas em todos os níveis de assistência para as tentativas de suicídio. Desde a implantação da Lei da Reforma Psiquiátrica no estado, em 1992, e com a instalação, ainda que de forma lenta, das políticas de atenção integral à saúde mental, os serviços da rede básica de saúde passaram a assumir, gradativamente, juntamente com os serviços especializados, as atividades de cuidado aos usuários com algum agravo psiquiátrico, tanto nos aspectos preventivos quanto curativos, com a intenção de ampliar a capacidade de autonomia das pessoas, e aí também se incluem os profissionais de saúde, e das comunidades. Pela proximidade das equipes das unidades básicas de saúde com a comunidade, haveria uma possibilidade maior de criação de vínculo, sendo esta palavra entendida como a possibilidade do usuário do serviço de saúde ser visto como sujeito das ações de saúde, em busca da maior eficácia. Nessa lógica, a preocupação dos profissionais de saúde das equipes das unidades básicas na prevenção das tentativas de suicídio é relevante, tendo em vista que o êxito nestas tentativas pode denotar pouca eficácia das ações de saúde desenvolvidas. E mais, trata-se da responsabilidade de assumir para si a prevenção dos agravos, já que discutir e estar atento às condutas humanas é parte da realidade dos profissionais de saúde. O estudo tem como objetivos analisar de que forma

---

os profissionais de saúde organizam seu processo de trabalho para a prevenção das tentativas de suicídio nas unidades básicas de saúde e verificar quais são as medidas preventivas desenvolvidas com usuários com tentativa de suicídio, ideação suicida e história de tentativa de suicídio na família. Este estudo está sendo desenvolvido seguindo o método da pesquisa qualitativa, com delineamento exploratório-descritivo. O cenário para a realização desta pesquisa está constituído pelas unidades básicas de saúde da rede básica do município de Porto Alegre que estão inseridas na área do Observatório de Causas Externas da região Lomba do Pinheiro e Partenon, que possui 13 unidades de saúde. Os critérios para a seleção das unidades incluídas no estudo foram o número de notificações de ocorrências de suicídio e tentativa de suicídio, aquelas unidades que possuíam equipe especializada em saúde mental foram excluídas do estudo, tendo em vista que a intenção não é trabalhar com especialistas na área. A coleta de dados está sendo realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os profissionais que se envolvem na assistência de usuários vítimas de tentativa de suicídio. Iniciamos pelas enfermeiras visto que desempenham papel articulador nos diversos trabalhos na rede básica de saúde, podendo ser capazes de atuar como agentes de mudanças, levando em consideração as demandas apresentadas pela comunidade. Para o tratamento dos dados coletados nas entrevistas, está sendo utilizada a técnica de análise de conteúdo, do tipo análise temática, proposta por Bardin (2004). Esse tipo de análise busca identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação. A análise temática constitui-se de três etapas: pré-análise que consiste na transcrição e leitura flutuante das entrevistas; exploração do material, nesta fase foi feita a codificação, classificação dos dados e construção de categorias; tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Até o momento foram realizadas seis entrevistas com enfermeiras. Com base nesses dados coletados oito categorias foram construídas: ações, encaminhamento, trabalho de equipe, finalidade do trabalho, contato com a situação, dificuldades, conhecimento e concepção sobre o atendimento. Entre as ações desempenhadas pelas enfermeiras quando realizam atendimento ao usuário vítima de tentativa de suicídio, 100% encaminham para serviço especializado, 83,33% realizam escuta, 66,66% orientam o familiar dos riscos que o usuário está apresentando e sobre as medidas de segurança que devem ser tomadas, 50% fazem consultas periódicas e auxiliam no uso da medicação, 33,33% fazem acompanhamento por meio de consultas e/ou visita domiciliar e 16,66% realizam estudo de caso com a equipe e visita domiciliar. As referências para os encaminhamentos são o Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e o ambulatório do Hospital São Pedro (Melanie Klein). É importante destacar que 100% das enfermeiras referenciam, no entanto a contra referência é pouco utilizada. Sobre o trabalho de equipe, evidenciou-se a importância dos Agentes Comunitários de Saúde, visto que constituem o elo entre a equipe e a comunidade. Mais da metade (66,66%) das entrevistadas afirmou ter uma boa relação com os outros profissionais da equipe de saúde. É unânime a ideia de que a prevenção é a finalidade do trabalho no âmbito da atenção básica. As entrevistadas afirmaram que tiveram pouco contato com o atendimento às vítimas de tentativa de suicídio, sendo que 16,66% nunca tiveram contato com usuários com conduta suicida. As principais dificuldades encontradas estão relacionadas à demanda reprimida à saúde mental, existência de poucos leitos para internação, e por isso o manejo tem que ser feito na Unidade Básica de Saúde, ao preconceito da comunidade para com aqueles que estão em sofrimento



---

psíquico devido ao estereótipo da loucura, e à falta de medicamentos. O domínio de si, autocontrole, bem como domínio das técnicas de manejo com os transtornos psíquicos e das ciências da saúde em geral são conhecimentos essenciais para a realização do trabalho, entretanto não recebem cursos ou capacitação para tal. As concepções sobre o atendimento de usuários vítimas de tentativa de suicídio identificadas foram a necessidade de ter sensibilidade e disposição do profissional para conversar, o vínculo e a escuta são importantes, há descaso e pouco reconhecimento à saúde pública e que os familiares de usuários que tentam o suicídio possuem seqüelas importantes. A partir dos dados coletados evidenciou-se que as enfermeiras que atuam nas unidades de saúde selecionadas não valorizam a importância de sua atuação na prevenção dos agravos em saúde mental. É importante ressaltar que 100% reconhecem que a finalidade do trabalho na atenção primária é a prevenção, entretanto não a praticam na assistência a usuários vítimas de suicídio. As participantes lamentaram a existência do descaso e do pouco reconhecimento à saúde pública, porém este mesmo comportamento se refletiu no processo de trabalho das mesmas. Com a intensificação da complementação da Reforma Psiquiátrica a demanda reprimida à saúde mental diminuiria, visto que haveria um quantitativo adequado de serviços substitutivos à necessidade dos usuários. A falta e a necessidade de capacitação dessas enfermeiras tornaram-se evidentes. Essas dificuldades identificadas podem servir de base para elaborar propostas de ações preventivas das tentativas de suicídio, levando-se em consideração a integralidade do cuidado na atenção primária de saúde.

**Palavras-chaves:** Suicídio. Tentativas de suicídio. Prevenção. Atenção primária à saúde.

---

---

## REUNIÃO DE FAMILIARES: DOENÇA MENTAL E FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DA ENFERMAGEM

*CARDOSO, Ana Maria(1)*  
*COSTA, Camila Barbosa(2)*

- 1. Enfermeira; mestre em educação e professora da UNISINOS*
- 2. Acadêmica do 8º semestre de enfermagem da UNISINOS; monitora da disciplina de Promoção à Saúde Mental.*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As discussões a respeito da saúde mental durante muito tempo estiveram focadas no paciente portador de doença mental, ignorando que este paciente está inserido em um sistema complexo de relações chamado família. A família é a primeira experiência que o indivíduo tem com o mundo e com as relações interpessoais, é nela que ele constitui-se como sujeito. Quando um membro do grupo é acometido pela doença mental, este sofrimento faz com que ocorram modificações na vida de todos, de ordem afetiva, econômica e social. As abordagens com familiares de doentes mentais intensificaram-se a partir dos resultados de estudos que relacionam a doença mental com a sobrecarga da família, principalmente após o processo de desinstitucionalização dos doentes mentais. A partir deste momento a família tornou-se fator essencial no cuidado ao portador de sofrimento psíquico, sem ter nem o conhecimento científico nem o suporte psicológico necessário para este papel tão importante. Mudança esta, que acarretou reformulações nas prioridades entre os desejos e o plano familiar. Somado a isto, o paciente, com déficit no desempenho das atividades diárias, reduz sua autonomia, aumentando desta forma sua dependência das pessoas da família e tornando a família foco de preocupações e cuidados. A Enfermagem integrante da equipe transdisciplinar necessita estar preparada para ser continente das ansiedades do grupo familiar. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é relatar a nossa experiência na reunião de familiares de doentes mentais que frequentam o Projeto Vivendo e Reaprendendo. **METODOLOGIA:** A disciplina de Promoção à Saúde Mental, do curso de graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS dispõe de 120 horas, e destina 60 horas ao estágio prático. Entre os objetivos da disciplina estão a desmitificação da doença mental, a reflexão sobre a profissão enfermeiro, desenvolvimento do autoconhecimento, criatividade para a aplicação da teoria na prática e contribuição para o amadurecimento gradual do estudante como pessoa e profissional. Com estes propósitos oportunizamos a experiência acadêmica em saúde mental no âmbito da internação hospitalar e na comunidade. O estágio na comunidade é realizado terças e quartas-feiras no Projeto Vivendo e Reaprendendo, sendo que as atividades acadêmicas dos alunos junto aos pacientes, são acompanhadas pela professora e monitora da disciplina. A supervisão acadêmica é realizada pela professora no final de cada tarde. O Projeto Vivendo e Reaprendendo, situado na cidade de Porto Alegre/RS é um programa para portadores de doença mental, esquizofrenia, transtorno afetivo bipolar e outras, psicoses e oferece aos usuários do serviço um espaço de convivência com adequado suporte de atividades sociais e laborativas que instrumentalizam a manutenção e o retorno de suas atividades sociais. Possui como característica ser uma entidade civil, voluntária, filantrópica, assistencial, apartidária, sem cunho religioso e sem fins lucrativos. Os

---

profissionais que trabalham no projeto são voluntários e provêm de inúmeras áreas: psiquiatria, terapia ocupacional, psicologia, educação física, artes plásticas e outras. A equipe transdisciplinar reúne-se semanalmente para discutir as atividades do projeto. Os acadêmicos de enfermagem da UNISINOS também realizam estágio curricular neste projeto. O objeto do relato em questão são as reuniões de familiares que ocorrem na primeira quarta-feira de cada mês coordenada pela Enfermeira e pela monitora da disciplina. O convite para participar das reuniões obedece aos seguintes critérios: ser familiar ou cuidador de paciente integrante do projeto, ser responsável pelos cuidados do paciente no âmbito familiar ou verbalização da necessidade de apoio frente às dificuldades vividas. Os objetivos da reunião são: fornecer suporte emocional através da troca de experiências entre profissionais e familiares sobre situações difíceis do convívio diário com o paciente; expor o paradigma de tratamento psicossocial e medicamentoso; diminuir os níveis de estresse do familiar frente a comportamentos desadaptados do paciente; demonstrar aos familiares que não estão sós através da semelhança das situações vividas entre os familiares participantes e buscar demandas a serem trabalhadas com os pacientes, através do relato das dificuldades vivenciadas no cotidiano. Foram considerados familiares, as pessoas do núcleo parental e cuidadores, as pessoas responsáveis pelo cuidado ao paciente sem ter laços de consangüinidade. **RESULTADOS:** Estamos realizando esta atividade há um ano e meio. Os resultados que podemos observar foram: a transformação do familiar que carregava o fardo de cuidar, muitas vezes só, em um aliado terapêutico, com um discurso mais esclarecido a cada reunião e a criação de um ambiente de confiança e respeito entre os participantes. Ambiente que proporciona aos familiares dos pacientes revelar seus sentimentos íntimos como medos, dúvidas, vergonha, culpas e raivas. Partilhar inquietações como perdas financeiras, perdas no padrão de vida econômica e social, mudanças nas rotinas de vida diária, profissionais e sociais. Trocar experiências de como lidar com as dificuldades de seu paciente em relação à higiene, alimentação, medicações e dificuldades nas abordagens terapêuticas. Fornecer informações sobre consultas médicas, novas terapias e medicações, locais onde procurar ajuda jurídica e direitos de pessoas especiais. Aos acadêmicos de enfermagem que participam das reuniões uma nova visão da doença mental é adquirida. O paciente não é apenas um diagnóstico, mas um ser integrante de uma família, de uma sociedade, que pode ser transformada, através do cuidado interdisciplinar em saúde mental. A abordagem educativa e o suporte emocional que permeiam as reuniões fazem com que todos se sintam responsáveis pelo paciente e pela sua própria vida. **CONCLUSÕES:** A nossa vivência nas reuniões do Projeto Vivendo e Reaprendendo nos aponta que o convívio com um portador de doença mental afeta não apenas a qualidade de vida da família, como também a saúde de seus membros. Entre as dificuldades reconhecidas destacamos o penoso processo de reformulação de todo o projeto de vida familiar. Os familiares tornam-se, não apenas provedores do cuidado, como também, responsáveis pela busca e manutenção do atendimento especializado, com a eterna preocupação com as recaídas, e a procura de projetos e soluções para reintegração do paciente á sociedade. Outro fator que acarreta sofrimento é a culpa ou a busca de um culpado pela doença do paciente. A reunião de familiares proporciona um momento de partilha, não somente da revolta, do estresse, do sofrimento, mas também da experiência, onde em muitos momentos não se fez necessário à intervenção da coordenação, pois os familiares se identificavam com as

---

situações, ocorrendo de forma natural o auxílio mútuo e a busca de soluções. Os acadêmicos de enfermagem, na sua grande maioria jovem, em meio a tanto sofrimento, aprendem a reavaliar seus sentimentos em relação à doença mental; a sua própria vida e o seu papel na família e na sociedade. O desafio que a enfermagem vai de encontro quando trabalha com a família é a discussão entre a saúde da família como unidade isolada da saúde do paciente. Para tanto necessita aprofundar seus estudos e partilhar suas inquietações com pacientes, familiares e profissionais de outras áreas da saúde e educação que atendem portadores de sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** Reunião de familiares – Saúde mental – Enfermagem

---

---

VISITA DOMICILIAR: UMA ALTERNATIVA NA ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL EM UM  
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.

*Eliane Laval(1)*  
*Agnes Olschowsky(2)*  
*Maria de Lourdes Calixot(2)*

1. *Graduanda do 8º de Enfermagem da UFRGS. Bolsista de Iniciação Científica Pibic/Cnpq UFRGS. Participante do Grupo de Estudo e Pesquisa Em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental*  
2. *Profª. Dr.ª da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (GEPESM)*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A visita domiciliar (VD) é um recurso terapêutico muito utilizado nos programas de saúde pública, voltada às ações de prevenção e promoção em saúde, desenvolvidas na própria comunidade. Entretanto, no campo da saúde mental, a VD carece ser mais explorada e documentada. O objeto de estudo desta pesquisa é a Visita Domiciliar no Centro de Atenção Psicossocial(CAPS). Em janeiro de 2002, o Ministério da Saúde (MS), através da Portaria 336, regulamentou os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), instituindo a visita domiciliar como parte da assistência prestada nesses serviços, buscando desse modo mecanismo de intervenção que implementassem a integração do indivíduo em sofrimento psíquico com sua família e rede de apoio na comunidade. Para Fagundes (1999), a proposta assistencial dos CAPS procura favorecer um cuidado personalizado, tomando como encargo o acompanhamento da clientela com sofrimento psíquico grave, possibilitando a convivência e o incremento das relações interpessoais de forma que o usuário e a família identifiquem esses centros como locais de referência em qualquer circunstância. Os CAPS são considerados os principais serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos, estes voltados para a segregação e exclusão social, surgiram como frente à necessidade de um redimensionamento da assistência psiquiátrica, a partir do movimento social denominado Reforma Psiquiátrica. Esta propõe a transformação da assistência, por meio da implementação de alternativas de atenção extra-hospitalares, através de uma rede de atendimento centrada na comunidade como os CAPS, Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Hospital Dia, Residências Terapêuticas, Cooperativas, entre outros. A Reforma Psiquiátrica preconiza o modelo psicossocial, busca a construção do cuidado nos espaços territoriais significativos para o indivíduo, visando sua reinserção na família e na sociedade. Os profissionais vão ao encontro do usuário para conhecer a realidade cotidiana em seu espaço mais privado, buscando entendê-lo no contexto das relações familiares e sociais. Nesse sentido, a visita domiciliar é considerada uma modalidade alternativa de atenção à saúde mental, utilizada pelos CAPS. Segundo o Ministério da Saúde (Lei 10216/2001) a visita domiciliar é definida como um dispositivo terapêutico do CAPS, que permite a reabilitação psicossocial do sujeito em sofrimento psíquico, resgatando sua autonomia e o direito de ser cidadão. A visita domiciliar apresenta um caráter educativo, tanto para o profissional quanto para o cliente e seus familiares, possibilitando a promoção da saúde, o ensino para o auto-cuidado e, proporcionando momentos ricos de integração ensino-aprendizado-

---

assistência. Mattos (1995) define visita domiciliar como um conjunto de ações de saúde voltadas para o atendimento, tanto educativo quanto assistencial. É através dela que se pode avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, procurando-se prestar assistência, acompanhar sua dinâmica, levantar informações sobre condições de habitação e aplicar medidas de controle e monitorar os avanços os retrocessos do plano terapêutico. Para Oliveira (2001), VD é um meio de conhecer a organização das atividades de vida cotidiana dos clientes e seus familiares em seus domicílios, sendo reconhecida como uma estratégia de trabalho na comunidade no processo saúde e doença. A VD tem possibilitado a aproximação e inserção da família e equipe para o cuidado em saúde mental, direcionando seu olhar ao cotidiano do sujeito e sua convivência no contexto familiar, tentando visualizar os recursos familiares e sociais disponíveis e utilizados no enfrentamento das dificuldades para conviver com a doença. Buscamos refletir sobre a utilização da visita domiciliar como um dispositivo terapêutico importante no processo de construção de alternativas de cuidado que aprimoram as práticas assistenciais do modelo de atenção psicossocial, modelo esse, que protagoniza a inserção do usuário no território. OBJETIVOS: Definimos como objetivos desta pesquisa conhecer as concepções da equipe do CAPS/HCPA sobre a visita domiciliar, identificar as características das visitas domiciliares e as ações de cuidado em saúde mental. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no Centro de Atenção Psicossocial-CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, tendo como sujeitos a equipe multiprofissional desse serviço, composta por médicos, 2 enfermeiras, assistente social, psicóloga, recreacionista, terapeuta ocupacional e 3 auxiliares de enfermagem. Para a coleta de dados os instrumentos utilizados foram a análise documental e a entrevista semi-estruturada. Na análise documental foram utilizados registros, arquivos, prontuários, regulamentos, atas, materiais escritos que serviram de informações acerca da visita domiciliar. Na entrevista semi-estruturada foram feitas perguntas abertas e fechadas sobre visita domiciliar, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixados pelo pesquisador (MINAYO, 1994). As seguintes questões foram norteadoras na realização das entrevistas: O que é visita domiciliar? Qual o seu objetivo? Como acontece a visita domiciliar, neste CAPS? Descreva uma visita domiciliar que fizeste. A análise de dados foi realizada através da proposta de Minayo (1994) dividida em três etapas: ordenação; classificação e análise final. A ordenação dos dados: consiste no mapeamento dos dados obtidos nas entrevistas de campo, ou seja, transcrição, leitura e releitura do material, e organização dos relatos. A classificação dos dados foi realizada através de uma leitura exaustiva e repetida dos textos, estabelecendo questionamento com base na fundamentação teórica, buscando identificar o que aparece de relevante e as idéias centrais das falas dos participantes. Na análise final procura-se estabelecer articulações entre os dados e referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos. A pesquisa foi aprovada pelo Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (GPPG-HCPA). Os entrevistados concordaram em participar, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). RESULTADOS: Na análise dos dados a visita domiciliar aparece como uma das estratégias de atendimento do CAPS, que pode

---

possibilita a busca de atenção integral da saúde e vínculo, aproximando a equipe profissional do espaço social, do cotidiano e das relações do usuário com a sociedade. A VD é uma atividade assistencial que facilita ao profissional o conhecimento da realidade cotidiana do sujeito no seu contexto familiar e social, permitindo à equipe a elaboração de um cuidado individualizado, articulando as necessidades dos sujeitos aos recursos locais e às potencialidades da família e sociedade. **CONCLUSÃO:** Entendemos que a VD é um recurso terapêutico importante para atenção em saúde mental, devendo ser realizada como uma proposta de trabalho contínuo e sistemática do CAPS, pois o cenário do domicílio abre uma porta de parceria, de interlocução e de acolhimento as reais necessidades do usuário e sua família. A VD pode propiciar adesão ao tratamento, vínculo e intervenção precoce nas crises, caracterizando-se como uma prática assistencial que facilita a inserção da família no cuidado em saúde mental e como uma porta de parceria e convivência entre usuários, equipe e familiares.

**Palavras – chave:** saúde mental; visita domiciliar; família

---

---

A ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES COMO SUBSÍDIO PARA O TRATAMENTO E  
ADESÃO DOS PACIENTE

*Ana Paula VANZ(1)*  
*Érica BATASSINI(1)*  
*Karine BERTOLDI(1)*

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

RESUMO

Devido ao aumento da incidência dos transtornos alimentares nos últimos 20 anos, especialmente anorexia e bulimia nervosas, são necessários estudos sobre as possíveis causas e tratamentos disponíveis para esses distúrbios. O presente artigo é uma revisão bibliográfica sobre os fatores etiológicos, as diferentes modalidades terapêuticas e a adesão ao tratamento da anorexia e bulimia nervosas. A etiologia multifatorial é resultado da combinação de fatores psicológicos, genéticos, biológicos e principalmente sócio-culturais. Entre os tratamentos, os resultados mais expressivos são conseguidos com psicoterapia, mas é indispensável a atuação conjunta de nutricionistas, médicos, enfermeiros e psicólogos, o que gera uma maior adesão. Além da atuação de uma equipe multiprofissional, conclui-se que é necessário um tratamento individualizado que enfoque as possíveis causas do transtorno para cada paciente.



---

---

## CRIAÇÃO DE UM INSTRUMENTO EXPERIMENTAL DE REGISTRO PELAS ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM DO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Juliana dos Santos Costa(1)*  
*Olga Fucks da Silva Oliveira(1)*  
*Renata Vicili(1)*  
*Maria Lúcia Pastro(1)*

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

### **RESUMO**

O processo de enfermagem proporciona uma metodologia para que as enfermeiras possam prestar cuidados através de uma abordagem sistemática e científica. É focado em metas e baseado num modelo de tomada de decisões ou de resolução de problemas composto por seis etapas: avaliação, diagnóstico, identificação dos objetivos, planejamento, implementação e análise. A enfermeira psiquiátrica utiliza o processo de enfermagem para os clientes a se adaptar eficazmente a fatores de estresse no ambiente. Dessa forma, as metas são destinadas para modificar pensamentos, sentimentos e comportamentos que são apropriados para a idade e congruentes com normas locais e culturais (TOWNSEND, 2002). No Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) o prontuário do usuário é *online*, dificultando o acesso dos acadêmicos e demais profissionais que não pertencem à equipe fixa. Buscando otimizar o cuidado de enfermagem no CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), achamos necessário desenvolver um instrumento experimental para o melhor acesso às informações por todos. Este instrumento é composto por um breve histórico de enfermagem, impressão de aspectos psicossociais e um plano terapêutico de enfermagem que contemple o bem-estar psicossocial. Também possibilita fazer reavaliações sistemáticas do caso e rever o plano terapêutico individual de enfermagem caso seja necessário. A idéia é que essas reavaliações sejam feitas de forma mensal nos primeiros seis meses e bimestral no período subsequente. Espera-se que este instrumento facilite o acesso das informações possibilitando uma melhor relação terapêutica entre acadêmicos e usuários, visto que, encontramos grande dificuldade já que o processo de enfermagem não é integralmente realizado no CAPS do HCPA.

---

## CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTE MASCULINO COM ANOREXIA NERVOSA

*Fernanda de Mello Chassot(1)*

*Lisiane Nunes Aldabe(2)*

*Jemina Prestes de Souza(3)*

*Emi da Silva Thomé(4)*

*Miriam Bolfoni(5)*

*Juciléia Thomas(6)*

1. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

2. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

3. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS.

4. Enfermeira da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Especialista em Enfermagem Psiquiátrica.

5. Enfermeira da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

6. Enfermeira da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### RESUMO

Este estudo relata o caso de V.B, 23 anos, sexo masculino, com diagnóstico de anorexia nervosa desde os 13 anos quando, ao apresentar sintomas, foi internado pela primeira vez. Na quinta internação, foi recebido com IMC igual a 14,53 Kg/m<sup>2</sup> (desnutrição severa). Os objetivos deste trabalho são abordar os cuidados de enfermagem relativos a esse paciente e relatar como a equipe de enfermagem se organiza nas suas ações. A anorexia consiste na recusa em manter o peso corporal no nível igual ou acima do mínimo adequado à idade e à altura, medo intenso de ganhar peso ou de engordar, mesmo estando com peso abaixo do normal, e uma perturbação significativa na percepção da forma ou tamanho do corpo. A incidência anual média desta patologia na população em geral é 18,5 por 100.000 em mulheres e 2,25 por 100.000 em homens. No momento da internação, se pensou no quadro de TOC pelos inúmeros rituais realizados, mas observou-se que estes rituais tinham o propósito único de evitar refeições, configurando-se como caso de anorexia nervosa. Segundo Kaplan e Sadock (1990), comportamento obsessivo compulsivo, depressão e ansiedade, são os sintomas da anorexia nervosa mais frequentemente observados. As ações executadas nesse caso são manter o banheiro fechado; pesá-lo de costas três vezes por semana; vigiá-lo antes das refeições para que não ingira líquidos e que esteja no refeitório no horário combinado, e, após, para que não provoque vômitos; monitorar o tempo (máximo trinta minutos) e a ingesta completa das refeições; além de estabelecer um tempo máximo de quinze minutos para o banho. De acordo com o exposto, concluiu-se que o cuidado prestado a esse paciente requer uma boa comunicação entre os integrantes de equipe de enfermagem, bem como um comprometimento com a execução das ações que são definidas nas reuniões interdisciplinares.

---

DESFECHOS DE LONGO PRAZO EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE PÂNICO TRATADOS  
COM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:  
SEGUIMENTO PROSPECTIVO DE CINCO ANOS

*Elizeth Heldt (1)*  
*Gisele Gus Manfro(2)*  
*Carolina Blaya(3)*  
*Letícia Kipper(3)*  
*Vânia N. Hirakata(4)*  
*Giovanni Salum Junior(5)*

*1. Professora Doutora Escola de Enfermagem UFRGS*  
*2. Professora Doutora Faculdade de Medicina UFRGS*  
*3. Doutoranda em Psiquiatria UFRGS*  
*4. Mestre em Epidemiologia UFPEL*  
*5. Acadêmico de Medicina - UFRGS*

### **RESUMO**

Há uma limitação de dados que avaliam os fatores associados à resposta ao tratamento de transtorno de pânico (TP) em pacientes acompanhados em longo prazo. O objetivo deste estudo é avaliar a resposta ao tratamento em longo prazo de pacientes com TP resistentes a farmacoterapia, após cinco anos de terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCCG) e identificar os fatores preditores desses desfechos. Quarenta sete pacientes que completaram 12 semanas de TCCG foram acompanhados durante cinco anos. As medidas de desfecho foram avaliadas pela Impressão Clínica Global, Inventário do Pânico, Hamilton Ansiedade e qualidade de vida usando WHOQOL-bref. As características demográficas e clínicas, eventos estressores de vida, mecanismos de defesa e tratamento psiquiátrico atual foram as variáveis investigadas como preditores de resposta a TCCG através do período de seguimento. Os pacientes apresentaram redução significativa na gravidade dos sintomas (agorafobia, ansiedade antecipatória e ataques de pânico) com a manutenção dos ganhos no seguimento de cinco anos (tamanho do efeito entre 2,44 e 1,37). Observamos, também, uma redução significativa no uso de medicações (antidepressivos  $p < 0,001$ ; benzodiazepínicos  $p = 0,022$ ) e no cuidado clínico psiquiátrico ( $p = 0,025$ ) no período de seguimento. Vinte e dois pacientes (47%) permaneceram em remissão após cinco anos, 10 (21%) recaíram durante o período de seguimento e 15 (32%) não responderam a TCCG. A resposta desfavorável a TCCG apresentou um impacto negativo importante na qualidade de vida. A análise de regressão mostrou que a comorbidade com distímia e os eventos estressores de vida como os mais importantes preditores para a pior resposta a terapia. A melhora em todas as avaliações sugere que uma TCCG breve para pacientes resistentes a farmacoterapia pode ser uma alternativa como um próximo-passo para tratamento de sintomas residuais, com a manutenção dos ganhos após cinco anos de seguimento. Novas estratégias deveriam ser implementadas para pacientes resistentes, tais como aqueles com comorbidade com distímia, e alguma ferramenta específica para o enfrentamento de eventos adversos.

---

## ESQUIZOFRENIA E QUALIDADE DE VIDA

*Lisiane Nunes Aldabe(1)*  
*Fernanda de Mello Chassot(2)*  
*Jemina Prestes de Souza(2)*  
*Emi da Silva Thomé(3)*  
*Miriam Bolfoni(3)*  
*Juciléia Thomas(4)*

1. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica. Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

2. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica. Aluna do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS.

3. Enfermeira da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e Especialista em Enfermagem Psiquiátrica.

4. Enfermeira da Unidade de Internação Psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

### RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores no qual ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo, que engloba saúde física, mental, nível de independência, relacionamentos sociais e crenças pessoais como espirituais e religiosas. Assim, o objetivo deste estudo é fazer uma revisão de literatura acerca da contribuição do enfermeiro psiquiátrico e da família na promoção da qualidade de vida para a pessoa com diagnóstico de esquizofrenia. Sabe-se que esquizofrenia corresponde a um quadro complexo, apresentando sinais e sintomas na área do pensamento, percepção e emoções, causando prejuízos na vida de relações interpessoais e familiares, além disso, o curso dessa doença é sempre crônico. O diagnóstico de esquizofrenia causa um impacto na família do sujeito em sofrimento psíquico e, segundo estudos sobre a temática, as ações de pessoas próximas são de grande importância para promover o bem-estar deste sujeito. O enfermeiro psiquiátrico deve promover uma mobilização familiar através da educação sobre a esquizofrenia, como ela se manifesta, suas delimitações, como agir frente às crises e a importância do tratamento, promovendo assim, a redução do estigma e do impacto causado pela patologia. As ações de enfermagem devem ser empregadas conforme as características de cada família, visando a reorganização dos sintomas do paciente e a prevenção de futuros episódios de crise, melhorando a qualidade de vida do grupo familiar. Cabe salientar que a aceitação da nova condição, tanto pela família como pelo paciente, facilita a reinserção do indivíduo à sociedade, proporcionando ao paciente utilizar os recursos disponíveis na comunidade, como oficinas, lazer, exercícios físicos, trabalhos voluntários, entre outros, que contribuirão para que sua reabilitação seja rápida e eficiente.

---

---

EXPERIÊNCIA DE GRUPOS PARA PACIENTES ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR  
CEREBRAL

*SOUZA, Sônia Beatriz Coccaro(1)*  
*SILVA, Maria Cristina Sant'Anna(2)*  
*AGUILLERA, Maria Augusta Fortuna(3)*  
*ORLANDINI, Gabrielli Mottes(3)*  
*MARTINS, Sheila O.(4)*  
*BRONDANE, Rosane(5)*  
*RIGHI, Camila Gosenheimer(6)*

1. Professora Adjunta do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica/UFRGS
2. Mestranda no PG da Escola de Enfermagem
3. Enfermeira
4. Neurologista, Mestre em Ciências Médicas: Clínica Médica-UFRGS
5. Neurologista
6. Acadêmica de Enfermagem

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** As doenças cerebrovasculares, especialmente o acidente vascular cerebral (AVC), correspondem a segunda maior causa de morte e a primeira causa de incapacidade física permanente no mundo. O controle dos fatores de risco e etiológicos poderiam fundamentar o desenvolvimento de programas regionais para controle da pressão arterial, hábitos alimentares, do costume disseminado da auto-medicação e abuso de álcool. Para tal, organizou-se o Programa de Educacional Multiprofissional para pacientes expostos ao Acidente Vascular Cerebral. Além de consultas individuais oferecidas por médicos e enfermeiras, este Programa inclui assistência para grupos de pacientes e familiares, realizados semanalmente, por enfermeiro e acadêmico de enfermagem. Este trabalho pretende descrever o atendimento aos grupos de pacientes e familiares expostos ao AVC vinculado ao Programa. **OBJETIVOS:** Programa visa realizar assistência coletiva com pacientes e/ou seus familiares através de grupos educacionais, de apoio e socialização; trabalhar as dificuldades de adaptação aos cuidados de saúde necessários exigidos no controle de fatores de risco para AVC; estimular o auto cuidado e contribuir para reabilitação do paciente na comunidade de origem. **METODOLOGIA:** Este grupo utiliza abordagem psico-educacional para pacientes e familiares, através da realização de seis encontros semanais. Os assuntos discutidos referem-se à alimentação, atividade física e limitações para realização de atividades da vida diária, importância do uso da medicação, entre outros. **RESULTADOS:** os dados parciais descrevem boa aderência dos pacientes e familiares. **CONCLUSÕES:** Espera-se que esse trabalho contribua para diminuir recidiva de AVC nesses pacientes, melhore o nível de auto cuidado e qualidade de vida, bem como, adaptação na comunidade de origem.

**Palavras-Chave:** acidente vascular encefálico – grupos – familiares.

---

---

MODIFICANDO CONCEITOS SOBRE A LOUCURA E O CUIDADO AO PORTADOR DE  
SOFRIMENTO PSÍQUICO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Rodrigo Ribeiro de Lemos (1)*  
*Maria Lúcia de Castro Pastro(2)*  
*Christine Wetzel(3)*

1. Acadêmico do curso de Enfermagem da UFRGS
2. Acadêmica do curso de Enfermagem da UFRGS
3. Professora da escola de enfermagem da UFRGS

*RESUMO*

Este trabalho tem como objetivo relatar vivências de acadêmicos de Enfermagem oriundas do estágio realizado no 5º semestre do curso de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande Sul e desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O CAPS é um serviço que atende pessoas com transtornos mentais persistentes, além de oferecer acompanhamento médico estimula a reintegração social e familiar minimizando o estigma social em relação ao portador de sofrimento psíquico. O estágio desenvolveu-se no decorrer de três meses e este trabalho foi realizado a partir das anotações de um diário de campo, no qual, além do cotidiano no CAPS cada acadêmico anotava percepções, dúvidas, medos, anseios e opiniões de cada dia de estágio. Durante o desenvolvimento do estágio participamos de oficinas terapêuticas nas quais ocorreram a observação e interação com os usuários e equipe multidisciplinar, permitindo que fossemos modificando nossos conceitos sobre a loucura e o cuidado ao portador de sofrimento psíquico. Os alunos carregam representações em relação à loucura relacionando-a à ambientes frios, autoritários, sem higiene, discriminativos e estes pré-conceitos também são bastante comuns na sociedade. Essas representações levaram (e ainda levam) a que pessoas com transtornos mentais sofram preconceitos, exclusão e violência. A convivência com os usuários do CAPS fora dos muros do manicômio, permitiu que derrubássemos nossos “muros internos”, através do estabelecimento de vínculo, vimos que são pessoas com condições de viver em sociedade, com família, compromissos, identidade. As limitações impostas pela doença reforçam a capacidade de superação desses usuários que, além de terem que lidar com elas, ainda se deparam com aquelas impostas pela sociedade que discrimina e separa. Esta vivência foi importante para quebrar paradigmas em relação ao doente mental, demonstrando que a doença mental é limitante, mas não incapacitante, necessitando de pessoas com conhecimento e dedicação para integrar estas pessoas a sociedade.

---

---

O SABER/FAZER NA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE MENTAL NO CONTEXTO DA REFORMA  
PSIQUIÁTRICA

*Jemina Prestes de Souza(1)*  
*Jacó Fernando Schneider(2)*  
*Marcio Wagner Camatta(3)*

1. Aluna. Acadêmica do Curso de Enfermagem da UFRGS. Bolsista BIC/UFRGS.
2. Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS.
3. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da UFRGS.

*RESUMO*

O objetivo deste estudo é realizar um levantamento bibliográfico acerca das mudanças ocorridas na assistência prestada ao indivíduo em sofrimento mental a partir da reforma psiquiátrica no Brasil. Nesse sentido, realizamos uma revisão de literatura, tendo como base livros e artigos que discutem a temática. O sistema de assistência proposto pela reforma psiquiátrica é compreendido como uma soma de métodos terapêuticos que substitua efetivamente os utilizados no modelo assistencial hospitalocêntrico. Modelo este, centrado não na saúde mental mas sim, na doença mental, apartando o indivíduo em sofrimento psíquico do convívio com a família e a sociedade, suprimindo seus direitos fundamentais, como o de ir e vir, por exemplo. O modo de atenção, denominado psicossocial, visa a integralidade da assistência ao indivíduo, tornando-o elemento fundamental em seu tratamento, juntamente com seus familiares. Por meio do trabalho da equipe de saúde mental, podemos conhecer as concepções que tem permeado as ações destes profissionais, na busca do fortalecimento de uma prática assistencial de saber/fazer em saúde mental, propiciando o resgate da cidadania, autonomia, liberdade e respeito ao indivíduo assistido. Para que a assistência em saúde mental proposta pela reforma psiquiátrica se consolide enquanto uma assistência integrada ao indivíduo, sua família e comunidade, torna-se necessário que o profissional que atua em saúde mental reveja seus antigos paradigmas e reestruture-os, estando disponível para a construção de um projeto terapêutico participativo e democrático, que vise a reabilitação e, conseqüentemente, o desenvolvimento do papel social do sujeito.

---

---

OFICINA DE HIGIENE E SAÚDE EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: UM RELATO  
DE EXPERIÊNCIA

*Juliana dos Santos Costa(1)*  
*Renata Viecili(1)*  
*Olga Fucks da Silva Oliveira(1)*  
*Regina Paulo Vieira(2)*  
*Maria Lúcia Pastro(1)*

1. Acadêmicas de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
2. Auxiliar de enfermagem do CAPS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**RESUMO**

O bem-estar emocional requer que o indivíduo tenha algum grau de amor-próprio, uma percepção de que ele possui algum valor para si mesmo e para os outros. O conceito do eu compreende imagem corporal, identidade pessoal e auto-estima. A imagem corporal compreende a avaliação pelo indivíduo de seus atributos pessoais, funcionamento, sexualidade, estado de saúde-doença e aparência (TOWNSEND, 2002). Pensando nisso, desenvolveu-se a oficina de higiene e saúde no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Ministrada pelas auxiliares de enfermagem e pelas acadêmicas do estágio curricular da faculdade de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), a oficina ocorre duas vezes na semana, nas segundas e terças-feiras. Nela são abordados assuntos desde a importância de cuidados simples do cotidiano como: tomar banho, cortar as unhas, manter a higiene da casa, promoção da saúde bucal, separação de resíduos sólidos, boas maneiras bem como doenças sexualmente transmissíveis, toxoplasmose, entre outras. Para atingir o maior número de usuários possíveis, a oficina ocorre no período das 12:15 e 12:45, horário que abrange os usuários tanto do período da manhã quanto da tarde. Dessa forma, cada oficina conta em média com 25 usuários em cada dia. Como recursos pedagógicos são utilizadas dinâmicas de grupo, aulas expositivas e participativas com a utilização de slides e materiais didáticos. Na oficina os usuários retomam conceitos de autocuidado, auto-imagem e a possibilidade do despertar de sua vaidade, o que contribui para a formação/afirmação das suas personalidades, promovendo um reencontro com seu corpo. Percebemos que frequentando esta oficina os usuários: melhoraram os cuidados com a higiene como banho, corte de unhas e barba, buscaram atendimento dentário colocando inclusive próteses, passaram a cuidar mais da casa, entre outros benefícios. Os resultados obtidos são extremamente satisfatórios melhorando a qualidade de vida dos usuários que percebem esta evolução no seu bem-estar e na sua auto-estima.



---

---

PRIMEIRO ESTÁGIO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA –  
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Lidiane Pivetta Teichmann(1)*  
*Débora Hein Seganfredo(1)*  
*Débora Viana Eckert(1)*  
*Débora Francisco do Canto(1)*  
*Fernanda Robin(1)*  
*Gabriela Bottan(1)*  
*Gilda Maria de Carvalho Abib(1)*

*1. Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS*

**RESUMO**

Este é um relato de experiências de um grupo de acadêmicas do 5º semestre de enfermagem da UFRGS em seu primeiro estágio na área de saúde mental em um hospital-escola. Este estágio foi realizado no período de julho à dezembro de 2005 na unidade de internação psiquiátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, localizada no quarto andar na ala norte. Identificar os sentimentos que foram despertados desde o primeiro encontro com os pacientes, a fim de desmistificar alguns estereótipos da psiquiatria, buscando novas alternativas para uma melhor abordagem e terapêutica dos pacientes. Abordagem aos pacientes, procurando formar um vínculo, sem a análise prévia dos prontuários, e após, conversa em grupo, mediada pela professora, facilitando assim a identificação dos sentimentos, com troca de idéias e diferentes percepções sobre o mesmo caso. Com esta técnica foi possível perceber que desde o primeiro momento o impasse terapêutico já tinha se estabelecido e que o sentimento de medo nas acadêmicas era muito forte e que era recíproco em relação aos pacientes. A primeira impressão desencadeou sentimentos de pena pelas condições que estes pacientes se encontravam. Após conversas a respeito do campo de estágio e toda estrutura e pessoas envolvidos nele, as alunas referiram sentir-se mais tranqüilas, devido ao fato de perceberem que tiveram medo de serem agredidas pelos pacientes e que terão todo o apoio da equipe caso necessário. Tal sentimento foi acompanhado por um forte interesse e curiosidade a respeito dessa área de atuação da enfermagem, abrindo-se assim para uma nova experiência. Fica claro que é preciso permitir-se entrar em contato com sentimentos para que se consiga lidar melhor com eles, e para que o cuidador conhecendo melhor a si mesmo, consiga chegar ao seu maior objetivo, que é o cuidado holístico do ser humano.

---

PROCESSO DE ENFERMAGEM A UM CLIENTE COM IMPREGNAÇÃO MEDICAMENTOSA  
ADMITIDO EM UMA UNIDADE DE EMERGÊNCIA

*ZILLMER, Juliana Graciela Vestena(1)*

*DIAS, Andréa Basílio(1)*

*FAGUNDES, Renata Ferreira(1)*

*MICHELS, Mariama do Amaral(1)*

*STOLZ, Pablo Viana(2)*

*AZEVEDO, Norlai Alves(3)*

*1. Discentes do 8º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.*

*2. Enfermeiro da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e Mestrando do Programa de Pós-Graduação de Educação Ambiental da Fundação Universitária de Rio Grande.*

*3. Professora Enfermeira e Mestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.*

**RESUMO**

O processo saúde doença, se tratando de um portador de sofrimento psíquico torna-se confuso e de difícil manejo pelos profissionais de Enfermagem tendo em vista que este paciente tem exacerbação de sentidos, sentimentos e possivelmente uma visão turva do mundo que o cerca. De acordo com Smeltzer e Bare (2002) “o foco do cuidado de emergência é preservar a vida, evitar deteriorização, antes que o tratamento definitivo possa ser fornecido, e restaurar o paciente à função ótima”. O trabalho teve como objetivo desvelar e relacionar o quadro clínico associando aos cuidados realizados a partir da aplicação do Processo de Enfermagem a um paciente admitido na emergência de um Pronto Socorro proveniente de Hospital Psiquiátrico com diagnóstico de impregnação medicamentosa. Segundo Stuart (2002) “a Enfermeira deve ter conhecimento das estratégias psicofarmacológicas disponíveis, porém essa informação deve ser empregada como parte de uma conduta holística no cuidado ao cliente”. Utilizou-se como metodologia o estudo de caso onde é possível analisar e compreender as diversas faces que envolvem o paciente durante a internação. O estudo foi desenvolvido em um Pronto Socorro da região Sul do Rio Grande do Sul, durante estágio da disciplina Saúde do Adulto II da Graduação em Enfermagem de uma Universidade Pública no 2º semestre de 2006. O estudo permitiu maior reflexão da importância do trabalho do Enfermeiro independente da Unidade que atua. Em se tratando de paciente psiquiátrico é necessário que o Enfermeiro tenha amplo conhecimento no manejo com o mesmo desde sua admissão na emergência até a alta. Conseguimos constatar que a aplicação do processo de enfermagem a esse paciente foi extremamente importante para conduzir a implementação de uma assistência de enfermagem sistematizada, integrada em uma equipe multiprofissional, espera-se que esta sistemática possa contribuir para melhora do quadro clínico do paciente, promovendo sua reabilitação e reinserção na sociedade.

---

---

## RESILIÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

*ZILLMER, Juliana Graciela Vestena(1)*

*DIAS, Andréa Basílio(1)*

*FAGUNDES, Renata Ferreira(1)*

*MICHELS, Mariama do Amaral(1)*

*STOLZ, Pablo Viana(2)*

*LOBATO, Gabriela(3)*

*1. Discentes do 8º semestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.*

*2. Enfermeiro da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas e Mestrando do Programa de Pós-Graduação de Educação Ambiental da Fundação Universitária de Rio Grande.*

*3. Professora Enfermeira e Mestre da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas.*

### *RESUMO*

Os profissionais de saúde desempenham um importante papel no sentido de assistir o paciente e sua família, pois cabe a eles, enquanto profissionais, refletir sobre a assistência prestada, tendo como objetivo colaborar, para que possam alcançar sua independência e administrar da melhor maneira, dentro de suas limitações, os cuidados necessários à qualidade de vida. Quando prestamos o cuidado muitas vezes nos deparamos com a resiliência que segundo Pesce (2004) é entendida como compreensão do conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio. Este processo resulta da combinação entre os atributos da criança ou jovem e seu ambiente familiar, social e cultural. O estudo teve por objetivo desvelar e intervir em um usuário do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e sua família, sendo realizado durante estágio curricular da disciplina de Psiquiatria em um CAPS no interior do RS. A metodologia utilizada foi o estudo de caso. A partir da assistência de Enfermagem utilizada com uma usuária, percebeu-se em todas as Consultas de Enfermagem a figura do filho (J. 14 anos) como cuidador era muito forte, percebendo-se a inversão de papéis mãe/filho, sendo este um caso de resiliência. Com este estudo constatou-se que a família necessitava de intervenções efetivas, tendo em vista que seus membros transferiam a responsabilidade do cuidado, sobrecarga de atribuições a uma única pessoa. A abordagem em saúde necessária àquela família incluiu a inserção de ações educativas como por exemplo promoção do envolvimento familiar. Neste sentido, reforçamos a importância da atuação do enfermeiro frente a este caso, pois o relacionamento enfermagem/paciente/família é essencial para adquirir confiança, o bem estar durante processo de promoção da saúde e reabilitação do paciente, prestando desta maneira, uma assistência humanizada melhorando a qualidade de vida e reintegrando o indivíduo na sociedade.

---

## REVISÃO BIBLIOGRÁFICA: ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS DA CRONICIDADE DAS DOENÇAS

*Eliane Lavall(1)*  
*Agnes Olschowsky(2)*

*(1)Graduanda do 8º de Enfermagem da UFRGS.Bolsista de Iniciação Científica Pibic/Cnpq UFRGS . Participante do Grupo de Estudo e Pesquisa Em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental*

*(2) Prof.ª Dr.ª da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e coordenadora do Grupo de Estudo e Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental(GEPESM)*

### RESUMO

Os problemas crônicos, em sua grande maioria, afetam os aspectos emocionais e psicológicos do indivíduo. Este trabalho consiste na revisão bibliográfica para identificar, nas produções científicas nacionais, as alterações psicológicas relacionadas às condições crônicas das doenças, os fatores estressores envolvidos nessas patologias e as estratégias de enfrentamento. A metodologia utilizada consiste em uma pesquisa bibliográfica, em que foram usadas as palavras chaves doença crônica, psicologia, estresse para levantamento dos dados. A consulta resultou em 19 referências. Na análise, após a leitura, identificou-se que as alterações psicológicas envolvem ansiedade, medo, depressão e tendem a somatização; fatores estressores podem estar envolvidos na causa da doença, e esta em si também é vista como um gerador de estresse; estratégias de enfrentamento podem ser focalizados no problema ou na emoção e minimizam, respectivamente, a condição clínica da doença e o impacto dos fatores estressores. A formação de grupos também é uma importante estratégia de enfrentamento, para uma vida mais saudável. Conclui-se que o conhecimento e a compreensão sobre os aspectos psicológicos e estressores são importantes para que o paciente desenvolva estratégias de enfrentamento efetivas. A enfermagem pode interferir nesse processo através da formação de grupos que visam ensino-aprendizagem, fornecendo informações, instruções para uma adaptação mais favorável a condição crônica.

**Palavras chave:** enfermagem; doença crônica; psicologia

---

---

## SENTIMENTOS QUE PERMEIAM O ESTÁGIO PRÁTICO EM SAÚDE MENTAL

*Juliana dos Santos Costa(1)*  
*Renata Viecili(1)*  
*Olga Fucks da Silva Oliveira(1)*  
*Maria Lúcia Pastro(1)*

*1. Acadêmicas de Enfermagem da UFRGS.*

### **RESUMO**

Este estudo trata-se de um relato de experiência a cerca dos sentimentos vivenciados pelas acadêmicas de enfermagem durante estágio realizado no Centro de Atenção Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Os sentimentos descritos são despertados a partir do convívio com os usuários e equipe multidisciplinar. Segundo Kantorski (2005) o modo psicossocial é um conjunto de fatores biopsicossociais, que se utiliza além da medicação, de psicoterapia e outras ações para promover a reintegração social, estendendo apoio à família. Os usuários deste sistema são, em sua maioria, portadores de doenças mentais crônicas como a esquizofrenia, portanto a reabilitação de tais pacientes torna-se contínua permeada por regressões e avanços que despertam inúmeros sentimentos no trabalhador da área de saúde mental. A principal impressão que experimentamos neste estágio é a insegurança que surge a cada manejo, dúvidas de como reagir a situações e na resolução dos problemas trazidos levam-nos a momentos de estresse e ansiedade. Devido à instabilidade do ser em sofrimento mental – ora estável, ora em crise – sentimos frustração e impotência em nossas ações. Percebemos que às vezes, as regressões do tratamento independem de nosso manejo, em outras situações produzimos grande avanço com medidas simples e esta resolutividade proporciona satisfação bem como o reconhecimento dos usuários quanto ao nosso empenho. Algumas atitudes dos pacientes desperta-nos empatia, amizade, pena ou até revolta, tal ambivalência dificulta a relação de ajuda por exigir que façamos uma reflexão voltada à nós para depois elaborar o manejo. A cada dia aprimoramos o cuidado, desenvolvendo o olhar crítico para dificuldades de nossos pacientes bem como da equipe a qual estamos inseridas. A experiência do estágio prático em saúde mental é muito válida, apesar de difícil por trazer novos desafios e exigir que o trabalhador exerça sempre o autocuidado e reflexões constantes sobre si e tudo que sente.

---

## VISITA DOMICILIAR: APROXIMANDO PESSOAS E FACILITANDO SOLUÇÕES

*COSTA, Camila Barbosa(1)*

*CARDOSO, Ana Maria(2)*

*1. Acadêmica do 8º semestre de enfermagem da UNISINOS, monitora da disciplina de Promoção à Saúde Mental.*

*2. Enfermeira, mestre em educação, professora da UNISINOS.*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A visita domiciliar é uma atividade que vem sendo muito discutida, implantada e avaliada em várias áreas da enfermagem. Contudo, esta prática pouco é discutida e utilizada na assistência ao portador de sofrimento psíquico. Ao contrário, do que preconiza o Ministério da Saúde, que redimensionou o modelo de assistência em Saúde Mental, baseado nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Este redimensionamento prioriza o atendimento ambulatorial, e toda a rede extra hospitalar que possa apoiar o doente mental e sua família, visando à reabilitação psicossocial do paciente e a sua reinserção social. Enfatizando a permanência do paciente no mundo em que faz parte, e não mais o isolamento, em que esteve confinado durante séculos. O atendimento em saúde mental, na sua grande maioria, não tem acompanhado os avanços técnicos científicos, no que tange a novas medicações, novas especializações em diversas áreas que formam as equipes interdisciplinares, com novos papéis profissionais e enfoques de tratamento. A legislação brasileira e as políticas de saúde pública e mental avançaram, alguns profissionais também, entretanto muitos fatores estão dificultando o retorno do doente mental à sociedade e o direito de permanecer nela e ser igual a qualquer cidadão brasileiro. As políticas atualizaram-se, seguindo o modelo mundial de atendimento em saúde mental, porém os recursos financeiros permanecem escassos e nem sempre distribuídos de forma adequada. O preconceito em nossa sociedade, incluindo trabalhadores da saúde, com os diferentes, ainda é grande. Muitos muros mentais separam os portadores de sofrimento psíquico das pessoas denominadas normais. Assim o retorno à vida social, após uma internação psiquiátrica ou uma crise psicótica, transforma-se num difícil caminho, permeado pela solidão, estigma e preconceito. Somado a isto, as seqüelas estabelecidas ao longo da doença, alteram a capacidade de desempenhar atividades produtivas, de estabelecer relações sociais, de manter o autocuidado e atividades de vida diária dificultando para o portador de sofrimento psíquico o retorno à vida normal. A carência de suporte emocional e social impede a reabilitação e reinserção social do paciente e sua família. **OBJETIVO:** O objetivo deste trabalho é relatar a nossa experiência em visita domiciliar de enfermagem à pacientes portadores de doença mental que freqüentam o Projeto Vivendo e Reaprendendo. **METODOLOGIA:** O Projeto Vivendo e Reaprendendo, situado na cidade de Porto Alegre/RS, destina-se a portadores de doença mental, esquizofrenia, transtorno bipolar e outras psicoses. Oferece um espaço de convivência com adequado suporte de atividades sociais e laborativas que instrumentalizam a manutenção e o retorno às atividades sociais. Possui como características ser uma entidade civil, voluntária, filantrópica, assistencial, apartidária, sem cunho religioso e sem fins lucrativos. As

---

atividades são realizadas por voluntários de varias áreas da saúde e educação: psicologia, educação física, arteterapia, terapia ocupacional, artes plásticas, psiquiatria, entre outras. Semanalmente acontece a reunião de equipe. O Projeto Vivendo e Reaprendendo é local de estágio das acadêmicas da graduação em Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. Realizam estágio prático da disciplina de Saúde Mental, acompanhadas pela professora, duas vezes na semana, sendo responsáveis por atividades de saúde, educação e lazer. As acadêmicas da disciplina de Estagio Curricular I, também, realizam estágio curricular na instituição. As visitas domiciliares surgiram das solicitações feitas pelos familiares dos pacientes na reunião de familiares, que ocorre mensalmente, coordenada pela professora enfermeira e pela monitora da disciplina (que realizou estágio prático da disciplina de Saúde Mental e Estágio curricular I no Projeto). O critério para seleção dos familiares para serem visitados foram às solicitações dos familiares, que apresentavam maior dificuldade na abordagem dos problemas de vida diária. Foram consideradas familiares, as pessoas do núcleo parental e cuidadores, pessoas responsáveis pelo cuidado ao paciente sem ter laços de consangüinidade. A visita domiciliar é realizada pela professora e pela monitora de enfermagem. As visitas acontecem com horário marcado fora do horário de estágio da disciplina de Saúde Mental, geralmente à noite. Objetivamos com as visitas: observar e avaliar o relacionamento do paciente com sua família e/ou cuidador, as principais situações de conflito, conhecer o ambiente em que o paciente vive para que melhor poder auxiliar e estreitar os laços de confiança com os familiares. **RESULTADOS:** Muitos fatos nos chamaram a atenção ao organizarmos e realizarmos as visitas. Entendemos que, é difícil nos mostrarmos por inteiro aos outros, a nossa residência é um espelho nosso, e cada pessoa reage de forma diferente à exposição. Ao agendarmos as visitas na reunião de familiares e na confirmação por telefone, antes da data, podemos observar a ambivalência de alguns familiares. No momento da solicitação ficavam entusiasmados, mas na hora da confirmação mostravam-se indecisos se queriam a visita ou não. Porém, nenhum familiar desmarcou. Ao chegarmos às residências, algumas famílias ao mostrar a casa, desculpavam-se pela falta de organização do paciente, esquecendo que a desorganização, além de ser um sintoma da doença mental, é um dos motivos norteadores da visita. Outros familiares arrumavam o quarto do paciente antes da nossa chegada, como desejassem mascarar os sinais da doença na família. Outro ponto importante observado na visita é a maneira que as famílias se organizam com o aparecimento da doença. Enquanto algumas se unem e enfrentam juntas as dificuldades, outras ao contrário, deixam um membro da família – geralmente do sexo feminino – assumir todas as responsabilidades. Em contrapartida os outros familiares ignoram o paciente, numa tentativa de não aceitar a doença. A variável das visitas foi o diagnóstico do paciente. No discurso dos familiares as diferenças são poucas. As falas contemplam as perdas do paciente com a doença, principalmente quanto ao empobrecimento da vida social, afetiva e profissional, dificuldades no convívio diário, a ansiedade pela comida e cigarro e dificuldades financeiras. A principal preocupação de todos, que gera maior ansiedade, é o futuro do paciente, quem cuidará desta pessoa quando seus pais falecerem, este cuidado se estende ao sustento, pois a maioria dos pacientes visitados não possui aposentadoria. Uma situação dolorosa que vivenciamos foi numa visita a um paciente que é cuidado por uma pessoa não familiar. Este paciente vive em uma casa onde o critério do cuidado é o retorno financeiro, isento de carinho e

---

compreensão. **CONCLUSÕES:** Apesar do pouco número de visitas que realizamos, e a impossibilidade de retornar as casas visitadas, devido à falta de tempo, para melhor avaliação do atendimento prestado, podemos constatar que as visitas domiciliares aproximam os familiares da equipe, as famílias ficam satisfeitas e sentem-se prestigiadas e acolhidas, os pacientes sentem mais seguros, respeitados e compreendidos por sua família e por nós, e nós gratificadas por estarmos colaborando com o atendimento individualizado e qualificado aos pacientes e suas famílias. Muitas situações não podemos modificar. A doença mental em um membro da família afeta o relacionamento e a vida de todos os membros sadios da família. Os relacionamentos e papéis internos necessitam ser ajustados para acomodar a doença e dar continuidade ao funcionamento da unidade familiar. Ressaltamos que, muitas vezes o paciente é o integrante menos doente da família, e o preconceito com a doença mental favorecem a manutenção de muitos véus que encobrem os relacionamentos familiares. Traçamos metas a alcançar, que são o retorno aos lares visitados para avaliarmos e complementarmos nosso atendimento e atender as famílias que estão na lista de espera para serem visitadas. Necessitamos também aprofundar nossos conhecimentos para podermos continuar a ser merecedores da confiança da equipe, de nossos pacientes e familiares, honrarmos a universidade a qual pertencemos e contribuir para uma nova visão do atendimento em saúde mental.

**Palavras-chave:** Doença Mental – Visita Domiciliar - Família.



---

# *Enfermagem e Educação*

---

## A ENFERMAGEM E SEU POTENCIAL EDUCADOR NOS DIFERENTES MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE

*LÚCIO, Daiana da Silva(1)*  
*SOUZA, Cátia(2)*  
*WALDMAN, Beatriz Ferreira(3)*

1. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS
2. Acadêmica de Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFRGS
3. Professora. Mestre da Escola de Enfermagem da UFRGS

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** Os Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil vem sofrendo alterações ao longo dos tempos. As mudanças ocorrem concomitantes à diversificação dos conceitos culturais, econômicos e sociais. A maneira de “fazer enfermagem” dentro de cada modelo assistencial também passa por um processo de transformação e adaptação. Primeiramente, serão apresentados alguns conceitos básicos para que se possa, posteriormente, perceber o enfermeiro na prática da educação em saúde, nos diferentes contextos de trabalho. O enfermeiro deve estar preparado para atuar na área da educação em saúde, pois esta prática vai se fazer necessária nos diversos serviços de saúde em que poderá atuar. Discutiremos a necessidade de repensar o modelo vertical centrado em recomendações, que reforça a idéia de certo e errado, passando a adotar práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde. **OBJETIVOS:** Este trabalho teve como objetivo conhecer na literatura os diferentes modelos technoassistenciais de saúde a partir dos séculos XVIII e XIX e destacar a importância do enfermeiro como educador nos serviços de saúde, fornecendo subsídios para o planejamento do cuidado, já que percebemos a enfermagem como profissão essencial no desenvolvimento e implementação dos modelos assistenciais, presente e atuante nos diversos níveis de atenção em saúde. **METODOLOGIA:** O trabalho foi desenvolvido para conclusão da disciplina Cuidado ao Adulto II. Realizado a partir de uma breve revisão da literatura acerca do assunto, da observação e realização de Consultas de Enfermagem no Ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo Programa de Enfermagem em Saúde do Adulto do Serviço de Enfermagem em Saúde Pública, no período de agosto a novembro de 2006. **RESULTADOS:** A Medicina Científica, considerada como um modelo hegemônico teve origem nos séculos XVIII e XIX, quando a etiologia das doenças passa a ser conhecida. Há um grande investimento em equipamentos, ensino e pesquisas. A enfermagem, anteriormente direcionada ao cuidado espiritual, passa a ter um novo método de trabalho, baseado na organização do cuidado ao doente, do ambiente e utilização de técnicas. Reforça o conceito da doença e do doente e valoriza o saber anatomo-fisiológico, segundo Silva Júnior (1998). O Modelo Assistencial Sanitarista, passou a ter investimento nas décadas de 40 e 50, quando atuava especialmente sobre doenças pestilenciais e infecto-parasitárias. Voltada para os problemas de saúde, condições ambientais e estilo de vida, com ações de saúde projetadas em nível nacional, não contemplando as necessidades de saúde regionais, de acordo com Nunes (1998) e Silva Júnior (1998). O Modelo Comunitário surge no Brasil na década de 60. Os indivíduos e comunidades correspondem aos objetos do cuidado. A proteção da saúde e prevenção da doença passam a ter valorização, ao lado das

---

ações de recuperação. Focaliza o abandono da doença como instrumento de trabalho e a adoção da saúde como objeto de atenção. A enfermagem passa a ser produtora de saber enquanto executora de seu próprio trabalho, mesmo que isso não seja reconhecido dentro da própria profissão, conforme Kohlraush e Rosa (1999). Segundo Freire (2005), ensinar não significa a simples transferência de conhecimentos, mas possibilitar a reflexão com posterior construção do aprendizado. Educação em saúde inclui propostas comprometidas com o desenvolvimento do pensamento crítico da clientela, orientando-se para ações direcionadas à qualidade de vida e promoção da saúde, integrando aspectos físicos, mentais, sociais, culturais e econômicos. No âmbito hospitalar, a prática educadora da enfermeira está voltada às orientações sobre pré e pós-operatório e recomendação de cuidados domiciliares ao paciente e aos seus familiares. Os serviços comunitários de saúde possuem um grande potencial de educação em saúde, caracterizados pela proximidade da população e maior possibilidade de acompanhamento da mesma. Nos últimos anos, houve um aumento considerável de Programas de Saúde da Família (PSF) e Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Segundo Lucena (2006), estes programas constituem um espaço que permite construção de saberes e fazeres na enfermagem, no campo da educação em saúde. As visitas domiciliares permitem a continuidade do cuidado prestado ao paciente e sua família. A Consulta de Enfermagem também representa um espaço importante para o desenvolvimento de atividades educacionais pelo enfermeiro. Reconhecemos a importância desta atividade, mas salientamos que o papel de educador não deve restringir-se a um consultório, apenas. O enfermeiro pode exercer a Consulta de Enfermagem e o papel de educador no ambiente hospitalar, ambulatorial e comunitário. As orientações de enfermagem devem ser munidas de criatividade e dotadas de vocabulário adequado, que facilitem compreensão do paciente, proporcionando um cuidado individualizado, contribuindo para melhoria na qualidade de vida e influenciando diretamente na auto-estima. O trabalho em grupo é mais uma alternativa ao desenvolvimento de práticas educativas de enfermagem. Os grupos permitem a expressão dos indivíduos, possibilitando que compartilhem suas dificuldades e/ou facilidades, trocando experiências e contando com ajuda de profissionais capacitados.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** É necessário que tenhamos um conhecimento, mesmo que breve, sobre tudo que foi “feito” e “pensado” em saúde no nosso país, refletindo sobre a representação da enfermagem nos diferentes modelos de assistência à saúde. Os modelos assistenciais sofreram modificações ao longo da história, no entanto, nenhum deles deixou de existir completamente. Diante de tantas possibilidades de atuação, o enfermeiro destaca-se no planejamento e execução de ações de saúde. Essas ações de saúde são voltadas para o cuidado integral do indivíduo, família e comunidade, possibilitando que os mesmos possam ser atuantes no processo de promoção do auto-cuidado, prevenindo agravos à saúde. O enfermeiro precisa conhecer e valorizar seu papel na promoção, prevenção e recuperação da saúde, podendo desenvolver educação em saúde no âmbito hospitalar, ambulatorial, domiciliar ou em consultório particular. Hoje percebemos que mais importante do que a doença e seu tratamento, é pensarmos no indivíduo e no seu estado de saúde, buscando caminhos para promover a saúde e protegendo-o da doença.

**Palavras-chave:** Modelos Assistenciais. Educação em Saúde. Enfermeiro educador.

---

## CONVICÇÕES DOS DOCENTES A CERCA DO REFERENCIAL TEÓRICO CUIDADO HUMANO

*Gabriela Bottan (3)*  
*Dulce Maria Nunes(4)*  
*Felipe Frare(5)*  
*Rogério Fleck De Oliveira(3)*

- 1. Aluna do 8º semestre da Escola de Enfermagem UFRGS. Bolsista voluntária.*
- 2. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem. Doutora em Enfermagem.*
- 3. Alunos do 4º semestre da Escola de Enfermagem. Bolsistas voluntários.*

### RESUMO

Este artigo trata sobre como o docente insere o referencial teórico no ensino do cuidado humano, na prática de cuidado em sua disciplina. Tem como objeto o desvelamento e a compreensão do ensino e prática do cuidado humano sob a ótica dos docentes e a inquietação dos pesquisadores enfoca os protagonistas do ensino do cuidado humano como possibilidade de conhecer as várias formas de ensinar didática de conceitos e uma nova estratégia de ensino. Heidegger (1971) proclamou que a história carrega e determina toda a condição e situação humana: a análise fenomenológica com base em Merleau Ponty e Martins (1992, p.59), consta de descrição, redação, compreensão seguida de interpretação. Proporcionou ao pesquisador o encontro com a manifestação do fenômeno que se resume em quatro grandes essências: O CUIDADO E A EEUFRGS: O docente relata que teses, dissertações, monografias elaboradas por alunos e professores desta Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), têm tido como temática, o CH; os currículos dos cursos de graduação em enfermagem, em geral têm considerado o ensino do cuidado como relevante. É difícil que professor/aluno vivenciem e compreendam o contexto, do cuidado humano que, sem ter aplicação, perde o sentido. Percebe-se que ele não vem isolado, mas dentro de uma maneira de pensar e dela fazem parte as prerrogativas e a Lei do Exercício profissional é o que rege a prática profissional, do enfermeiro. O docente diz embasar sua prática no CH, mas é possível que outros docentes possam ter abordado o ensino com diferentes referenciais, pois, nem todos têm a compreensão sobre o CH, todavia ele entende ser importante que a universidade leve também a diversidade; professores pensando de forma diferente, acredita no processo de enfermagem. Trabalha com o diagnóstico de enfermagem, o que para alguns docentes isso está na contramão do cuidado humano, no seu modo de pensar, vê de forma diferente, pois pode trabalhar num referencial de cuidado humano, utilizando uma terminologia. O docente acredita que é importante a teoria, mas é também necessário, despertar o interesse do aluno para cuidar; que ele possa começar a dar significados para realidade de cuidar. Na alusão deste docente, o embasamento teórico sobre CH associado às práticas, é a única forma de desenvolver o currículo centrado no CH. Segundo o docente seria necessário aumentar o número de horas práticas das disciplinas. Na preferência do docente toda fundamentação teórica sobre as razões filosóficas, metodológicas, as teorias de enfermagem que respaldam as questões do cuidado, sejam apresentadas ao acadêmico, antes ou concomitantes com a prática. Quando a teoria se distancia muito dos cuidados, do exercício prático, o aluno esquece porque ainda não terá

---

tempo suficiente para assimilar tudo. Ressaltam ser estratégico aproximar os exemplos práticos, ligando-os as disciplinas básicas. Este docente esclarece que o objeto de sua disciplina é a administração. O docente reforça sobre formas de desenvolvimento do currículo conforme acredita: o cuidado deve permear todas as disciplinas, durante toda a graduação; Diz ter certeza porque já recebeu cuidados de ex-alunos. Se o aluno recebeu esta orientação durante o curso, ele vai repetir na prática. Isto é importante que os docentes, façam, que reforcem para os alunos e que quando precisarmos cuidados, recebamos deles, esse cuidado como entendido que seja o ideal. Esses professores compreendem que o cuidado humano deve permear todas as disciplinas, desde a área básica até o final da graduação. Pontuam que o CH deveria permear sempre; tendo ao menos um conteúdo presente. Este é o ponto de dificuldades que tivemos pois, quando o currículo foi elaborado, a intenção era de que o CH fosse permeando as disciplinas, mas na prática, ficou concentrado numa disciplina,. Basicamente a teoria é desenvolvida num módulo. Este docente exemplifica este enfoque talvez como, em sua época de acadêmico, o enfoque do processo de enfermagem segundo Wanda Horta foi desenvolvido e permeou todas as disciplinas e a questão do CH precisa ser introduzida em todas as disciplinas a exemplo do processo de enfermagem. É um ponto a ser discutido entre os docentes pois é possível resgatar a questão do CH em todas as disciplinas da área profissional. Na área básica, os professores poderiam ser alertados e instrumentalizados para compreender porque este, ou aquele aspecto da área básica seja focado como base de conhecimentos que sustentam outros saberes ao longo do curso.

**REAPROXIMAÇÃO DO PACIENTE:** O docente conta que há muito tempo trabalha com “gente”. Em seu entendimento, o cuidado humano é o fato de ser humano e gostar de receber os cuidados de pessoas. Revela que trabalha há muitos anos com enfermagem, e observa que os enfermeiros ainda não vêem o ser humano de uma forma holística concebendo-o de forma fragmentada pois, ainda falamos do paciente com câncer, com aneurisma, e outras patologias; os docentes poderiam exercitar uma relação menos impessoal com os pacientes, chamando-os pelo nome, ensinando ao aluno que, como profissional, deverá delegar menos, os fazeres que são atribuições da enfermeira. Com o decorrer do tempo o enfermeiro começou a delegar suas atribuições; a se afastar do paciente e, os docentes da EE, também poderiam estar realizando mais teoria e prática junto do paciente. O CH é aplicado com e para seres humanos e para que o cuidado seja absorvido, enraizado, o conhecimento científico deve ser aliado à prática e sua aplicação deve ser uma constante que ilumine as maneiras de cuidar.

**VALORES PESSOAIS:** O docente tem em mente que o perfil do aluno mudou muito; o aluno já ingressa na universidade com outra qualidade de percepções do paciente/usuário, mas o que influi muito é aquilo que ele traz da família, se ele recebeu essa formação humana ou não, e isso vai interferir na relação que ele terá com os pacientes. A cultura familiar é uma característica distinta que funciona como um dos pilares do CH. O docente alude que se o aluno recebe o ensino em partes, ele terá dificuldades de ver o todo; o aluno recebe fragmentos do ensino, como se fosse cuidado humano. Este docente revela que quando recebe o aluno, ele está estimulado, mas o conhecimento está todo solto; ele quer cuidar do ser humano, ele conhece o conteúdo e não sabe o que fazer com ele. O docente acentua em sua manifestação a dificuldade que os alunos têm em abordar o usuário, na oportunidade da consulta de enfermagem. Esta abordagem constitui-se de uma prática interativa – matéria que ainda faz parte deste

---

currículo. **RELAÇÃO DOCENTES, CURRÍCULO DA GRADUAÇÃO E O REFERENCIAL DO CUIDADO HUMANO:** Na compreensão deste docente, o cuidado humano como conceito e forma de cuidar, deve ser resgatado pelos docentes e alunos da EEUFRGS. Observa que os professores que aprofundam suas formações em áreas específicas, afastam-se cada vez mais dos acadêmicos. Considera que o ensino da graduação constitui a base da formação do futuro enfermeiro. Percebe que na escola os docentes estão bem preparados para a pesquisa, cada um dentro da sua área mas, estão se afastando cada vez mais da graduação, quando o objetivo é graduar enfermeiros. O docente manifesta que é importante o currículo ser centrado no CH; Compreende a fragmentação das duas áreas porque os próprios docentes não incorporaram este paradigma. Ainda que os professores que cursaram o mestrado em enfermagem tenham cursado a disciplina de CH, continuam trabalhando como anteriormente, só os professores que estavam voltados para essa questão do CH continuam trabalhando com o referencial, os demais não. Acredita que esteja faltando entrosamento entre as disciplinas; a incorporação deste conteúdo CH em todas as disciplinas. Apesar de falar muito sobre cuidado, o docente considera um tema sempre novo, cheio de nuances. Os demais docentes e ele precisam voltar-se mais para a questão do cuidado como um todo: Seria válido estabelecer momentos de trocas de idéias em relação ao CH porque é o foco do currículo da escola, de forma que pudesse ser ampliado nos discursos. Refere que há falta tempo, pois as inúmeras atividades dos docentes propiciam poucos momentos para essas trocas de idéia. Sua sugestão é que se realizem encontros de sensibilização entre os docentes; que os professores fossem cuidados, escutados junto com os acadêmicos; aconteçam seminários sobre o processo de cuidar. Sugerem que existe abertura e já estão sendo realizados espaços de aproximação entre os docentes e alunos com o propósito de troca de idéias sobre questões relativas ao desenvolvimento do ensino, bem como a atual proposta do referencial curricular. Esse desvelamento colaborou para a possibilidade de reflexão conjunta entre docentes e alunos frente a esta realidade que os preocupa.

**Palavras chave:** ensino, enfermagem, docentes, cuidado humano.

---

## ENSINO E PRÁTICA DO CUIDADO HUMANO: A PERSPECTIVA DOS EGRESSOS

*Dulce Maria NUNES(1)*  
*Gabriela BOTTAN(2)*  
*Felipe FRARE(3)*  
*Rogério Fleck de OLIVEIRA(3)*

1. Professora Adjunta da Escola de Enfermagem UFRGS, Doutora em enfermagem.

2. Aluna do 8º semestre de Enfermagem UFRGS. Bolsista voluntária.

3. Aluno 4º semestre da Escola de Enfermagem UFRGS. Bolsista voluntário

### RESUMO

Neste artigo, discorre-se sobre as essências convergentes de um estudo qualitativo, fenomenológico, sustentado pela filosofia de Martin Heidegger, parte da pesquisa intitulada: Ensino e prática do cuidado sob a ótica dos enfermeiros egressos da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EEUFRGS), graduados a partir de 1999, quando a primeira turma de acadêmicos concluiu o curso de graduação orientado pelo currículo como o referencial teórico Cuidado Humano. Entendeu-se que após cinco anos de exercício profissional, esses egressos estariam aptos para contribuir com sugestões para reflexões do corpo docente e da Comissão de Graduação subsidiando as revisões curriculares. No Curso de Graduação da EEUFRGS, o aluno inicia a desenvolver a teoria e a prática de Cuidado Humano junto da paciente e da família numa Unidade de Oncologia Pediátrica, a partir do Módulo Cuidado Humano, no 4º semestre, durante a primeira disciplina profissionalizante do currículo intitulada Cuidado Humano III. O estudo teve como objetivo desvelar e compreender se o modo como o ensino e a prática que foram desenvolvidos durante a disciplina “Cuidado Humano III” ofereceu ao graduando o embasamento relativo ao cuidado humano, para atuar como enfermeiro. O projeto foi encaminhado à Comissão de Ética e Pesquisa da UFRGS, sendo as normas éticas respeitadas de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos (Resolução CNS 196/96). A coleta de dados ocorreu em dezembro do ano de 2005, com a participação de oito egressos que foram escolhidos intencionalmente de acordo com a possibilidade geográfica de serem encontrados, eles responderam as questões norteadoras: “você poderia me falar sobre a consistência dos cuidados que presta aos seus pacientes/usuários?”, “qual é a base teórica desses cuidados?”. Para análise dos materiais seguiram-se os passos da fenomenologia segundo Merleau-Ponty: descrição, redução, compreensão e interpretação de acordo com Martins (1992, p.59). O fenômeno desvelado constituiu-se de três grandes essências: Ensino do cuidado humano como diferencial na formação dos enfermeiros, os egressos relatam as alterações percebidas no currículo, gerando inquietações para os docentes relativo aos aspectos teóricos do cuidado humano. Ao tratar do currículo com um novo referencial teórico, a Comissão de Graduação da EEUFRGS (CONGRAD) privilegiou na mesma importância a teoria e os procedimentos técnicos, visto que para a formação do enfermeiro, o ensino teórico-prático é fundamental. Os egressos relataram que as habilidades técnicas, as experiências adquiridas durante o curso, asseguram ao egresso, competências para cuidar. Ao iniciar o curso, o aluno começa a aprender a cuidar, identificando as necessidades de cada paciente, instrumentalizando-se para desenvolver o plano de cuidados. Os enfermeiros apontaram em suas falas seu modo de cuidar do paciente, o qual já diferem dos cuidados que realizavam na

---

---

academia e são resultantes da experiência atual no exercício da profissão que os auxiliou a desenvolver e qualificar seus modos de proceder. A EEUFRGS, ao formar profissionais, orienta-os como cuidar e refletir sobre o processo de cuidado ao ser humano, este aspecto foi apontado pelos enfermeiros como um ponto positivo do currículo, considerado como a consciência do cuidado. Uma das maiores dificuldades no aprendizado do CH está no exercício da presença ao paciente, muito mais que o desenvolvimento das habilidades psicomotoras, sugerem que os acadêmicos devem valer-se do tempo que têm enquanto acadêmicos para adquirir a base desse cuidado, pois é com esse contato que se desenvolve o diferencial na maneira de cuidar. Os enfermeiros manifestam que a qualidade do cuidado que prestam hoje, procede dos estudos teóricos adquiridos no curso de graduação; a formação do aluno da EEUFRGS abrange, o modo de pensar e agir partindo de normas éticas, postura profissional com objetivo centrado no paciente/usuário. Revelam que aprimoram o seu conhecimento na pós-graduação, nas leituras, porém, sem a base da graduação seria difícil alcançar a qualidade profissional que acreditam possuir. Os egressos apontaram as pesquisas realizadas durante a graduação como uma forma de formar alunos críticos, que saibam teorizar e se mostrar para o mercado de trabalho; Teorias de enfermagem como o aporte teórico, os egressos citaram as teorias como um dos suportes teóricos que mais retiveram durante a formação. Têm sido apontadas como modelo assistencial porque enfocam o “ser humano como ser singular”; Ensino e prática do cuidado humano e relação com o mercado de trabalho, Os enfermeiros revelam que a prática é o teste diário sobre o que eles sabem ou não sabem fazer. No modo de ver dos egressos, a forma como esses valores são analisados no curso de graduação, oferece maneiras de refleti-los na vida profissional. Lembram que os professores compreendiam o desejo “precipitado” dos alunos de realizar muitos procedimentos e orientavam durante os estágios sobre as habilidades motoras, as quais seriam também desenvolvidas com o decorrer do exercício profissional. A manifestação das dificuldades iniciais, relativas as habilidades técnicas, são sentidas quando o enfermeiro entra no mercado de trabalho; referem que sabem cuidar das pessoas, sabem distinguir a vivência do paciente, a importância de mantê-lo no seu convívio familiar, e quando há necessidade dele estar presente ao paciente. Manifestam a importância da busca de novos campos de estágio; situações diversificadas para instrumentalizar o aluno a se preparar para novos domínios, dentre os quais a Enfermagem poderia atuar. Do ponto de vista do egresso, o cuidado humanizado é comunicado de forma ideal, mas para o acadêmico, acaba deixando de lado a prática da gerência e das técnicas e, estas irão absorvê-lo no mercado de trabalho. Os enfermeiros manifestam que os docentes da Escola de enfermagem orientam o aluno a intervir quando observa que as necessidades do paciente não estão sendo atendidas; o aluno passa a reconhecer que a pessoa não é um conjunto de sinais e sintomas, mas o conjunto que a torna humana. Conhecendo essas características dos pacientes, este aluno consegue saber mais sobre o paciente, tal como procedência, cultura e crenças e como deseja ser cuidado. Segundo Taylor (2007, p.45), três conceitos fundamentais para qualquer filosofia de enfermagem: são a reverência diante do dom da vida; o respeito pela dignidade, pelo valor, pela autonomia e pela individualidade de cada ser humano; a iniciativa de agir de forma dinâmica em relação às próprias crenças. O cuidado humano tem sido ensinado para o aluno em forma de conceito, quando na realidade está presente em todas as funções do enfermeiro, até mesmo quando pensa



---

na manutenção da empresa. Cuidar integralmente de um paciente é pensar também na manutenção da instituição, no material, nos gastos, pois sem o material não se pode prestar assistência adequada. O exercício profissional é o grande campo de formação, pois proporciona experiências ainda não vivenciadas pelos profissionais iniciantes. Refletindo sobre as manifestações dos egressos, compreendendo-as como as “coisas” que constituíram o fenômeno, contemplando-as à distância, focando o objeto que foi dado a conhecer em sua multiplicidade de manifestações, exercitou-se um modo de olhar que proporciona discernir entre a tarefa da docência e a apreciação crítica como pesquisador. O significado revelado permite transparecer o contexto do aprendizado e distingue a base teórica do cuidado, descrita pelos egressos, participantes do estudo. Os egressos facultaram aos pesquisadores conhecer de maneira singular, onde e o quê, o ensino da graduação lhes proporcionou um aprendizado consistente sobre cuidado humano, tornando seus desempenhos profissionais caracterizados como destacáveis pelo modo de cuidar, eles tributam essa particularidade à consistência que o referencial curricular confere à essência do cuidar. A tendência das essências acentuou-se no campo da docência, nas limitações dos campos de prática e na relação da academia com os profissionais dos campos de prática. Estão conscientes da necessidade do corpo docente capacitá-los para a realidade do mercado, estar atualizado, sobre a real necessidade de cuidados da sociedade, às recentes descobertas da ciência para melhorar a vida humana; e assim proporcionarem ao acadêmico a instrumentalização/ensino/aprendizagem, formando profissionais comprometidos com o cuidado humanizado, competentes, construindo um estereótipo positivo da profissão do imaginário social.

**Palavras chave:** Ensino; Enfermagem; Aluno; Docente

---

## TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E DA COMUNICAÇÃO NO ENSINO DE ENFERMAGEM

Ana Luísa Petersen Cogo(1)

1. Enfermeiro. Mestrando em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: mensagem\_paulo@hotmail.com. Fone (55) 9996-6790.

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** As universidades brasileiras têm intensificado nos últimos anos a utilização de recursos computacionais no ensino de enfermagem. As novas possibilidades que as tecnologias da informação e da comunicação trazem oportunizam não apenas o desenvolvimento de atividades a distância, mas também incrementam as práticas de ensino presencial. O estudante de enfermagem do século XXI está inserido em uma sociedade na qual a informação é dinâmica, havendo uma convergência entre a socialidade e as tecnologias, que representam uma forma de agregação humana denominada cibercultura (LE MOS, 2002). No entanto, não se pode negar que o emprego da informática na educação não esteja fortemente implicado por aspectos culturais, sociais e econômicos (HANCOCK, 2005). A educação de enfermagem de hoje também é afetada por essa velocidade de mudanças, pela diversidade de informações e pelo binômio medo/fascinação que a informática proporciona. **OBJETIVO:** Desenvolver uma reflexão teórico-prática sobre as contribuições que as tecnologias da informação e da comunicação trazem ao ensino de enfermagem. **ALGUMAS QUESTÕES SOBRE O TEMA:** As tecnologias produzem no ensino de enfermagem um impacto que pode ser verificado através de inovadoras e criativas maneiras de ensinar, com novos temas para investigações e discussões. O ciberespaço oferece um local novo para as interações humanas, no qual o indivíduo assume papel de emissor da informação, ampliando suas relações sociais. Há a introdução da interação do tipo ‘todos e todos’; constituindo uma inteligência coletiva (LÉVY, 2000). As interações nos ambientes virtuais passam da passividade, da escuta, para a atividade da geração de idéias expressas em texto ou som. Quem não ‘clica no mouse’ ou ‘tecla’ não se faz presente nessa nova modalidade de comunicação. Todos são autores das produções textuais ou visuais publicadas na *internet*. A autoria passa a ser coletiva. Exemplo desse fato é a repercussão da Wikipédia ([http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina\\_principal](http://pt.wikipedia.org/wiki/P%C3%A1gina_principal)), na qual qualquer pessoa que acesse pode contribuir com novos dados, corrigir dados já publicados, abrir novos verbetes, publicar imagens, enfim, criar e recriar conjuntamente com outras pessoas. A identidade que os internautas assumem, muitas vezes diferem das suas características biológicas e psicológicas, construindo avatares (bonecos ou objetos que os personificam nos ambientes virtuais). Essas são somente algumas das múltiplas facetas que as interações na internet produzem. Quanto ao ensino de enfermagem pode-se afirmar que a informática não é apenas um facilitador das comunicações, mas age como a possibilidade de acesso às universidades por parte de alunos que de outra forma não poderiam estudar (DEARNLEY; DUNN; WATSON, 2006), de respeito a aspectos éticos do cuidado em enfermagem, ao oportunizar ao estudante a simulação virtual de procedimentos que posteriormente irá executar em humanos (DAL SASSO; SOUZA,

---

2006), de despertar o interesse dos alunos ao ser apresentada uma alternativa atraente de estudar um tema de enfermagem (SCHATKOSKI *et al.*, 2007). A implantação nos currículos de enfermagem de experiências voltadas para a área da informática visa também desenvolver competências para que, como futuros profissionais, tenham habilidades no uso de aplicativos na área administrativa, nas comunicações e no acesso a sistemas de informação (ORNES; GASSERT, 2007). No entanto, a tecnologia computacional não garante que as habilidades práticas de enfermagem serão plenamente desenvolvidas; isso reforça a importância de atividades presenciais integradas (SILVA, 2006). A tecnologia vem para trazer novas possibilidades, não substituindo o papel do professor e do aluno; sua utilização deve ser crítica na medida que se reconhece suas possibilidades e seus limites. A educação a distância ganhou em visibilidade com a mediação realizada por computador, atingindo um público maior se comparada com os métodos de comunicação anteriormente utilizados (correio, material impresso, telefonia). Regulamentada no Brasil pelo decreto do Presidente da República nº 5622 de 19 de dezembro de 2005, a educação a distância prevê a mediação do processo de ensino-aprendizagem realizada por tecnologias da informação e da comunicação, bem como a realização de avaliações finais em encontros presenciais. Cabe destacar que as instituições de ensino superior brasileiras podem oferecer atividades a distância de até 20% da carga-horária do curso, sem necessitar autorização específica. Na enfermagem há relatos de cursos de extensão, especialmente de educação permanente, e de pós-graduação na modalidade a distância, bem como a realização de disciplinas em cursos presenciais de graduação e a integração de atividades semi-presenciais utilizando recursos computacionais. Entre as qualidades apontadas pelos usuários de atividades mediadas por computador, destaca-se a possibilidade de organizar o tempo e o local de estudo, além da interação com colegas e professores (DIAS; CASSIANI, 2003; JULIANI, 2003). A possibilidade de realização de trabalhos em grupos cooperativos em uma perspectiva ativa de aprendizagem, faz com que os ambientes virtuais sejam uma ferramenta valiosa para o ensino de enfermagem (COGO, 2006). Considerando as características dos ambientes virtuais expostas anteriormente, pode-se compreender que o universo da educação a distância traz novas questões e preocupações, diferenciando-se das formas de ensinar e aprender até então utilizadas na educação presencial tradicional. Os papéis desempenhados pelo aluno, pelo professor, as formas de interação entre eles, os materiais de apoio à aprendizagem, são alguns dos aspectos que diferem nas modalidades de ensino. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A informática, se por um lado sofre com as limitações impostas pela precariedade das condições sócio-econômicas, por outro lado pode ser uma ferramenta eficiente na minimização dessas diferenças. A enfermagem está apropriando-se dos recursos tecnológicos para constituir os seus pontos de referência, no que entende como as melhores práticas nas atividades baseadas em computador, produto das experiências que vêm sendo realizadas e avaliadas através de pesquisas (SKIBA; BILLINGS, CONNORS, 2003). Mas, em síntese, pode-se afirmar que as tecnologias trazem múltiplas possibilidades e a enfermagem tem aplicado esses recursos. No entanto, cabe aos professores avaliarem quais são os objetivos educacionais que pretendem atingir, qual é a orientação pedagógica que orienta as suas práticas, refletirem sobre as contribuições de suas metodologias, para então optarem pelos recursos tecnológicos adequados à finalidade proposta.

---

---

## A CONSTITUIÇÃO DA PRÁTICA PROFISSIONAL MODERNA DA ENFERMAGEM NO OCIDENTE A PARTIR DE UMA ANÁLISE DE GÊNERO

*Paulo Fábio Pereira(1)*  
*Roque Ismael da Costa Güllich(2)*  
*Jane LÍlian Ribeiro Brum(3)*

*1. Enfermeiro. Mestrando em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*2. Biólogo, mestre e doutorando em botânica. Professor orientador. Professor titular do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdade Três de Maio de Três de Maio/RS.*

*3. Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professora co-orientadora, titular do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdade Três de Maio de Três de Maio/RS.*

### **RESUMO**

A pesquisa foi construída a partir do trabalho de conclusão de curso em enfermagem no ano de 2005, inclinando-se aos estudos de gênero na profissão. Estes estudos buscam de forma geral desnaturalizar algumas características atribuídas à homens e mulheres. O gênero enquanto ferramenta de análise, possibilita romper com atributos que baseados na biologia constituem relações sociais desiguais entre os sexos, remetendo as diferenças para o campo da cultura. Como ferramenta de análise das práticas de enfermagem pode-se problematizar as identidades de gênero de homens e mulheres, pensando as formas como referidas identidades atravessam e constituem a prática do cuidado. Considerando que os processos de socialização de homens e mulheres apoiam-se em oposições binárias e hierárquicas, em que o elemento masculino então constituído no âmbito social como superior ao feminino, foi socializado como pertencente ao universo público, sujeito da razão enquanto à mulher, nessa perspectiva, foi constituído o universo doméstico e a emoção e isso se reflete na profissão, o assunto mostrasse pontual. O trabalho segue os preceitos éticos da resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. Teve como objetivo discutir qual a concepção que têm da própria profissão, a partir do gênero, as/os enfermeiras/os da região noroeste do Rio Grande do Sul. É um trabalho de cunho qualitativo do tipo exploratório. Os dados foram coletados a partir de um questionário aberto e estruturado aplicado à 17 enfermeiros/as da região, com posterior análise de discurso apoiado em Minayo (2004). Constatou-se que atributos referentes as identidades de gênero manifestam-se na prática da profissão. A maioria dos/as enfermeiros/as desconhecem os atravessamentos do gênero na prática, percebendo-a como um dom, uma vocação, em que as “habilidades de gênero” são vistas como naturais. Percebe-se que assuntos referentes ao estudo de gênero e a enfermagem carecem ser mais problematizados nos bancos acadêmicos.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Gênero; Ensino.

---

## A EDUCAÇÃO EM SERVIÇO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

*Fabiana Zerbieri Martins(1)*

*Laura de Azevedo Guido(2)*

*Ivana Caetano Bordin(3)*

*1. Acadêmica do oitavo semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – RS. Bolsista BIC/Fapergs 2006/2007. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem e Saúde./GEPES/UFSM.*

*2. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM – Coordenadora da Linha de Pesquisa: “Stress, Coping e Burnout” Professora Coordenadora da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto em situações Críticas de Vida.*

*3. Enfermeira do Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Santa Maria/HUSM/UFSM. Enfermeira da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA – Canoas/RS.*

### RESUMO

Este trabalho surgiu a partir de leituras das bibliografias encontradas durante a elaboração do Projeto de Assistência do Estágio Supervisionado de oitavo semestre do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-RS. Trata-se de uma revisão bibliográfica sobre a educação em serviço no Centro Cirúrgico. A leitura e discussão dos textos, aliadas a experiência durante o estágio assistencial na Unidade de Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), despertaram a necessidade de refletir sobre a educação em serviço nesta unidade. O centro cirúrgico é uma unidade complexa que engloba avançadas técnicas diagnósticas e terapêuticas e a necessidade de um quadro de pessoal com qualificação para atender esta demanda. Durante os procedimentos anestésico-cirúrgicos, muitos fatos imprevisíveis podem acontecer, exigindo da enfermagem organizar o trabalho de forma eficiente, providenciar ambiente e materiais seguros e oferecer segurança e conforto a equipe e ao paciente. O enfermeiro, durante o gerenciamento da unidade, deve possibilitar a sua equipe, capacitação para atender às exigências do serviço e estímulos ao seu bem-estar físico e mental. A educação em serviço surge como instrumento para uma prática em enfermagem qualificada, à medida que ocorre um diálogo entre os profissionais, na tentativa de atingir um objetivo comum. De acordo com Koizumi et al (1998), “a participação das enfermeiras é essencial, tendo em vista seu contato permanente com os membros da equipe e por ter as melhores condições de perceber a realidade e avaliar as necessidades por ele sentidas”. O contexto do atual mercado de trabalho, exige um profissional competitivo e dotado de variadas habilidades. Aliado a isto, encontra-se a necessidade dos profissionais em pensar estratégias para renovar conceitos, no sentido de acompanhar e promover a resolutividade das ações em saúde.

---

---

A INFLUÊNCIA DA ESPIRITUALIDADE NO COTIDIANO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM  
THE INFLUENCE OS SPIRITUALITY IN THE DAILY NURSING WORK

*Priebe, Priscila Cauduro(1)*  
*Cardoso, Teresinha Valduga(2)*

*1. Mestre em Saúde Coletiva, Professora Titular do Curso de Enfermagem da ULBRA – Canoas/RS*  
*2. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF UFRGS).*

**RESUMO**

A espiritualidade é definida como uma conexão entre o eu, os outros, uma força de vida ou Deus, que permite as pessoas experimentarem a autotranscendência e encontrarem um significado para a vida; auxilia no descobrimento dos propósitos da vida. O objetivo foi conhecer de que forma a espiritualidade se expressa no cotidiano de trabalho dos profissionais de enfermagem e compreender sua confluência com o cuidado. A pesquisa caracteriza-se como descritiva exploratória com abordagem qualitativa, que enfatiza a compreensão da experiência humana como é vivida. Realizada pela pesquisadora no mês de maio de 2006 e envolvendo 5 enfermeiras e 5 acadêmicas de enfermagem com formação de técnico de enfermagem, todas atuando por mais de um ano na profissão. A captação das informações deu-se por entrevistas semi-estruturadas, gravadas em fita cassete, transcritas e analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo(1). Os resultados emergiram das verbalizações, unidades de registros que foram inseridas nas três categorias definidas “a priori” pelas questões norteadoras: compreensão do significado da espiritualidade: religião, consciência, fé e alma; expressão da espiritualidade: respeito ao próximo, confiança em si e convívio social; influência da espiritualidade no cuidado: cuidado com a terminalidade, resolução de conflitos, cuidado humanizado, valorização da crença e trabalho em equipe. Os resultados mostram que na percepção dos profissionais de enfermagem a espiritualidade é o elo que une o profissional ao humano, ao ser integral que vislumbra perspectivas diferentes e projeta o seu querer ao melhor, ao próximo e a qualificação de suas inúmeras relações.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Espiritualidade; Cuidado.

---

---

APLICAÇÃO DA TÉCNICA DELPHI COMO MÉTODO DE VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO – UM  
RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Débora Francisco do Canto(1)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(2)*  
*Adele Kuckartz Pergher(2)*  
*Deborah Hein Seganfredo(1)*  
*Débora Vianna Eckert(1)*  
*Miriam de Abreu Almeida(3)*

1. Acadêmica do 8º semestre do curso de Graduação em Enfermagem-UFRGS  
2. Acadêmica do 9º semestre do curso de Graduação em Enfermagem-UFRGS  
3. Professora coordenadora do projeto de pesquisa

**RESUMO**

Este relato de experiência foi baseado na vivência das autoras enquanto participantes de um projeto de pesquisa que utiliza a Técnica Delphi como método de validação de conteúdo do mapeamento das intervenções de enfermagem. Segundo Faro (1997) a Técnica Delphi possibilita obter consenso de grupo acerca de um determinado fenômeno. No projeto de pesquisa em questão, as autoras utilizam este método para validar o mapeamento dos cuidados de enfermagem prescritos para pacientes ortopédicos adultos submetidos à Artroplastia Total de Quadril ou Joelho, referente à três diagnósticos de enfermagem às intervenções contidas na Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC. De acordo com Martino (1993) apud Giovinazzo (2001) pode-se afirmar que Delphi é uma ferramenta que busca um consenso de opiniões de um grupo de especialistas (*experts*). seleção das participantes (*experts*) foi realizada através de contato com cursos de graduação e pós-graduação em Enfermagem. Solicitou-se aos responsáveis que indicassem enfermeiros/docentes de sua Instituição e formas de contato com os mesmos. As *experts* que aceitaram participar receberam via e-mail ou correio o instrumento a ser respondido juntamente com uma carta contendo esclarecimentos acerca dos pressupostos do estudo. Na primeira rodada do estudo foi enviado um total de 34 questionários. Vinte e seis *experts* retornaram o material respondido, obtendo-se um índice de devolução de 76% dos instrumentos. Após tabulação e análise dos dados constatou-se a necessidade de se realizar uma nova rodada de respostas, visto que alguns cuidados não haviam atingido 70% de concordância pelas *experts*. Nessa primeira rodada também pode-se constatar que algumas *experts* não responderam adequadamente o instrumento ou não entenderam a proposta do estudo. Vimos isto como uma limitação da pesquisa, visto que compromete a qualidade dos dados. Para esta segunda rodada, pretendemos reformular a carta de esclarecimentos anexada ao instrumento.

---

---

## APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMAS NA ENFERMAGEM: PRÁTICA DE ENSINO EM AMBIENTE VIRTUAL

*Raquel Yurika Tanaka(1)*  
*Ana Luísa Petersen Cogo(2)*  
*Eva Neri Rubim Pedro(3)*  
*Vanessa Menezes Catalan(1)*

1. Acadêmicas de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF UFRGS).

2. Professora Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da EENF da UFRGS, doutoranda do PPGENF UFRGS.

3. Professora Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da EENF da UFRGS, doutora em educação.

### RESUMO

As práticas educativas na enfermagem tem integrado as tecnologias da informação e da comunicação ao ensino presencial, desenvolvendo conteúdos com objetos de aprendizagem digitais sobre temas que contemplam a disciplina de fundamentos de enfermagem. Com a finalidade de introduzir o estudo de ‘verificação de sinais vitais’ foi produzido em 2006 pelo Laboratório de Ensino Virtual (Levi) seis hipertextos orientados pela metodologia da aprendizagem baseada em problemas. O objetivo desse trabalho é o de relatar o planejamento, a aplicação e a avaliação dos conteúdos sobre ‘verificação de sinais vitais’ junto a estudantes de enfermagem. O desenvolvimento do material digital foi organizado após o levantamento de concepções presentes no senso comum sobre sinais vitais. No intuito de problematizar os saberes que os estudantes encontram no seu cotidiano, propõem-se a formulação de hipóteses para a integração com conceitos estudados nas disciplinas de ciências básicas da saúde. Assim, a reflexão sobre a prática torna-se uma constante durante o percurso realizado pelo usuário na exploração do material digital. Inicia-se pela familiarização com o ambiente virtual de aprendizagem que hospeda os objetos de aprendizagem. Concomitantemente são formados os grupos de estudos a serem orientados por professora e monitora. Os encontros do grupo de trabalho e as mediações das orientadoras ocorrerá presencialmente e em ambiente virtual através de fórum de discussão e de bate-papos agendados. A avaliação ocorrerá por todos envolvidos no processo através de auto-avaliação e de análise das produções publicadas em *portfólio*. Os grupos apresentarão em seminário a definição do problema, as hipóteses elaboradas, a sistematização das explicações para o problema, os objetivos da aprendizagem, síntese dos conhecimentos adquiridos. Conclui-se, considerando que uma proposta pedagógica ativa unindo o presencial ao uso de ambiente virtual possa ampliar a preparação dos estudantes de enfermagem para posturas mais críticas e contextualizadas frente aos casos que lhe são apresentados.



---

EDUCAÇÃO EM SERVIÇO - INTRODUTÓRIO NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA  
(SEPED): UMA EXPERIÊNCIA PILOTO

*Giovana Ely Flores(1)*  
*Fernanda Perdomini(2)*

*1. Professora da Escola Técnica de Enfermagem Hospital de Clínicas. Enfermeira Especialista em Neonatologia e Saúde Coletiva.*  
*2. Professora da Escola Técnica de Enfermagem Hospital de Clínicas. Enfermeira Especialista em Obstétrica, Professora Substituta do Departamento Materno-Infantil da UFRGS.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Seguindo a proposta do Introdutório do Hospital de Clínicas (HC) de acompanhar os funcionários recém-admitidos da enfermagem durante o período de experiência nas unidades assistenciais, as professoras da Escola Técnica de Enfermagem (ETE) com o apoio da enfermeira da Ação Diferenciada do Serviço de Pediatria (SEPED), iniciaram este projeto Piloto na unidade 10ºN. Com a colaboração da enfermeira assistencial desta unidade, foram elaboradas a metodologia e os conteúdos deste projeto. Também foram incluídos os funcionários com mais experiência nesses encontros, para a troca de saberes. **OBJETIVOS:** Apresentar através deste relato, a experiência desenvolvida no acompanhamento dos funcionários recém-admitidos da enfermagem no 10º N durante o período de experiência. **METODOLOGIA:** Conforme demandas de entrada de funcionários novos, foram formadas turmas de 6 pessoas, incluindo os funcionários com mais experiência e enfermeiras. Foram realizados 3 encontros de 4 horas para cada turma na ETE, sendo abordados conteúdos com o intuito de problematizar, capacitar e atualizar os conhecimentos pertinentes à área de Pediatria, iniciando sempre com dinâmicas de grupo para acolhimento e após aulas teórico- práticas em laboratório. **RESULTADOS:** Houve uma ampliação de saberes e valorização do processo de escuta como estratégia para a melhoria da qualidade do cuidado. De todos os funcionários acompanhados, apenas um afastou-se do trabalho por problemas de saúde. Os demais foram efetivados, referindo estarem mais seguros nas suas atividades e menos ansiosos. Frente aos resultados positivos, neste momento estamos iniciando estes acompanhamentos na unidade do 10º S.

**Palavras-chave:** educação-introdutório-pediatria.

---

---

ENFERMAGEM E SAÚDE ESCOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM TRABALHO  
DESENVOLVIDO COM NORMALISTAS

*Adão Marcelo Jornada do Amaral; Aline da Cruz Strasburg; Marina Zang Sulzbach; Sandra di Domenico;  
Sara Brandão Rabassa; Sibebe Ezequiel da Silveira; Sibebe Schaun (1)  
Vera Lúcia de Oliveira Gomes(2)  
Adriana Dora da Fonseca(2)*

*1. Acadêmicas (os) do sétimo semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Fundação Universidade Federal do Rio Grande. FURG.*

*2. Enfermeiras. Doutoradas em Enfermagem. Professoras do Departamento de Enfermagem da FURG. Líderes do Grupo de Estudos e Pesquisas sobre Enfermagem, Gênero e Sociedade.*

### RESUMO

Com o objetivo de construir, com alunas do curso de Magistério, de uma escola pública do município do Rio Grande, conhecimentos para subsidiar o Programa Saúde e Prevenção nas escolas, a disciplina prática de Assistência de Enfermagem a Criança e ao Adolescente I, do Curso de Graduação em Enfermagem da FURG, é a única disciplina que desenvolve atividades específicas com os/as adolescentes, portanto utiliza uma carga horária de 45 horas semestrais em escolas públicas do município, implementando o projeto até então denominado “Saúde Escolar”. Por meio dele, procura discutir com adolescentes quais são as necessidades e dificuldades encontradas para um adolescer saudável. Foram realizados 4 encontros com este grupo de normalistas durante o segundo semestre de 2006, utilizando-se do horário normal de aula e na sala de audiovisual da escola. O fato delas já possuírem conhecimento de didática requeria maior capacitação e melhor desempenho das acadêmicas durante o preparo e a realização do trabalho que foi desenvolvido por meio de oficinas e dinâmicas de grupo. Os temas foram propostos pelas próprias normalistas entre estes, foram trabalhados aspectos referentes à higiene corporal, imunizações, auto cuidado, anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor masculino e feminino, métodos anticoncepcionais, gênero e sexualidade. Os assuntos abordados foram trabalhados visando tanto a promoção do auto cuidado quanto subsidiar a futura prática profissional do grupo. A realização deste trabalho demonstrou que o Cuidado de Enfermagem vai além do atendimento hospitalar e ambulatorial, rompendo o preconceito de que ele só ocorre quando a saúde não está presente e reforça a noção de que trabalhar com promoção da saúde também é uma forma de cuidar.

---

---

## EXPECTATIVA DO ALUNO TÉCNICO EM ENFERMAGEM SOBRE SUA FUTURA ATUAÇÃO NO MERCADO DE TRABALHO

*Elisete da Silva(1)*

*1.Enfermeira. Pós-Graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e Universidade Corporativa Mãe de Deus.*

### RESUMO

A futura atuação no mercado de trabalho é algo sempre latente no estudante, e o estudante do técnico em enfermagem tem isso muito presente, pois é uma profissão que abre um leque enorme para atuações. OBJETIVOS: (1) verificar a diferença entre expectativas dos alunos que cursam o 1º semestre e dos alunos que cursam o 3º semestre do curso técnico em enfermagem, em relação a sua futura atuação no mercado de trabalho e (2) descobrir o que influencia na escolha de uma determinada área de atuação. METODOLOGIA: Trata-se de um estudo do tipo exploratório, desenvolvido a partir da abordagem quantitativa-qualitativa. Para responder os objetivos procede-se a primeira etapa da pesquisa, que constou de uma visita a uma Escola Técnica de Canoas, onde foi aplicado um questionário com os alunos do primeiro semestre e os alunos do terceiro semestre com a seguinte pergunta: Quando você se formar em que área gostaria de atuar? Por quê? RESULTADOS: Os alunos do 1º semestre, em sua maioria, gostariam de atuar em Emergência e em Pediatria. Já os alunos do 3º semestre, em sua maioria, gostariam de atuar em Emergência, seguido da opção por Bloco Cirúrgico. As expectativas não mudaram muito no decorrer do curso, os resultados encontrados mostram que tanto alunos iniciantes como alunos que já estão no final do curso mantêm a esperança de trabalhar em emergências, muitos citam que gostariam de salvar vidas. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Descobrir a expectativa do aluno é fundamental para o professor, desde a maneira de preparar suas aulas até os exemplos que ele se utilizará no decorrer delas, o professor passa a ser um co-autor desta expectativa.

---

---

GRADUANDO ENFERMEIROS  
O CUIDADO HUMANO E AS DISCIPLINAS PROFISSIONALIZANTES

*Dulce Maria Nunes(1)*  
*Rogério Fleck de Oliveira(2)*  
*Gabriela Bottan(3)*  
*Felipe Frare(4)*

*1. Professora Adjunta do Departamento Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutora em Enfermagem.*

*2. Acadêmico do 4º semestre de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Bolsista voluntário.*

*3. Acadêmica do 8º semestre de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Bolsista voluntária.*

*4. Acadêmico do 4º semestre de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Bolsista voluntário.*

**RESUMO**

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa, fenomenológica, que tem como apoio teórico a filosofia de Martin Heidegger. Como propósito de investigação, os pesquisadores desejaram desvelar e compreender como o docente insere o ensino do referencial teórico curricular cuidado humano durante a prática de suas disciplinas do curso de graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENFUFGRS). Tem como objeto o desvelamento e a compreensão do ensino e da prática do cuidado humano sob a ótica dos docentes da EENFUFGRS. Os sujeitos do estudo são oito docentes os quais, foram convidados a responder a questão norteadora: de que modo você insere o referencial teórico cuidado humano no desenvolvimento da prática de sua disciplina? O projeto foi encaminhado à Comissão de Pesquisa e Ética. Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos (Resolução CNS 196/96). A análise fenomenológica possibilitou ao pesquisador o encontro com a manifestação do fenômeno, orientando-o ao processo de compreensão. Revelaram-se momentos do desenvolvimento do ensino da prática do cuidado que são fundamentais para a formação do profissional. Os pronunciamentos expressos pelos docentes participantes do estudo demonstraram o investimento de que se constitui a prática da docência e sua tradução no ensino do cuidado ao formar enfermeiros. Este ensino representa a base da formação e se mostrou como uma preocupação no desenvolvimento do currículo. Esses atores têm a condição de assumir-se como tal, diante desse mundo que se mostra e se oculta. Os estudos sobre o desafio de ensinar a cuidar estão permitindo aos pesquisadores perceberem a indispensável vivência conjunta do professor/aluno no contexto desse ensino de enfermagem, o aluno que não revela em sua história momentos de satisfação, afeto e felicidade, necessariamente deve ser acompanhado em sua tarefa de aprender a cuidar.

---

## HOMENS E A PRÁTICA DA ENFERMAGEM A PARTIR DAS RELAÇÕES DE GÊNERO

*Paulo Fábio Pereira(1)*  
*Dagmar Elisabeth Estermann Meyer(2)*

*1. Professora orientadora. Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*  
*2. Enfermeiro graduado pela Escola de Enfermagem pela UFRGS.*

### RESUMO

Este estudo tem como objetivo discutir alguns dos modos pelos quais os discursos que instituíram e continuam apresentando a enfermagem como profissão feminina de-limitam a opção profissional e incidem sobre o processo de formação de estudantes do sexo masculino, em um curso de graduação localizado em Porto Alegre/RS. Trata-se de um trabalho de cunho qualitativo exploratório, de reflexão. Foi construído a partir do projeto de dissertação de mestrado em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A investigação está inscrita no campo dos estudos culturais e de gênero pós-estruturalistas, com análise discursiva apoiada em Foucault, a fim de problematizar noções universalistas de homem e de mulher para tensionar os sentidos que adquirem esses corpos como são posicionados no exercício da enfermagem. Primeiramente são apresentados alguns fragmentos históricos da profissão, respectivos ao período denominado como pré-nightingaleano e nightingaleano por ter sido este o modelo de enfermagem profissional implantado no Brasil na década de 1920 e por ter sido um modelo que estruturou a profissão como “naturalmente” feminina. Em um segundo momento são discutidas as formas como são instituídas representações sociais de gênero masculinas e femininas no interior de uma dada cultura, focalizando, por exemplo, uma profissão como a enfermagem visando delimitar alguns processos, que, fundados no pressuposto de diferenças ancoradas num corpo biológico, passam a subjetivar indivíduos e a constituir desigualdades sociais. Pensa-se que tal proposta venha a desnaturalizar as práticas de enfermagem vistas como femininas, tornando seu exercício por homens menos problemático.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Pós-Estruturalismo; Gênero.

---

O ACOLHIMENTO DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM (TE) RECÉM-ADMITIDO NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA) - UMA ANÁLISE CRÍTICA DOS EDUCADORES EM SAÚDE

*Ana Valéria Furquim Gonçalves(1)*  
*Elisabeth Lopes(2)*

*1. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Emergência do HCPA.*  
*2. Pedagoga da Escola Técnica de Enfermagem do HCPA.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Historicamente, a formação dos profissionais sempre foi foco de atenção no HCPA, concretizando-se por meio de programas de educação continuada. Em 2005, a Escola Técnica de Enfermagem (ETE) do HCPA iniciou uma parceria com as diversas áreas do Grupo de Enfermagem, no sentido de somar esforços no desenvolvimento de ações educativas que pudessem superar a construção de saberes e práticas em saúde, pautada numa perspectiva lógico-racionalista, para uma concepção problematizadora dos processos de trabalho. Foi criada, então, uma proposta de acolhimento para os TE, recém-admitidos no SEE, implantada em 2005. **OBJETIVO:** Relatar uma análise crítica, a partir das percepções das educadoras em serviço, das ações educativas feitas no acolhimento. **METODOLOGIA:** Para construir a proposta realizamos uma sensibilização da equipe de enfermagem através de planejamentos participativos, envolvendo as educadoras da ETE, SEE e consultoras da Coordenação de Gestão de Pessoas. O acolhimento visa integrar o funcionário na instituição, valorizando suas experiências, conhecimentos e compartilhando, com estes, os novos modos de trabalho. No desenvolvimento das ações educativas são feitas avaliações participativas. Em um ano e meio foram acolhidos 33 TE. Neste período, os educadores em serviço reuniram-se para avaliação das ações desenvolvidas a fim de ratificá-las ou replanejá-las. **CONSIDERAÇÕES:** Percebemos que os TE se sentem valorizados, reconhecidos em seus saberes e menos ansiosos em relação ao novo processo de trabalho. A criação deste espaço educativo foi significativa para uma integração satisfatória do TE.

---

---

RODADAS DE CONVERSA SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE NO SERVIÇO DE ENFERMAGEM  
MATERNO-INFANTIL (SEMI): UMA EXPERIÊNCIA PILOTO

*Fernanda Perdomini(1)*  
*Giovana Ely Flores(2)*  
*Cibeli de Souza Prates(3)*

*1. Hospital de Clínicas. Professora da Escola Técnica de Enfermagem. Enfermeira especialista em Obstétrica, Professora Substituta do Departamento Materno-Infantil da UFRGS.*

*2. Hospital de Clínicas. Professora da Escola Técnica de Enfermagem. Enfermeira especialista em Neonatologia e Saúde Coletiva.*

*3. Docente do curso de Enfermagem da ULBRA e IPA. Enfermeira especialista em Obstetrícia. Mestre em Enfermagem.*

**INTRODUÇÃO:** Seguindo a proposta das Rodadas de Conversa sobre o Trabalho em Saúde (RCTS), as professoras da Escola Técnica de Enfermagem, a consultora da área e a enfermeira da Ação Diferenciada do Serviço Materno-Infantil (SEMI), iniciaram este Projeto Piloto na Unidade de Internação Obstétrica (UIO) no Hospital de Clínicas (HC). Esta metodologia criada por CAMPOS (2001), propõe as rodadas como espaços para discussão sobre o processo de trabalho das equipes de saúde, bem como, processos sociais e subjetivos nos quais as pessoas ampliam a capacidade de compreender-se a si mesmos, aos outros e ao contexto, trocando experiências e saberes e discutindo problemas. O resultado é o amadurecimento destas pessoas e a ampliação das possibilidades de agir sobre estas relações. As RCTS vem sendo realizadas no HC, como experiências-piloto, inseridas num processo de Educação em Serviço com nuances de Educação Permanente. **OBJETIVOS:** Apresentar a experiência das RCTS, desenvolvidas com a equipe de enfermagem da UIO, nos turnos manhã, tarde e noite 1, utilizando o ambiente de trabalho como espaço educativo para reflexão e análise do processo de trabalho. **METODOLOGIA:** A metodologia utilizada para o desenvolvimento das RCTS foi a seguinte: quatro encontros de uma hora, em horários pré-definidos pela equipe da UIO, dentro da jornada de trabalho. Estes encontros tinham como objetivo: promover a análise, reflexão e discussão sobre o processo de trabalho da equipe, levantar questões pertinentes e propor estratégias para a melhoria da qualidade do cuidado. **RESULTADOS:** Através destes encontros, os funcionários puderam refletir, individual e coletivamente, sobre o seu processo de trabalho, indicando os nós críticos deste processo. Como resultado, também houve maior aproximação entre os membros da equipe de enfermagem, assim como, a ampliação e valorização do processo de escuta. Está prevista a continuidade desta experiência no turno da noite (noite 2 e noite 3). **Palavras-chave:** educação-saúde-reflexão.

---

# *Enfermagem na Saúde Coletiva*



---

## ABORDAGEM PROFISSIONAL NO SUL DO BRASIL NA POLÍTICA À SAÚDE DO IDOSO.

*Daiana Cristine COCCONI(1)*  
*Carmen Lucia Mottin DURO(2)*

*1. Enfermeira, graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

*2. Professora Ms. Departamento de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O Brasil será o sexto país do mundo em número de idosos até 2025, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A desinformação sobre a saúde do idoso e os desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública ainda são considerados elevados em nosso contexto social. Desde a década de 80 até o ano 2000, a população com 60 anos ou mais cresceu 7,3 milhões, totalizando mais de 14,5 milhões em 2000 (1). Estudos apontam que a rede de serviços de saúde deve assumir mudanças que possibilitem, ao atual perfil demográfico e epidemiológico dos idosos, a oferta de atendimento especializado de geriatria com forte enfoque na reabilitação (1). Sendo a enfermagem percussora de responsabilidade social na divulgação de programas para o bem-estar da população, articulação entre membros de equipes de saúde, a motivação do presente estudo está em verificar as ações realizadas em prol da saúde do idoso no país. Este estudo fez uma reflexão e construção de um panorama do que está sendo possível cumprir, nos estados do sul do país, tendo em vista as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (2), construída com apoio de vários Ministérios Brasileiros. **OBJETIVO:** Comparar as diretrizes propostas na Política Nacional de Saúde do Idoso (2) relacionadas à promoção do envelhecimento saudável e manutenção da capacidade funcional; assistência às necessidades do idoso; apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e, apoio a estudos e pesquisas, com a prática dos profissionais de saúde coletiva da região sul brasileira que abordem estas temáticas na implantação e realização de programas de saúde para este segmento populacional. **METODOLOGIA:** Foi utilizada a pesquisa bibliográfica para se atingir os resultados almejados. Foram analisados artigos científicos do período de 1999 a 2005 que trataram sobre atividades, estudos e experiências em saúde realizadas com idosos na região sul do Brasil. Os descritores utilizados foram: *idoso, saúde do idoso, atenção primária à saúde e serviços básicos de saúde*. Realizou-se a busca de artigos a partir da pesquisa avançada no portal da BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) e no portal de acesso livre da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Da pesquisa resultaram 93 artigos analisados, 06 constituíram a amostra desse estudo. Decidiu-se trabalhar com categorias e foi escolhida a análise de conteúdo temática de Minayo (3) para tornar clara a análise comparativa entre as diretrizes propostas na política citada e as experiências na prática de saúde coletiva da região sul. **RESULTADOS:** Surgiram quatro categorias: **MANUTENÇÃO DA CAPACIDADE FUNCIONAL E ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL COM QUALIDADE DE VIDA:** Entre os artigos estudados, Gazalle *et al* (4), realizou um estudo com indivíduos de 60 anos ou mais, de Pelotas, RS. Os

---

autores conseguiram associar a depressão com fatores de ordem social como o desemprego, facilitador de desordens tanto emocionais quanto econômicas, evidenciando o sofrimento pela desvalorização do ser idoso. Para a Política Nacional de Saúde do Idoso (2), a promoção do envelhecimento saudável busca satisfazer o idoso através da melhoria constante de suas habilidades funcionais, para Gazale *et al* (4), o fato de o idoso não manter uma atividade, ainda que não remunerada, pode trazer a ociosidade e desencadear sintomas depressivos. O artigo de Lopes e Silva (5) aponta para a adoção de novas atitudes baseadas em conhecimento e habilidades para o autocuidado, levando o cliente à aprendizagem necessária à manutenção da sua independência e envelhecimento saudável com qualidade de vida. Xavier *et al* (6) em seu estudo, discute sobre a prevalência de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) em idosos acima de 80 anos residentes em Veranópolis, RS, e compara os padrões de sono, a função cognitiva e a taxa de prevalência de outros diagnósticos psiquiátricos entre controles normais e sujeitos com TAG. Concluiu-se que a prevalência de TAG é alta entre a população de idosos mais velhos. Tal transtorno pode surgir no idoso, devido à sobrecarga de responsabilidades, pois muitas vezes ele é que trabalha e sustenta sua família e nesse cumprimento de tarefas estabelecem-se processos patológicos.

**APOIO AO DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS INFORMAIS:** Segundo Flores e Mengue(7); ocorrem diferenças no acesso aos medicamentos em idosos que vivem na comunidade, variando de acordo com a frequência ao atendimento médico, condições econômicas, compartilhamento de medicamentos entre parentes, amigos ou vizinhos e outras influências. O estudo de Teixeira e Lefèvre(8), desenvolvido com idosos de Maringá, PR, apresentam a descrição de idéias centrais, “alguém me ajuda” na qual existe a presença de um sujeito coletivo dependente, que precisa de ajuda de alguém para fornecer os medicamentos no momento certo: o cuidador assume papel de alta magnitude, pois contribui sobremaneira para o uso racional de medicamentos. Trentini *et al* (9) apresenta que o cuidado de enfermagem dos idosos em condições crônicas de saúde necessita levar em consideração experiências da vida do idoso, valorizando-se o trabalho interdisciplinar e os grupos de auto-ajuda, nos quais os familiares dos idosos também podem se beneficiar.

**APOIO A ESTUDOS E PESQUISAS:** O estudo de Lopes e Silva (5) propõem-se a discutir noções conceituais direcionadas à Atenção Básica de Saúde. Busca refletir sobre o que é desenvolvido nos Ambulatórios de Promoção da Qualidade de Vida (APQVs) em Porto Alegre-RS, os quais atendem usuários adultos e idosos, portadores de doenças de longa duração. Para a Política Nacional de Saúde do Idoso (2), as linhas de pesquisa deverão concentrar-se em estudos de perfil do idoso, prevalência de problemas de saúde, situação financeira e apoios formais e informais, avaliação da capacidade funcional, prevenção de doenças, vacinações; modelos de cuidado, na assessoria, acompanhamento e na avaliação das intervenções, hospitalização e alternativas de assistência hospitalar.

**ATENÇÃO ASSISTENCIAL E EDUCACIONAL ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE DO IDOSO – PREOCUPAÇÃO COM A TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA:** Trentini *et al* (9) referem que uma das estratégias, na promoção da saúde dos idosos e de pessoas em condições crônicas de saúde, consiste na formação de grupos de auto-ajuda que oportunizem a troca de experiências de seus pares para enfrentar situações difíceis.

O artigo de Flores e Mengue(7) afirmam que o fácil acesso a medicamentos e a baixa utilização de recursos não farmacológicos para o tratamento de problemas de saúde favorece o consumo elevado de

---

medicamentos pela população de idosos. Ressaltam a importância do monitoramento do familiar no domicílio do idoso e do profissional que receita as devidas medicações. Teixeira e Lefèvre(8) referem que os discursos do sujeito coletivo idoso podem ser: um sujeito coletivo independente, de boa memória, que consegue ler a bula do remédio e sem problemas financeiros para adquiri-lo. Por outro lado, um sujeito dependente, que esquece de tomar o medicamento no horário, toma mais tarde; quando o medicamento faz mal, procura um profissional de saúde; e, a leitura da bula passa a ser feita por alguém da família.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Concluiu-se que as diretrizes enunciadas da Política Nacional de Saúde do Idoso /1999 reforçam o argumento geral de que as pessoas idosas merecem todo apoio assistencial de forma amigável e compreensiva. O envelhecimento é destacado por programas e políticas que observam a necessidade de incentivar a troca de conhecimentos e informações entre as diferentes faixas etárias. Faz-se necessário a preparação das pessoas de forma consciente para a velhice saudável, através de posturas e comportamentos que priorizem o bem-estar em todas as fases da vida, diminuindo gastos que possam envolver tratamentos prolongados.

**Palavras-chave:** Idoso. Saúde do idoso. Atenção primária à saúde. Serviços básicos de saúde.

---

ASSISTÊNCIA EM SAÚDE REPRODUTIVA: AMBULATÓRIO BÁSICO DO CENTRO DE SAÚDE  
VILA DOS COMERCIÁRIOS (CSVC).

*Alexandre Saldaña(1)*  
*Carmen Lúcia Mottin Duro(2)*  
*Dinorá Hoeper(3)*  
*Eunice Fabiani Hilleshein(4)*  
*Taís Soares Feldens(5)*  
*Taíse Gomes da Silva(6)*

- 1.Profa. Ms. Enfermeira da Escola de Enfermagem da UFRGS.
- 2.Médica Coordenadora do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários
- 3.Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da disciplina de Administração em Enfermagem da UFRGS.
- 4.Enfermeira e Chefe de Enfermagem do Ambulatório Básico do Centro de Saúde Vila dos Comerciários.
- 5.Acadêmica de Enfermagem do 8º semestre da disciplina de Administração em Enfermagem da UFRGS.
- 6.Enfermeira. Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

### RESUMO

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO: De acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 2002) e com a Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, é responsabilidade do Estado propiciar condições para que homens e mulheres tenham acesso a informações, meios, métodos e técnicas para a regulação da sua fecundidade. Segundo a lei, o planejamento familiar é o direito dos cidadãos de decidirem livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos. Para estes casos, o PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher) preconiza que os indivíduos sejam atendidos nas suas demandas específicas de saúde reprodutiva, de forma a minimizar riscos para a saúde, decorrentes da procriação. Prevê, ainda, além da abordagem para a anticoncepção, tratamento para os casos de infertilidade, bem como a prevenção e tratamento de DSTs (Doenças Sexualmente Transmissíveis), sempre contextualizados no conceito da integralidade assistencial. O Ambulatório Básico do CSVC situa-se na Zona Sul de Porto Alegre e pertence à área da Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal. Nesta área de atuação existem diversas microáreas de grande vulnerabilidade sócio-econômica e de alta densidade populacional, que se reflete nos índices de morbimortalidade da região. Caracteriza-se pela presença de núcleos familiares com grande número de filhos, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e com estrutura precária de vida, oportunizando altos índices de criminalidade. Inserido nesta ótica, o Planejamento Familiar é um tema que desperta preocupação, especialmente por ser uma demanda dos usuários e que muitas vezes não é contemplada pelo poder público. Conforme os últimos dados do IBGE/2002 temos 31.150 pessoas nesta área, sendo que 9.795 são de mulheres em idade fértil (de 10-49 anos). O Ambulatório Básico/CSVC presta um atendimento na área do planejamento familiar, conforme os princípios preconizados pelo Ministério da Saúde. São realizados encontros mensais através de um grupo de saúde aberto a todas as pessoas da área de atuação que pretendam usar algum método de anticoncepção ou até trocar por outro método. Após o grupo, é marcada uma consulta com a médica e outra com a enfermeira do serviço, são solicitados exames conforme a necessidade. Ao retornarem, se confirmarem sua opção pelo método anteriormente solicitado, são

---

encaminhados para os procedimentos. Em caso de laqueadura tubária e vasectomia, são referidos para os serviços de referência - Hospital Fêmeina e Hospital Presidente Vargas, respectivamente. O último passo é de a equipe agendar pelo telefone a consulta no hospital de referência no qual será realizado o procedimento. A maioria da demanda busca informações sobre os dois métodos cirúrgicos realizados pelo SUS (ligadura de trompas e vasectomia), mas também existe a busca pelo Dispositivo Intra-Uterino (DIU), cuja inserção também é realizada no próprio serviço de Saúde. Ocasionalmente após o grupo, algumas pessoas desistem do método cirúrgico. OBJETIVO: As acadêmicas de enfermagem da disciplina de administração em Enfermagem da UFRGS têm tido a oportunidade de participar durante o estágio neste processo nos anos de 2006 e 2007, por isso, o objetivo desse estudo foi: caracterizar o perfil das mulheres e homens que procuram atendimento e os principais métodos contraceptivos utilizados no planejamento familiar realizado no Ambulatório Básico no CSVC. METODOLOGIA: Foi realizado um estudo transversal, sendo utilizada a estatística descritiva para sumarização e apresentação dos dados, conforme (Gil, 2002, pg. 42.), pois segundo o autor: “As pesquisas descritivas têm por objetivo estudar características de grupos.” Desta forma neste trabalho foram analisadas as fichas de cadastro dos usuários inseridos no programa de planejamento familiar, relativas aos itens: faixa etária; sexo, estado civil, renda familiar, número de filhos e idade dos mesmos, dados estes coletados pela análise dos relatórios das estatísticas anuais de 2005 á abril de 2007. RESULTADOS E DISCUSSÕES: Pela observação descrita pelos acadêmicos nos relatórios finais, a maioria dos participantes dos grupos de planejamento familiar são mulheres na faixa etária de 30 à 38 anos, com mais de três filhos e com uma renda familiar de um a dois salários mínimos. Neste período participaram dos grupos 154 pessoas, destes, 53% foram encaminhados, sendo que 39% eram mulheres e 14% homens. Assim, 60 mulheres fizeram Laqueadura Tubária e 21 homens Vasectomia. O restante optou por outros métodos contraceptivos tais como: DIU – dispositivo intra-uterino – que é inserido no próprio Ambulatório Básico do CSVC, anticoncepcionais orais, injetáveis e preservativos, que são distribuídos na farmácia do CSVC, sendo esta, também farmácia distrital, atendendo as demandas de uma área de atuação mais abrangente que a do Ambulatório Básico/ CSVC. Dessa forma, o serviço tem garantido a oferta e o acesso aos métodos existentes no âmbito do SUS, procurando garantir a universalidade e equidade, e seguindo o preceito constitucional de que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Além do mais, a ênfase na prática da dupla proteção em relação às doenças sexualmente transmissíveis através do uso de preservativos também fazem parte da prática do serviço. Resultados e Conclusão: Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a capacitação de profissionais de saúde para a assistência em planejamento familiar é outra ação a ser estimulada e reforçada. A idéia é que essa capacitação vise mais do que um simples domínio de conhecimentos e habilidades técnicas em saúde sexual e reprodutiva. Ela deve buscar, também, a transformação da prática profissional, assim, o papel dos profissionais de saúde é o de informar e orientar com relação aos métodos anticoncepcionais, sem juízo de valor, de modo que a mulher, o homem, ou o casal faça suas próprias opções. A sexualidade deve ser enfocada de forma positiva, sem preconceitos, estimulando o respeito mútuo entre os parceiros sexuais. A experiência dos acadêmicos de enfermagem que participam dos grupos de planejamento familiar demonstra que os profissionais envolvidos (médica e

---

enfermeiras) procuram atender às diretrizes da assistência em planejamento familiar do Ministério da Saúde, objetivando garantir às mulheres e homens o direito de escolha em saúde reprodutiva. As alternativas existentes e o conhecimento de cada uma delas é uma das ações da Política de Assistência à Saúde da Mulher, priorizando opções conscientes e compartilhadas. Os alunos da disciplina de Administração em Enfermagem, com ênfase no gerenciamento de serviços da Saúde Coletiva, se inserem no contexto educativo dos grupos de planejamento familiar, participando ativamente da promoção da saúde, complementando com ações de educação em saúde e do cuidado em enfermagem.

**Palavras Chaves:** Planejamento familiar, Direito de autonomia reprodutiva, Saúde da mulher.

---

---

## CIGARRO: LIBERDADE OU DEPENDÊNCIA? TECNOLOGIA COMO FERRAMENTA DA EDUCAÇÃO

*Vivian Elizabeth Araújo(1)*  
*Luciano Bitello Chaves(2)*  
*Ivani Bueno de Almeida Freitas(3)*

*1. Acadêmico de Enfermagem do 8º semestre da UFRGS.*

*2. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS).*

*3. Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS.*

### RESUMO

**CARACTERIZAÇÃO:** Este trabalho trata-se da criação de um folheto explicativo que foi construído a partir da necessidade de abordar, de forma lúdica, algumas das principais implicações à saúde decorrente do consumo de cigarros. O tabagismo é considerado um problema de saúde global, uma vez que é responsável por cinco milhões de mortes no planeta, sendo que 200 mil são vítimas anuais, no Brasil (BRASIL, 2004). Conforme as estimativas oficiais, existem 2,4 milhões de tabagistas no país, sendo que, desses, noventa por cento começam a fumar entre os cinco e os dezenove anos de idade (HELMAN, 1994). Pesquisas recentes apontam que existem 50 patologias resultantes do tabagismo e o Banco Mundial estima um gasto de 200 milhões de dólares no combate aos males do tabaco, entre eles as mortes prematuras, a incapacidade funcional, aposentadoria precoce, adoecimento e abstenção do trabalho (BRASIL, 2004; HELMAN, 1994). A estratégia de comercialização da indústria fumageira recai no jovem, por causar dependência precoce, mantendo, assim, um volume alto de consumo por um período de no mínimo 25 anos e, na mulher, colocando o cigarro como símbolo de emancipação e independência. Além disso, a participação cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, fez com que tivesse mais poder, tanto aquisitivo quanto de decisão, dentro da própria sociedade, onde já exerce um papel fundamental de modelo de comportamento para seus filhos. Segundo Helman (1994) a dependência psicológica do fumo não se justifica apenas por razões farmacológicas relacionadas com a nicotina ou o tabaco. Trata-se, antes de tudo, de uma questão multifatorial em que eles figuram como elos causais comumente apontados por essa dependência. Na verdade, a maior importância deve ser dada aos fatores socioculturais e aos papéis na determinação de quem, como e por que fuma, além do significado e da simbologia associada ao fumo, no contexto do fumante. Por todas estas razões o consumo de tabaco deveria ser considerado, não só como um problema de saúde pública, mas também de gestão pública, tendo a Universidade um papel fundamental nesse processo (CHAVES; ARAÚJO, 2004). Nesse contexto de submissão econômica, associada às diferenças culturais que vivenciamos, diariamente, reforça-se a importância da criatividade do profissional e do cidadão enfermeiro para o processo de educação em saúde, tendo o professor papel de protagonista na compreensão da importância da autonomia no processo criativo, assim como de mediador, consultor, supervisor e co-aprendiz. A criação de novas tecnologias insere-se no que Mendes Gonçalves (1992) define como desenvolvimento tecnológico, que vem a ser o processo pelo quais novos meios de trabalhos mais produtivos

---

e/ou mais eficazes são criados por meio do conhecimento científico principalmente sobre as técnicas de produção. Merhy (2002) classifica essas tecnologias em Leves; Leve-Duras e Duras. As Leves são as de relações, como o acolhimento, o vínculo, a autonomização, a gestão como forma de orientar processos de trabalho; as Leve-Duras são os saberes constituídos, como a Clínica, a Epidemiologia, a Farmacologia etc; e as Duras são os equipamentos, as normas e as estruturas organizacionais. OBJETIVO: discutir as relações entre educação, prevenção e conscientização da população em geral quanto a dependência ou a liberdade oferecida pelo tabagismo. METODOLOGIA: Para Bordenave (1994), em seus estudos sobre os fatores pedagógicos, considera três tipos de pedagogias, que são: 1) a de transmissão; 2) de condicionamento; 3) e de problematização. Na teoria de transmissão, o professor é visto como o único detentor do saber, e o aluno é tido como uma folha em branco. Na teoria de condicionamento, fundamentada nos estudos de comportamento (Behaviorismo) de Skinner, em que o aprendizado é realizado por meio de condicionamento e reforçamento. O condicionamento é feito através de reflexo que podem ser estimulado numa relação de enfraquecimento ou de fortalecimento de um evento. O da problematização, os seus elementos fundantes envolvem o pensar, o sentir e o agir. Neste estudo, foi optou-se pelo empregado da teoria pedagógica de Bordenave da problematização. RESULTADOS: O folheto foi concebido com a intenção de ser reduzido e impresso na metade de uma folha A4, cujas dimensões são de 21 x 15 cm. No seu verso foi colocando uma tarja amarela imitando o filtro de um cigarro. Posteriormente ele era enrolado ficando no formato de um cigarro, sendo entregue ao público em geral. Na primeira figura aparece um boneco sentado em cima de um cadeado pensando em fumar para ter liberdade. A segunda imagem mostra vários bonecos segurando uma mesma chave representando que a imitação do comportamento de seus amigos lhe traria prazer. Na terceira figura vemos o boneco acorrentado a uma bola de ferro, expressando o sentimento de aprisionamento ao prazer de fumar. Continuando, a quarta figura mostra o boneco cabisbaixo sentindo-se detonado e sem vigor físico devido ao fumo. Na quinta figura aparece a relação de comunicação através da educação em saúde, fazendo menção a sexta figura, as quais expressam as várias implicações à saúde, decorrentes das doenças causadas pelo fumo. Na sétima figura o boneco está envolto em uma nuvem de fumaça, significando o teor de envolvimento e o prejuízo à saúde da dependência do tabaco, e a intenção de se libertar da mesma. Na última figura aparece o boneco dando saltos de alegria, por ter finalmente se libertado do vício do cigarro, e como conclusão reforçamos a importância das ações educativas em saúde que auxiliam de fato na conscientização dos problemas de saúde e a importância do auto-cuidado. O referido folheto foi registrado na Biblioteca Nacional sob o número de patente 361.852 como direito autoral. CONCLUSÃO: O folheto explicativo intitulado CIGARRO: Liberdade ou Dependência pode ser considerado como tecnologia Leve Dura, por utilizar conhecimentos aluno/profissional e o usuário/comunidade. Essas relações são estabelecidas através da educação para a saúde que é o objetivo principal do folheto, numa linguagem simples e objetiva. Reforçamos a importância das ações educativas em saúde que auxiliam de fato na conscientização dos problemas de saúde. A junção desses elementos possibilitou a exploração da criatividade e o exercício da autonomia em prol de uma ferramenta que promovam espaços de: educação em saúde. Futuras reflexões poderão advir da criação dessa tecnologia, podendo ser adaptada para o aprendizado de diversos temas,



---

reforçando a importância das ações educativas em saúde que auxiliam de fato na conscientização e importância do auto-cuidado.

**Palavras-chave:** enfermagem; saúde coletiva; tabagismo

---

---

MACROCAMPANHA DE SAÚDE NO AEROPORTO INTERNACIONAL SALGADO FILHO – UM  
RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Débora Francisco do Canto(1)*  
*Fernanda Kunrath Robin(2)*  
*Deborah Hein Seganfredo(2)*  
*Débora Vianna Eckert(2)*  
*Gilda Abib(2)*  
*Lidiane Pivetta Teichmann(2)*

*1.Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS*  
*2.Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/ UFRGS*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O cuidado com base na comunidade não é um conceito novo para a enfermagem. A enfermagem desempenhou um papel essencial na comunidade entre a metade e o final de 1800, com enfermeiras visitadoras que prestavam cuidados aos doentes e pessoas pobres em seus domicílios e comunidades, e educavam pacientes e familiares. A idéia central da enfermagem com base na comunidade é que a intervenção da enfermagem poderia reduzir a disseminação da doença, melhorar as condições de saúde de grupos de cidadãos. (Brunner & Sudarth, 2000). Acreditando no papel da enfermagem na comunidade, vimos a necessidade de fazer algo afim de promover a saúde e prevenir à doença nos usuários do Aeroporto Internacional Salgado Filho. Para isso, com o incentivo da Prof. Arlete Spencer Vanzin, tivemos a iniciativa de realizar uma macrocampanha de saúde intitulada “Consulta de Enfermagem: Uma estratégia para o gerenciamento do estresse nos usuários do Aeroporto Internacional Salgado Filho”, afim de identificar precocemente doenças crônico-degenerativas e promover educação em saúde visando a longevidade com qualidade de vida. Este evento foi idealizado, projetado e executado por acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em cumprimento à proposta da disciplina de Enfermagem Comunitária. As macrocampanhas são recursos valiosos para a promoção da saúde e geração de situações de ensino/ aprendizagem entre o cliente e a enfermeira. Esta conduta para a enfermagem possibilita o exercício da aplicação do conhecimento ( ciência), habilidade nas relações com as pessoas (arte), da competência na realização dos procedimentos (responsabilidade) e da produção de conhecimento novo (pesquisa) numa abordagem epidemiológica (NERY; VANZIN, 1999). **OBJETIVOS:** O objetivo principal desta macrocampanha foi o de promover a qualidade de vida da população de Porto Alegre, através da realização de consultas de enfermagem em um local com grande fluxo de pessoas. Também foi objetivo deste evento a divulgação da Consulta de Enfermagem como uma atividade privativa do profissional enfermeiro de grande importância na promoção, prevenção e recuperação da saúde. Desta forma, também se objetivou, através da realização das consultas de enfermagem, a detecção precoce de doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial sistêmica, hipercolesterolemia, diabetes e obesidade, além da detecção de sedentarismo, riscos auto-impostos e estresse. A realização deste evento também teve como objetivo a divulgação da importância das ações preventivas de saúde. **METODOLOGIA:**

---

Para a realização da macrocampanha de saúde “Consulta de Enfermagem: Uma estratégia para o gerenciamento do estresse no usuários do Aeroporto Internacional Salgado Filho” foi necessário um planejamento prévio, fazendo a seleção dos segmentos da sociedade que poderiam apoiar e patrocinar nosso evento. Logo, foi feito o levantamento do material necessário, vista a possibilidade de realização no local escolhido, apurado o número médio de freqüentadores do local, estipulado data e horário para a realização do evento e recrutamento de pessoal para trabalhar conosco na campanha. A próxima etapa foi definir os critérios para participar do evento, que seriam o preenchimento de uma ficha de identificação, verificação de tensão arterial, peso, altura, índice de massa corpórea, encaminhamento para um ou mais de nossos consultórios, conforme a necessidade do cliente, e finalmente encaminhamento para a avaliação final do evento. Após, então, encaminhamos o projeto da macrocampanha juntamente com um ofício solicitando o local escolhido. Também encaminhamos outros ofícios aos demais segmentos necessários para a realização do evento. O evento realizado no Aeroporto teve como foco principal a detecção precoce de doenças crônico-degenerativas e a promoção e educação para a saúde através da longevidade com qualidade de vida. Para tal, ocorreu a aferição de tensão arterial, verificação de peso e altura, cálculo de índice de massa corpórea, Consultórios de Qualidade de Vida e Estresse, Hipertensão, Diabetes Mellitus e Saúde da Mulher. Obtivemos sucesso através de parcerias firmadas com o Aeroporto Internacional Salgado Filho, na área da Comunicação Social (Nathalie FonticIELha), com o Restaurante Missões, Bang Impressões, Pr.Mar Fotocópias, Pingo d’água, mas principalmente pelo apoio incansável da Prof. Arlete Spencer Vanzin. Por fim, definimos que o evento seria realizado no dia 7 de novembro de 2006, das 8 horas às 18 horas, na área de eventos do saguão principal do Aeroporto. RESULTADOS: Foi atendido um público de 342 pessoas no decorrer do dia, entre eles funcionários e usuários nacionais e internacionais do aeroporto. Após o evento fizemos a triagem da Ficha de Identificação e da Ficha de Avaliação do Evento para a obtenção de dados para a elaboração de um perfil da nossa clientela. De um total de 342 pessoas atendidas, tivemos 232 homens e 110 mulheres. Segundo a idade dos nossos participantes, tivemos uma alta incidência de procura do serviço pelo adulto jovem ( 152 pessoas), seguido pelo adulto maduro (142 pessoas) e uma menor população de idosos (48 pessoas acima de 61 anos). De todo o público participante do evento, tivemos uma maior demanda de pessoas casadas, evidenciado 57,9% dos atendimentos no que se refere a situação conjugal. Quanto à escolaridade, observamos que 42,7% das pessoas tinham terceiro grau completo e 39,2% das pessoas tinham segundo grau completo. Quanto ao uso de cigarro, 14% do nossos clientes fumavam. Do público atendido no aeroporto, 51% afirmaram realizar atividade física regularmente e 36% das pessoas atendidas referiram fazer uso regular de algum medicamento. Quanto à atividade sexual, 82% relataram ter vida sexual ativa, mas destes apenas 51% fazem uso de preservativo. Ao total, foram realizadas mais de 600 consultas de enfermagem, nos diferentes consultórios. Através da análise da ficha de avaliação do evento, obtivemos uma aprovação de 99,9% dos usuários quanto ao evento, tendo a expressiva maioria classificado esta iniciativa como “ótima”. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A realização deste evento foi de suma importância para nós, acadêmicos de enfermagem, pela rica experiência que nos proporcionou no campo da saúde coletiva, expandindo o nosso entendimento acerca da atuação do enfermeiro no contexto das ações

---

preventivas em saúde. Esta experiência nos fez perceber a grande necessidade de inserção dos profissionais da área da saúde em todos os locais, desvinculando a idéia de que só se atua dentro de postos de saúde e em hospitais, pois saúde coletiva se faz em qualquer lugar, desde que hajam clientes e profissionais dispostos. Certamente aprendemos muito com este evento e tivemos a oportunidade de realizar inúmeras consultas de enfermagem com ações de educação em saúde, o que enriquece a nossa formação profissional.

**Palavras-chave:** saúde coletiva, macrocampanha de saúde, consulta de enfermagem.

---

MACROEVENTO CONSULTA DE ENFERMAGEM: PROPORCIONANDO QUALIDADE DE VIDA NA  
POPULAÇÃO DE PORTO ALEGRE – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Deborah Hein Seganfredo(1)*  
*Débora Vianna Eckert(2)*  
*Débora Francisco do Canto(2)*  
*Fernanda Kunrath Robin(2)*  
*Gilda Maria de Carvalho Abib(2)*  
*Lidiane Piveta Teichmann(2)*  
*Arlete Spencer Vanzin(3)*

1. Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS.  
2. Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS.  
3. Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS.

*RESUMO*

**INTRODUÇÃO:** O Macroevento “Consulta de Enfermagem: Proporcionando Qualidade de Vida na População de Porto Alegre” foi um projeto elaborado pelas acadêmicas do 7º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Deborah Hein Seganfredo, Débora Vianna Eckert, Débora Francisco do Canto, Gilda Abib e Lidiane Piveta Teichmann, sob a Coordenação Geral da Professora Doutora Arlete Spencer Vanzin. Este projeto foi realizado no dia 18 de novembro de 2006 no Mercado Público de Porto Alegre, no centro da capital. Sabendo-se que as doenças crônico-degenerativas como hipertensão, diabetes e obesidade tem alta incidência em populações urbanas, é de vital importância a realização de macrocampanhas de saúde em grandes centros urbanos com a finalidade de promover a saúde e a qualidade de vida através da realização da consulta de enfermagem. Segundo Nery e Vanzin (1999) as macrocampanhas são recursos valiosos para promover a saúde e gerar situações de ensino/aprendizagem pelo envolvimento de docentes, alunos, líderes de clubes de serviço e apoio de outros segmentos da sociedade e, especialmente, participação ativa da população. Através da consulta de enfermagem, as enfermeiras proporcionam a população subsídios para o auto-cuidado e conscientizam sobre a importância de estilo de vida saudável, com conseqüente melhora na qualidade de vida. Nery e Vanzin (2000) também relatam que a consulta de enfermagem é a atividade onde há integração de ações (unidade completa) que guardam relações de interdependência (seqüência lógica), sugerindo uma ação sistematizada (processo) dirigido para a produção de resultados esperados conforme padrões pré-estabelecidos (qualitativa e quantitativa) e requerendo determinados recursos para a sua produção (organização). O local do macroevento, O Mercado Público de Porto Alegre, localizado no centro da cidade de Porto Alegre, foi escolhido como sede desta macrocampanha por ser um dos locais mais conhecidos da cidade e ter uma localização central, onde há um grande fluxo de pessoas circulando diariamente. **OBJETIVOS:** Promover a qualidade de vida na população de Porto Alegre, dando enfoque na prevenção de doenças com o objetivo de aumentar a longevidade com qualidade de vida; detectar precocemente na população problemas crônico-degenerativas: hipertensão, hipercolesterolemia, diabetes, sedentarismo, obesidade, riscos auto-impostos, estresse e DST/AIDS; realizar consulta de enfermagem; divulgar as ações da enfermagem; efetuar relatório

---

sobre informações de saúde encontradas com o objetivo de proporcionar às autoridades competentes subsídio para ações de saúde; atender em média 500 pessoas; realizar mini-conferências sobre qualidade de vida.

**METODOLOGIA:** Após a escolha do local da realização do Macroevento confirmou-se a aceitação e o apoio dos colegas e da Professora Arlete Spencer Vanzin. Após, procedemos à elaboração do projeto e busca de material bibliográfico para embasamento das ações de saúde que foram desenvolvidas, além de um estudo do perfil sócio-demográfico da população local. Ao decidirmos com precisão o que pretendíamos, elaboramos um pré-projeto. Os materiais foram cedidos pela Escola de Enfermagem – UFRGS, pela Bang Impressões, pela loja 1000 Trekus Bazar e pelo Mercado Público de Porto Alegre. Tendo conseguido os recursos pretendidos, começamos a organização do evento convidando alunos para a participação e providenciando a ficha de coleta de dados, as toalhas brancas, os estetoscópios, os esfigmomanômetros e as fichas de avaliação do evento e o banner para ser afixado no local da Macrocampanha. Antes do evento, realizamos um treinamento com os alunos onde fizemos a distribuição das consultas de enfermagem e demos as orientações gerais acerca do Macroevento. Buscamos atingir o público adulto e idoso da comunidade local através da consulta de enfermagem. No dia 18 de novembro de 2006, às 10:30 teve início o cerimonial de abertura com duração aproximada do evento de 5 horas, visto que o evento foi encerrado às 15:30.

**RESULTADOS:** Foram atendidas no Macroevento um total de 135 pessoas, com a seguinte perfil sócio-demográfico: 69 pessoas eram do sexo masculino e 66 do sexo feminino; 18 tinham idade entre 18 e 29 anos, 28 entre 30 e 45 anos, 40 entre 45 e 60 e 49, mais de 60 anos; 56 indivíduos atendidos eram solteiros, 62 casados, 8 eram divorciados e 9 eram viúvos; 96 consideram-se de cor branca, 13 de cor mulata, 24 de cor negra e 1 de cor amarela e 1 de cor parda; 26 relataram ter o 1º grau incompleto, 20 o 1º grau completo, 11 o 2º grau incompleto, 37 o 2º grau completo, 12 o 3º grau incompleto e 29 o 3º grau completo; 57 pessoas possuem IMC entre 18-24,9, 47 entre 25-29,9, 16 entre 30-34,9, 8 entre 35-39,9 e 1 com >40; 102 tem níveis de pressão arterial considerados saudáveis (até 130/80mmHg) e 33 níveis considerados elevados (acima de 130/80mmHg); 19 pessoas são fumantes e 116 não-fumantes; pessoas fazem uso álcool e 78 não fazem; 85 pessoas fazem exercícios físicos freqüentemente e 50 não realizam. Entre as pessoas atendidas 120 consideraram o Macroevento ótimo e 15 consideraram o bom; 33 pessoas conheciam previamente a Consulta de Enfermagem e 102 desconheciam; 114 indivíduos consideraram ótima a Consulta de Enfermagem e 21 consideraram boa; 120 pessoas atendidas acharam a organização do evento ótima, 13 consideraram boa e 2 regular; todos gostariam que o Macroevento fosse realizado novamente.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Esta Macrocampanha, realizada por 18 acadêmicos do 1º e 7º semestres do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, realizou 135 Consultas de Enfermagem além de outras atividades para a saúde, como por exemplo, índice de massa corporal e verificação de pressão arterial. Mostrou-se visível a importância do profissional Enfermeiro, das Macrocampanhas e da Consulta de Enfermagem, para o aumento da saúde da população e para a redução de custos com internações decorrentes de complicações de doenças como o Diabetes, a Hipertensão e a Obesidade, que poderiam ser evitadas se as pessoas recebessem a devida orientação e motivação para uma vida mais saudável. Mostramos que com planejamento, organização, criatividade e disposição, através de ações de liderança, o profissional Enfermeiro, é capaz de atuar de

---

maneira dinâmica e interativa dentro de uma comunidade, atingindo diferentes faixas etárias e abordando temáticas específicas, contribuindo para a conscientização da população em busca de uma melhor qualidade de vida. Foi evidente a aprovação por parte da comunidade que participou e contribuiu, pois verbalizaram sua opinião positiva e manifestaram satisfação com as explicações e orientações fornecidas, nos solicitaram maior frequência de eventos desta magnitude comprovando a grande importância e a real necessidade dos mesmos. Finalizamos satisfeitos tendo a certeza de que contribuimos para a melhoria da qualidade de vida através de um recurso sábio e de grande valia: a Macrocampanha.

**Palavras-chave:** Saúde Coletiva, Consulta de Enfermagem, Enfermagem.

---

A CONSULTA DE ENFERMAGEM EM PUERICULTURA: DESVELANDO A IMPORTÂNCIA DO  
EXAME FÍSICO NA TOMADA DE DECISÃO

*Aline Alves Veleda(1)*  
*Christiane Perin(2)*  
*Tanise Gonçalves de Freitas(3)*  
*Shana Tello(4)*  
*May-Britt Cristina Heyer(5)*  
*Kelma Nunes Soares(6)*

- 1. Enfermeira residente de segundo ano do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.*
- 2. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, especialista em Saúde Pública.*
- 3. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Especialista em Saúde da Família e Comunidade.*
- 4. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Saúde Pública.*
- 5. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Saúde Pública.*
- 6. Enfermeira residente de primeiro ano do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A anamnese e o exame físico são etapas indispensáveis durante uma consulta de puericultura devendo oportunizar o acompanhamento da evolução do desenvolvimento infantil. Assim, nas consultas de Enfermagem em Puericultura, a anamnese e o exame físico devem ser etapas fundamentais do atendimento à criança, buscando melhor atendimento e integralidade da atenção. **OBJETIVO:** Este estudo visa discutir a importância do exame físico e anamnese adequados para a tomada de decisão sobre condutas a serem realizadas durante a consulta de puericultura. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de caso, seguido de discussão do mesmo, realizado em uma Unidade de Saúde de Porto Alegre, a partir de vivências reais das enfermeiras durante consultas de puericultura. **RESULTADOS:** Após o estudo de caso e as discussões sobre o tema apresentado, chegou-se aos seguintes resultados: 1) é preciso conhecimento teórico-prático sobre a realização de anamnese e exame físico; 2) é necessário o atendimento integral da criança com a participação de diversos profissionais discutindo casos particulares; 3) a anamnese quando bem realizada consegue auxiliar significativamente a tomada de decisões do enfermeiro; e 4) a partir da anamnese e do exame físico pode-se seguir condutas que estejam de acordo com as reais necessidades da criança e da família. **CONSIDERAÇÕES:** Neste estudo, salientamos a importância da realização da anamnese e exame físico detalhados pelas enfermeiras em Unidades de Saúde, na Atenção Primária, onde geralmente as pessoas são estimuladas a procurar atendimento para o acompanhamento e prevenção de sua saúde e não para tratar patologias. Desta maneira, reforçamos a importância que os profissionais enfermeiros busquem conhecimentos teórico-práticos que possam auxiliar e melhorar a qualidade da realização destas etapas durante a Consulta de Enfermagem, visando principalmente a integralidade das ações e a tomada de decisão consciente, vinculada com as necessidades particulares de cada criança.

**Palavras-chave:** Consulta de Enfermagem, Anamnese, Exame físico e Puericultura.



---

A UTILIZAÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DE PORTO  
ALEGRE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Aline Alves Veleda(1)*  
*Christiane Perin(2)*  
*Tanise Gonçalves de Freitas(3)*  
*Shana Vieira Tello(4)*  
*May-Britt Cristina Heye(5)*  
*Kelma Nunes Soares(6)*

- 1. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, residente de segundo ano do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.*
- 2. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Saúde Pública.*
- 3. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Especialista em Saúde da Família e Comunidade.*
- 4. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Saúde Pública.*
- 5. Enfermeira do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Especialista em Saúde Pública.*
- 6. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq-UFRGS. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE/UFRGS.*

**RESUMO**

O processo de enfermagem é uma abordagem de solução de problemas que visa satisfazer as necessidades de enfermagem e de um cuidado de saúde de uma pessoa (Smeltzer; Bare, 2002). Desenvolvido por Horta na década de 70, o processo de enfermagem fundamenta-se no método científico e sistematiza as ações de enfermagem visando um módulo operacional de assistência (Bocchi; Meneguim; Santi, 1996). As etapas deste processo são: histórico, diagnóstico (de enfermagem e de problemas colaborativos), planejamento, implementação e avaliação. Desta forma, neste estudo apresentamos como o processo de enfermagem pode ser aplicado na assistência em Unidade de Saúde, organizando o atendimento e garantindo um acompanhamento e continuidade do paciente. **OBJETIVO:** Utilizar o processo de enfermagem no atendimento a uma paciente em uma Unidade de Saúde do município de Porto Alegre, RS, visando a sistematização da assistência na atenção primária em saúde. **METODOLOGIA:** Este estudo trata-se de um relato de experiência realizado em uma Unidade de Saúde do Grupo Hospitalar Conceição a partir de vivências reais das enfermeiras durante consultas de enfermagem. **RESULTADOS:** O processo de enfermagem sistematizado facilita elaboração do diagnóstico e o plano de cuidados, propiciando o atendimento integral dos clientes em todo seu ciclo vital.

**Palavras-chave:** Processo de Enfermagem, Atenção Primária em Saúde, Prática de Enfermagem

---

ACÇÕES DE ENFERMAGEM EM IVOTI:  
CONVIDANDO VOCÊ A VIVER MAIS E MELHOR!

*Raquel Yurika Tanaka(1)*  
*Carla Daiane Rodrigues(1)*  
*Fernanda Gregorius(1)*  
*Arlete Spencer Vanzin(2)*

1. *Estudantes do curso de Enfermagem da UFRGS.*

2. *Professora da Disciplina de Enfermagem Comunitária e Orientadora do trabalho.*

**RESUMO**

A Enfermagem, enquanto ciência voltada ao cuidado do ser humano, preocupa-se em levar saúde às pessoas através de ações preventivas, tanto para informar quanto para detectar precocemente agravos à saúde, como a hipertensão, as diabetes, a obesidade e as cardiopatias. O presente trabalho apresenta a macrocampanha intitulada “*Ações de enfermagem em Ivoti: convidando você a viver mais e melhor!*”, a qual foi planejada e desenvolvida pelas estudantes de enfermagem na disciplina de Enfermagem Comunitária em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Ivoti. A macrocampanha teve como objetivos levar informações sobre saúde e qualidade de vida à população de Ivoti, além de buscar detectar precocemente problemas de saúde de longa duração, destacando os sinais de alerta e níveis de prevenção, através das ações de enfermagem ao longo do ciclo vital. A partir dos dados coletados no dia, foi possível traçar o perfil epidemiológico do município. O macroevento proporcionou o atendimento de 94 pessoas num curto espaço de tempo de seis horas, quando foram desenvolvidas em média 530 ações de enfermagem. O evento constituiu-se de uma excelente alternativa na busca de promoção de saúde e detecção precoce de doenças, motivando a participação ativa da comunidade ivotiense para solução de seus problemas através de mudanças no seu estilo de vida, a fim de proporcionar maior longevidade com melhor qualidade de vida.

---

---

EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM EM MACROCAMPANHA  
DE SAÚDE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL

*Abib, Gilda Maria De Carvalho(1)*  
*Eckert, Debora Vianna(2)*  
*Seganfredo, Deborah Hein(2)*  
*Robin, Fernanda Kunrath(2)*  
*Canto, Débora Francisco(2)*  
*Teichmann, Lidiane Pivetta(2)*  
*Vanzin, Arlete Spencer(3)*

*1. Acadêmica da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPq*

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

*3. Professora Titular e Livre Docente de Enfermagem e Saúde Pública da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

**RESUMO**

O trabalho apresenta um relato de experiência de um grupo de seis acadêmicas que tiveram a oportunidade de participar de um campo de estágio chamado Macrocampanhas de Saúde, que é oferecido pela disciplina Enfermagem Comunitária, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este campo é coordenado pela professora Arlete Spencer Vanzin, nele as alunas são estimuladas a exercerem atividades no atendimento à população embasadas nos princípios da Promoção da Saúde. As macrocampanhas são recursos valiosos para promover a saúde e gerar situações de ensino/aprendizado (VANZIN, 1999). O trabalho objetiva relatar a experiência de um grupo de alunas em uma macrocampanha de saúde na cidade de Sentinela do Sul, localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul. A metodologia utilizada pelas alunas foi a seguinte: escolha de local para realização do evento; elaboração de projeto; sensibilização e marketing de parcerias para a realização da macrocampanha; busca por patrocínios; desenvolvimento do evento através de realização de triagem, consultas de Enfermagem, oficinas e grupos; coleta de dados dos clientes participantes da macrocampanha; avaliação final e elaboração de relatório técnico com dados epidemiológicos e sociais do público atendido. A experiência adquirida através da realização desta macrocampanha foi de grande valia para o aprimoramento de conhecimentos e nos incentivou a cada vez mais buscar formas inovadoras de exercer as práticas de saúde. Através desta realização obtivemos dados sociais e epidemiológicos que contribuíram para a melhoria da qualidade de vida, serviços de saúde e atendimentos prestados à comunidade de Sentinela do Sul.

MEDIDAS PROFILÁTICAS CONTRA A FEBRE AMARELA:

---

## UMA POSSIBILIDADE DE PARCERIA COM AGÊNCIAS DE VIAGENS

*Luiziane Paulo Silveira(1)*  
*Clarice Maria Dall’Agnol (1)*  
*Anna Paula dos Reis Mallet(3)*  
*Jancaina Liberali(4)*

- 1.Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF/UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE/UFRGS.  
2.Enfermeira. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE/UFRGS.  
3.Enfermeira. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE/UFRGS  
4.Enfermeira. Membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE / UFRGS.

### RESUMO

Este trabalho deriva dos resultados da pesquisa “Orientação à saúde dos viajantes: o papel das Agências de Viagens em Porto Alegre” que, por meio de uma abordagem qualitativa, exploratória-descritiva objetivou investigar junto a agências de viagens de Porto Alegre, RS, sobre a prática de orientação à saúde dos viajantes, identificando as fontes de informação em saúde que servem de suporte para estes serviços. Os resultados, a partir de entrevistas semi-estruturadas em profundidade, mostraram que as agências de viagens, independente do porte, não possuem domínio adequado de informações sobre a única medida profilática internacionalmente requerida dos viajantes com destino a países considerados endêmicos para febre amarela. Diante disso, a atuação da enfermagem junto a agências de viagens na orientação aos viajantes, aparece como um campo a ser explorado. Neste contexto, é proposto um material informativo/explicativo contemplando aspectos inerentes à vacinação contra a febre amarela, tais como: conceito de febre amarela, locais para vacinação, prazos, efeitos colaterais, fonte para acesso de informações atualizadas (órgão regulador), obtenção do Certificado Internacional de Vacinação – CIV, bem como documentos para acesso ao referido Certificado. Com o delineamento deste material – esboço que será submetido à apreciação dos órgãos competentes - pretende-se subsidiar um possível encaminhamento junto a agências de viagem com vistas ao processo de informação aos viajantes quanto a medidas que possam minimizar a exposição a riscos durante as viagens, no que se refere à vacinação contra a febre amarela.

**Palavras-chaves:** certificado internacional de vacinação válido, febre amarela, medidas preventivas.

---

## O PAPEL DA REDE BÁSICA DE SAÚDE EM PORTO ALEGRE

*Anna Paula dos Reis Mallet(2)*  
*Clarice Maria Dall’Agnol(1)*

*1. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF / UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem - NEGE.*  
*2. Enfermeira. Faculdade Três de Maio.*

### **RESUMO**

Pesquisa qualitativa, exploratória-descritiva, com objetivo de investigar junto às Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre, que imunizam contra febre amarela, sobre a prática de orientação à saúde dos usuários-viajantes. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2006, por meio de Entrevistas Semi-estruturadas em profundidade, com gravação em áudio. A amostra compõe-se de enfermeiras das três Unidades Básicas de Saúde de Porto Alegre que ofertam a imunização contra a febre amarela, abrangendo a população total do estudo. Para tratamento das informações elegeu-se a Análise de Conteúdo, à luz de Minayo. Como este estudo integra uma proposta mais ampla de investigação sobre controle sanitário, os resultados contrariam a hipótese inicial de que encontraríamos na Rede Básica de Saúde ruídos na comunicação vacinador-vacinado que estariam acarretando entraves na viagem e deslocamentos desnecessários para aquisição do Certificado Internacional de Vacinação. Os dados revelaram convergência quanto às informações concedidas pelos sujeitos, de forma que se pode considerar que tais locais estão inseridos no contexto de segurança sanitária do País. Entretanto, observou-se centralização da demanda, na gerência distrital Centro, triplamente superior a dos demais locais. Isto sugere que a problemática de orientações esteja ocorrendo em âmbito anterior ao acesso à Rede Básica. Quanto à fonte de informações houve destaque unânime ao Núcleo de Imunizações, considerado como efetivo em sua atuação como coordenadoria. O estudo, além de disponibilizar um importante manancial de informações aos órgãos competentes, poderá contribuir na elaboração de manuais informativos para distribuição aos usuários-viajantes, conforme sugestões apontadas pelos próprios sujeitos deste estudo.

---

## PROMOÇÃO DA SAÚDE ATRAVÉS DE MACROCAMPANHAS - RELATO DE EXPERIÊNCIA

*ECKERT, Débora Vianna (1)*  
*SEGANFREDO, Deborah Hein(2)*  
*ROBIN, Fernanda Kunrath(2)*  
*CANTO, Débora Francisco do(2)*  
*ABIB, Gilda Maria de Carvalho(2)*  
*VANZIN, Arlete Spencer(3)*

1. Acadêmica do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS.
2. Acadêmicas do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem/UFRGS.
3. Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem da UFRGS.

### *RESUMO*

Este trabalho apresenta um relato da experiência de um grupo de acadêmicas de Enfermagem da UFRGS em uma macrocampanha de saúde intitulada “Ações de Enfermagem em uma Escola Estadual de Viamão”, com coordenação da Professora Arlete Spencer Vanzin, da Disciplina de Comunitária. Sabe-se que as doenças crônico-degenerativas como hipertensão, diabetes e obesidade tem alta incidência em populações urbanas, e é de vital importância a realização de macrocampanhas de saúde em centros urbanos, como em escolas das comunidades, com a finalidade de promover a saúde através da realização da consulta de enfermagem gerando situações de ensino/aprendizagem pelo envolvimento de docentes, alunos e, especialmente, participação ativa da população. Na consulta de enfermagem é possível proporcionar a população subsídios para o auto-cuidado e conscientizar sobre a importância do estilo de vida saudável. O trabalho objetiva relatar a experiência de alunas em uma macrocampanha de saúde. A metodologia utilizada pelas acadêmicas foi: aceitação do convite feito pela Enfermeira da escola; elaboração de projeto; desenvolvimento do evento através de realização de consultas de Enfermagem, oficinas; coleta de dados dos participantes da macrocampanha; avaliação final e elaboração de relatório com o perfil sócio-demográfico do público atendido. Durante a macrocampanha, que teve uma duração de 6 horas, foram realizadas 132 Consultas de Enfermagem, abrangendo uma população total de 77 participantes, entre eles alunos e familiares. Mostramos que o Enfermeiro através das Macrocampanhas e da consulta de Enfermagem é capaz de atuar de maneira dinâmica e interativa dentro da comunidade, atingindo diferentes faixas etárias e abordando temáticas específicas, contribuindo para a conscientização da população em busca de uma melhor qualidade de vida. Foi evidente a aprovação por parte da comunidade, que verbalizaram sua opinião positiva, manifestaram satisfação com as explicações e orientações fornecidas e nos solicitaram maior frequência de eventos desta magnitude, ficando visível a importância dos mesmos.

---

---

## RELAÇÕES DE GÊNERO NA ESTRUTURAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA HOMENS E MULHERES

*Paulo Fábio Pereira(1)*  
*Roque Ismael da Costa Güllich(2)*  
*Gilberto Souto Caramão(3)*  
*Aline Gomes Lunardi(4)*

*1. Enfermeiro. Mestrando em enfermagem na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E-mail: mensagem\_*  
*2. Biólogo, mestre e doutorando em botânica. Professor orientador; titular do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdade Três de Maio de Três de Maio/RS.*  
*3. Enfermeiro, mestre em educação, co-orientador. Professor titular do bacharelado em enfermagem da Faculdade Três de Maio.*  
*4. Mestre em Enfermagem. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da FEEVALE. Membro do Grupo de Estudos em Saúde Coletiva (GESC- EENF/UFRGS)*

### RESUMO

O homem, segundo indicadores do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma expectativa de vida menor que a da mulher no Brasil hoje. Pensa-se que tal constatação não se refere as diferenças biológicas existentes entre homens e mulheres; e sim, que essa diferença reflete as formas desiguais de socialização de homens e mulheres, tornando-se possível a análise desse tipo tomando como referência as discussões de gênero. A presente pesquisa foi construída em 2006, a partir do trabalho de conclusão de curso de bacharelado em enfermagem. Volta-se à análise das relações de gênero na estruturação das políticas públicas de saúde com o intuito de analisar os serviços oferecidos para os sexos feminino e masculino a partir do referencial das pesquisas de gênero. É uma pesquisa de cunho qualitativo, do tipo exploratória e documental, apoiada na análise de discurso descrita por Minayo (2004). O estudo seguiu os preceitos éticos da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que normatiza pesquisas que envolvem seres humanos. O trabalho foi desenvolvido em uma secretaria municipal de saúde de um município da região noroeste do Rio Grande do Sul, a partir de entrevistas realizadas com enfermeiras/os da referida secretaria com a aplicação de um questionário estruturado aberto. Foram analisados documentos como planos de ação criados no município bem como manuais das esferas federal e estadual que tratam do assunto. O estudo apontou que as práticas de enfermagem têm como foco o atendimento à mulher, negligenciando a participação do homem em suas ações preventivas. As políticas de saúde estão voltadas para o atendimento de mulheres/gestantes/puérperas e crianças. Tais resultados remetem pensar que as políticas de saúde públicas analisadas têm uma visão singular de gênero, no qual se objetiva o corpo feminino.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Gênero; Saúde Coletiva.

---

---

## RELAÇÕES SOCIOFAMILIARES E SITUAÇÕES DE VULNERABILIDADE A MORBIDADE POR CAUSAS EXTERNAS ENTRE JOVENS

*Marta Cocco(1)*  
*Marta Julia Marques Lopes(2)*

1.Profª Drª do DAOP e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EENF/UFRGS. Coordenadora do GESC-EENF/UFRGS  
2.Acadêmica de Enfermagem da UFRGS.

### RESUMO

Estudo visa conhecer jovens vítimas de acidentes e violências por meio da construção da dinâmica das relações sociais, e tem como objetivo discutir situações de vulnerabilidade frente a esses agravos. Estudo descritivo-exploratório, utilizando o genograma e ecomapa como instrumento de coleta de dados. Entrevistou-se 23 jovens vítimas desses agravos, entre os atendimentos nos serviços de Atenção Básica da região Lomba do Pinheiro/Partenon no município de Porto Alegre/RS. Optou-se pela análise de conteúdo do tipo temático. Conhecendo as interações sociais dos jovens pesquisados, observou-se fragilização das redes de relações. No ambiente familiar, a maioria dos jovens são oriundos de famílias com precária inserção social e econômica o que, muitas vezes, torna-se ambiente de privação, incapaz de proteger seus membros. Constatou-se, dificuldades na consolidação das relações, principalmente, pela falta de diálogo entre as pessoas que residem no mesmo ambiente e uma gama de desentendimentos e conflitos. Observou-se certo valor simbólico da formação escolar enquanto garantia da não exclusão social. No entanto, os problemas do ensino público, e a violência intra e extramuros, colaboram para a evasão escolar, e não reconhecimento da escola como espaço protegido e de aprendizagem. Os locais de lazer desses jovens, concentram-se na rua, visto a precariedade e a ausência de espaços adequados para esse fim, configurando-se num espaço desprotegido, e propício para a produção e reprodução desse tipo de ocorrência. Marcados pelas desigualdades sociais, tais jovens convivem com a falta de oportunidades, de acesso ao mercado de trabalho e o forte apelo da indústria de consumo. O uso e o tráfico drogas foram aspectos mencionados, representados como geradores de renda e conflitos. Conhecer a dinâmica social e as situações de vulnerabilidade desses jovens, possibilita o enfrentamento desses fenômenos pautando-se em ações de prevenção e promoção da saúde, não somente no atendimento às lesões, mas nos seus determinantes.



---

---

RELATO DAS VIVÊNCIAS COMO ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NO PROGRAMA DE  
ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

*Barbosa, K.S(1)*

*Etges, M.R(2)*

*Grillo, M.F(3)*

*1. Acadêmica de Enfermagem da UFRGS.*

*2. Enfermeira da Unidade Básica de Saúde Santa Cecília – HCPA/SMS. e Instituição: Prefeitura Municipal de Porto Alegre/RS.*

*3. Pós-Graduada pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS e Universidade Corporativa Mãe de Deus.*

*Contato*

**RESUMO**

O Programa de Assistência Domiciliar (PAD) é desenvolvido na Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília- HCPA/SMS desde o ano de 2005. Surgiu durante a Campanha Nacional de Vacinação contra a gripe quando os profissionais da Unidade perceberam o expressivo número de solicitações de vacinação a domicílio para pacientes impossibilitados de comparecer na Unidade. A sistematização envolveu a organização de equipes contando com enfermeiras, médicos e residentes de Medicina de Família e Comunidade, além da inserção de acadêmicos das diversas áreas da saúde que realizam atividades disciplinares práticas na Unidade. O PAD têm atualmente cadastrados, cerca de oitenta pacientes, pertencentes ao seu território de abrangência, que são assistidos através de Visitas Domiciliares (VD). A inclusão de usuários no Programa ocorre após a discussão do caso nas reuniões de equipe da Unidade, sendo somente esta a forma de cadastramento. Além das visitas regulares o fluxo de atendimento destes pacientes também se dá por meio de solicitações realizadas por familiares/cuidadores pessoalmente ou por telefone, pelos agentes comunitários de saúde, ou mesmo, por um dos membros da equipe, quando este avalia a necessidade de intervenção de outra categoria profissional. A vivência no PAD se deu enquanto estagiárias na disciplina de Administração em Enfermagem. Além de conhecer o funcionamento do Programa, realizou-se VD com diversos membros da equipe. As ações realizadas nas visitas incluíram: controle de sinais vitais, curativos, teste de glicemia capilar, cadastro no HiperDia, orientações para prevenção de úlcera de pressão, de cuidados com o paciente e cuidador, de hábitos de vida saudáveis até colheita de exames laboratoriais. Além da assistência de enfermagem, destaca-se como um dos grandes aprendizados, a formação acadêmica e a possibilidade de vivenciar a interdisciplinaridade tão discutida durante a graduação, porém, tão pouco vista na prática.

---

---

RELATO DE EXPERIÊNCIA: ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE/RS NA VIGILÂNCIA DA GESTANTE HIV POSITIVA E CRIANÇA EXPOSTA.

*Elisete da Silva(1)*

*1. Enfermeira Residente da RIS – GHC, Ênfase Saúde da Família e Comunidade*

**RESUMO**

Este trabalho é um relato de experiência vivida de 2005 a 2006, como estagiária de enfermagem da Equipe de Controle Epidemiológico (ECE) da prefeitura de Porto Alegre/RS. Onde atuei na vigilância da Gestante HIV+ e Criança Exposta com mais quatro profissionais. O objetivo foi encerrar as fichas abertas que foram notificadas desde 2001 até as novas que ingressam diariamente (descobrimo a sorologia da criança). Para alcançar este objetivo começamos com a busca ativa de todos os casos, aprimorando a visita domiciliar, indo a serviços de maternidade – local de parto, Unidades Básicas de Saúde (UBS) – local de pré-natal e acompanhamento pediátrico e laboratórios públicos – local de realização de exames diagnósticos. Outro meio implementado foi o cruzamento de banco de dados como: AIH (Autorização de Internação Hospitalar), SINASC (Sistema nacional de Nascidos Vivos), SIM (Sistema de Mortalidade) e SISCEL (Sistema Informatizado de Controle Laboratorial) a fim de qualificar as fichas de notificação registradas no SINAN (Sistema de Informação Nacional de Agravos de Notificação). Além disso, efetuamos contato por telefone com a mãe, descobrimo assim o local onde ela fez o acompanhamento pediátrico para posterior busca de resultados de Anti-HIV e Carga Viral desta criança. Neste período obtivemos um resultado muito bom na medida em que encerramos uma quantidade grande de fichas e o trabalho pode ser continuado posteriormente, significando que esta gestante e criança estão sendo melhor acompanhadas e isto reforça a excelência no serviço de vigilância epidemiológica deste agravo tão preocupante para a saúde pública. A experiência foi muito positiva e certamente poderá servir de exemplo para outras equipes de controle epidemiológico na busca ativa de seus agravos de saúde.

---

---

## RESIDENCIA INTEGRADA EM SAÚDE: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS RESIDENTES

*Luana Gonçalves Gehres(1)*

*Alite Celina Nicoletti(1)*

*Christiane Perim(1)*

*Janaina dos Reis Tedesco(1)*

*1. Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Santa Maria, residente de segundo ano do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.*

### RESUMO

O Programa de Residência Integrada em Saúde (RIS), no Grupo Hospitalar Conceição (GHC), surge da necessidade de especializar profissionais para a atuação no Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma modalidade de educação profissional pós-graduada de caráter multiprofissional e interdisciplinar, desenvolvida em ambiente de serviço, mediante atuação em Equipe de Saúde. A proposta deste estudo é descrever a experiência vivida por um grupo de enfermeiras residentes da RIS do GHC, na ênfase de Saúde da Família e Comunidade. Trata-se de um estudo descritivo no qual fizemos um relato de experiência das atividades de formação em serviço desenvolvidas em Unidades Básicas de Saúde do GHC, envolvendo ações assistenciais, de prevenção de doenças e promoção à saúde. As atividades são desenvolvidas em vários setores da Instituição, e ainda em outras Instituições, com o objetivo de ampliar os saberes sobre o indivíduo e o SUS. O processo de formação inclui atividades teóricas e de reflexão, integradas entre residentes de diferentes profissões. Esta proposta permite conhecer e atuar na rede de apoio institucional social, articulando e promovendo, permanentemente, possíveis propostas de ações intersetoriais integradas para a promoção da qualidade de vida e saúde da população. Ainda propicia o desenvolvimento de um processo educativo em saúde como prática social, considerando o perfil socioepidemiológico da população e a participação dos sujeitos. Concluímos que a Residência, neste contexto, oportuniza o desenvolvimento de uma prática de saúde baseada na vigilância da saúde através da combinação das estratégias de promoção de saúde, da prevenção de agravos, além da atenção curativa, para indivíduos e grupos vulneráveis. Percebemos que as atividades de formação e o conhecimento das diferentes formas de intervenção, instrumentalizam a prática da enfermagem para a superação dos desafios enfrentados na construção do SUS, na busca de garantir qualidade na atenção à saúde da população.

**Palavras Chaves:** atenção primária à saúde; residência integrada em saúde.

---

---

## RESIDENTES DE ENFERMAGEM: UM OLHAR SOBRE A REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

*Christiane Perin(1)*  
*Alite Celina M. Nicoletti(1)*  
*Janaína dos Reis Tedesco(1)*  
*Luana Gonçalves Gehres(1)*

1. Enfermeira residente de segundo ano do Programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição.

### *RESUMO*

O programa de Residência Integrada em Saúde, ênfase em Saúde da Família e Comunidade, do Grupo Hospitalar Conceição, prevê diferentes campos de atuação aos residentes. Dentre as atividades desenvolvidas, enfatizamos a realização de plantões na emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição, hospital referência para usuários do SUS, realizado pelas enfermeiras residentes de primeiro ano, com o intuito de proporcionar uma visão e entendimento ampliado da importância do serviço de atenção primária na promoção, prevenção e reabilitação a saúde. Neste ambiente tivemos a oportunidade de acompanhar um paciente de dezenove anos que diagnosticou diabetes mellitus tipo 1. Segundo Duncan, 2004, diabetes mellitus caracteriza-se por hiperglicemia crônica, distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, que resultam de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina. O paciente referiu “há três meses perder peso, apresentar sede intensa e vontade de urinar”, porém não havia procurado a unidade de saúde de referência, por “desconhecer a função deste serviço”. Com queixas de polidipsia, poliúria, perda de peso acentuada e pertencendo a faixa etária de adulto jovem, em uma unidade de saúde ele certamente conseguiria obter diagnóstico, evitando as consequências da doença, além de prevenir complicações extremas como convulsões e o coma. Potencializamos este espaço realizando orientações educativas acerca dos aspectos fisiopatológicos, medicamentosos, prevenção e condutas em episódios de hiper e hipoglicemia, cuidados alimentares, atividades física e aspectos psicológicos para a adaptação e convívio com a doença. Além disso, esclarecemos os objetivos, a organização e o funcionamento dos serviços de atenção primária, com o intuito de conscientizá-lo da importância de acessar e vincular-se à unidade de saúde referente ao seu território para acompanhamento e avaliação de sua saúde. Nesse contexto, percebemos a relevância de criarmos espaços de divulgação e esclarecimento à população acerca do Sistema Único de Saúde, desmistificando tabus de serviços públicos inadequados, provocando a inserção desses sujeitos na construção desse sistema.

---

---

## TRABALHO INTERDISCIPLINAR NO TERRITÓRIO

*Alite Celina M. Nicoletti(1)*

*Adriana Steffens(2)*

*Sinara Isabel Wermuth(3)*

*Wilma Regina Baes(4)*

*Lourenço Felin(5)*

*1. Farmacêutica Residente da Residência Integrada em Saúde Ênfase Saúde da Família e Comunidade - GHC*

*2. Odontóloga Residente da Residência Integrada em Saúde Ênfase Saúde da Família e Comunidade - GHC*

*3. Odontóloga Funcionária do Serviço de Saúde Comunitária do GHC*

*4. Assistente Social Funcionário do Serviço de Saúde Comunitária do GHC*

*5. Acadêmicas do 9º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

### *RESUMO*

Este trabalho trata-se de um relato de experiência de residentes da Residência Integrada do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) ênfase Saúde da Família e Comunidade e profissionais acerca da atenção destinada a uma micro área de risco de uma unidade de saúde do Serviço de Saúde Comunitária do GHC. Esta micro área de risco caracteriza-se como uma área de vulnerabilidade, onde são realizadas reuniões quinzenais com a população que reside naquele espaço, com o objetivo de aproximar a Unidade de Saúde da comunidade, discutir temas demandados pela população e buscar o empoderamento dos mesmos no controle social. As atividades neste espaço iniciaram com a participação da odontóloga e respectivo residente da unidade, com a proposta de investigação sócio-econômica-cultural e auto percepção em saúde bucal. Como as demandas foram se ampliando, acrescido a chegada de novos profissionais à unidade e a aproximação de mais residentes, a proposta foi se modificando para uma atenção interdisciplinar e multiprofissional. Participam destas atividades os seguintes profissionais: odontóloga e residente, residente de Farmácia, residente de Enfermagem, Psicóloga e Serviço Social. Convém ressaltar a constatação da presença nesta área de famílias de risco, gerando vários questionamentos sobre a importância do olhar vigilante ao território adscrito visando o conhecimento ampliado da comunidade com a perspectiva de construção de planos de ações que contemplem as peculiaridades de dado contexto. As ações em saúde que consideram aspectos sociais e culturais do processo saúde doença e que os problematiza com diferentes categorias profissionais possibilitam ao trabalho integrado em saúde.

---

---

VALORIZANDO OS BENEFÍCIOS EM PARAR DE FUMAR COMO FATORES DE SUCESSO NO  
ABANDONO DO TABAGISMO

*Giordana de Cássia Pinheiro da Motta(1)*

*Isabel Cristina Echer(2)*

*Sérgio Saldanha Menna Barreto(3)*

*José Roberto Goldim(4)*

*Maria Lúcia Tiellet Nunes(5)*

- 1. Estudante de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista de Iniciação Científica/CNPq.*
- 2. Professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Doutora em Clínica Médica pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*
- 3. Professor titular do Departamento de Medicina Interna da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Serviço de Pneumologia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pós-doutorado em Ciências da Saúde. Pesquisador do CNPq.*
- 4. Professor adjunto da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Biólogo do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.*
- 5. Professora titular da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.*

**RESUMO**

O tabagismo constitui uma pandemia silenciosa, uma vez que, a cada ano, morrem cerca de 4 milhões de pessoas em todo o mundo de doenças associadas ao tabaco. Mobilizar os fumantes para a decisão de parar de fumar por meio do conhecimento dos benefícios advindos deste ato pode ser uma estratégia para o abandono do tabagismo, já que existem evidências de que há ganho real de saúde ao se parar de fumar em qualquer idade, podendo a redução ser o primeiro passo. Com o objetivo de identificar os benefícios advindos do ato de parar de fumar como fatores de sucesso no abandono do tabagismo, realizou-se um estudo qualitativo, exploratório-descritivo, no qual foram entrevistados 16 indivíduos de Porto Alegre que pararam de fumar há mais de seis meses, com dependência à nicotina  $\geq 5$  pela escala de Fagerström. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A partir da questão “Que fatores contribuem para o sucesso no abandono do tabagismo?”, foram abordados motivos da decisão, estratégias utilizadas, mudanças de hábitos, recaídas e vivência de não fumar. As informações foram examinadas por Análise de Conteúdo e, visando manter o anonimato, os depoimentos foram identificados por códigos numéricos. As informações evidenciaram que os benefícios relacionados ao parar de fumar contribuíram para o sucesso no abandono do tabagismo e para a manutenção da abstinência e foram traduzidos na melhora na auto-estima, na aparência pessoal e no ambiente físico, na capacidade física e na valorização da vida. Sendo assim, uma das alternativas de educação a ser realizada pelos profissionais da saúde e pela mídia, visando diminuir a prevalência do tabagismo, é a motivação e ênfase na divulgação dos benefícios advindos do cessar de fumar.

---

# *Administração de Serviços de Saúde*

---

---

A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DA SUPERVISORA DE ENFERMAGEM PARA A CAPTAÇÃO DE  
CÓRNEAS NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE - RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Vera Maria Bruxel(1)*  
*Solange Pilati(1)*  
*Claudia Beatriz Nery(1)*  
*Rosalba Righi(1)*  
*Diovane Ghignatti da Costa( 2)*

1. *Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Supervisora do Grupo de Enfermagem*  
2. *Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Supervisora do Grupo de Enfermagem, Professora Substituta da disciplina de Administração em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Com a criação do Banco de Olhos no Hospital de Clínicas de Porto Alegre em 2004, as supervisoras do grupo de enfermagem foram sensibilizadas a participar do processo de captação de córneas, já que este inexistia nos turnos da noite e nas 24 horas de finais de semana e feriados. Os principais objetivos que envolveram as supervisoras a participarem deste processo foram: contribuir para o aumento da captação de córneas de forma direta, através da abordagem familiar e ampliar o espaço profissional de atuação do enfermeiro na instituição, como uma atividade inovadora. O segredo do sucesso na captação de órgãos está na busca da doação, que implica na procura ativa da família para a formalização do pedido. Este é feito num momento de sofrimento, portanto é preciso que se adotem condutas de aproximação pessoal que criem condições propícias á doação, sem ferir os sentimentos da família, que se encontra abalada e sensível. As supervisoras, juntamente com a Comissão Intra-Hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT) criaram e estabeleceram o processo de captação que veio a ser efetivamente implantado na instituição. Salientamos que esta Comissão tem a participação de uma supervisora representante do grupo. Este processo é desenvolvido pelas supervisoras em finais de semana e feriados nas 24 horas do dia, diariamente em horário noturno e pelos Técnicos do Banco de Olhos e Tecidos no horário diurno nos dias da semana. Este estudo tem o objetivo de mostrar o resultado da participação das supervisoras no processo de captação de córneas, e dar visibilidade à comunidade acadêmica e profissional das etapas deste processo. É uma análise quantitativa das ocorrências de óbitos no Hospital durante o ano de 2006, bem como das abordagens familiares e captações de córneas realizadas no mesmo período. **METODOLOGIA:** A coleta dos dados foi a partir do total de óbitos ocorridos no Hospital durante o ano de 2006, e do registro das notificações dos mesmos por meio da ficha de informações para doação de córneas, relacionadas em formulário preenchido mensalmente pelas supervisoras e dos dados fornecidos pela CIHDOTT. **REVISÃO DA LITERATURA:** O resultado do processo de abordagem à família para captação de córneas sofre influência direta do modo de pensar, da concepção de valores dos familiares e do próprio paciente em vida. O processo de captação de córneas inicia após a ocorrência do óbito do paciente em qualquer unidade que este se encontre. O secretário providencia o Atestado de Óbito e fica responsável por



---

contatar a supervisora e o Técnico do Banco de Olhos. Junto ao Atestado de Óbito o médico responsável pelo paciente deverá preencher a ficha de informações para doação de córneas, registrando conforme critérios definidos pela CIHDOTT os fatores excludentes para a doação. É feita uma análise desta ficha juntamente com dados obtidos do prontuário do paciente, verificando se o paciente é ou não um potencial doador. Caso não seja, por fatores excludentes, o processo de captação cessa nesse momento. Cabe salientar que os fatores excludentes mais comuns registrados são: diagnóstico de choque séptico; presença de soropositividade para HIV, Hepatite B ou C; ter menos de 2 anos de idade ou mais de 80 anos. Caso o paciente seja um potencial doador de córneas, é então feita a abordagem familiar. Na técnica do acolhimento e entrevista familiar, vários pontos devem ser observados: o entrevistador não poderá ter pressa e deve ter certeza de que o familiar já tenha sido informado do óbito. Uma situação que pode intimidar quem faz a entrevista é deparar-se com grande número de familiares agrupados. O primeiro passo é identificar o parente mais próximo que mostre condições de diálogo, levá-lo a algum local apropriado para realizar a abordagem. Quanto ao local, deverá ser de preferência uma sala isolada, ao redor de uma mesa para manter a importância do encontro. É importante observar que nunca seja solicitada a doação à família na beira do leito de morte, isso tende a ser profundamente desrespeitoso à família e funciona como uma proposta de mutilação; evitar capelas e conversas em corredores, isso pode quebrar a cerimônia do pedido. Quanto à maneira de fazer a solicitação da doação, é preciso compreender que a pessoa que acaba de perder um ente querido não reage como o habitual, pode apresentar comportamentos inesperados como desespero ou apatia. O entrevistador deve mostrar compreensão e empatia com as emoções, ouvir com cordialidade, permitir que o familiar expresse seus sentimentos, deve transmitir tranquilidade e oferecer ajuda para eventuais dificuldades de encaminhamentos. Por fim, deve então oferecer a oportunidade para que a família faça a doação das córneas, explicando: o que é a córnea, falando sobre a importância da doação, mencionando o tempo da retirada e a reconstituição da fisionomia, colocando-se à disposição para responder qualquer outra dúvida que possa surgir. É imprescindível proporcionar à família que se encontra abalada e sensível, tempo para refletir sobre a morte e viver este momento de perda e dor, sendo que qualquer palavra mal colocada pode afetar o processo de captação, porém esclarecer à família que o tempo máximo para a retirada das córneas após o óbito é de 6h. Se a resposta familiar após a abordagem for negativa, e todas as dúvidas do processo estiverem claras, tomamos a postura de prontamente respeitar esta decisão. Deve-se deixar bem claro que não há recriminação por esta opção, pois a questão de doar é uma escolha pessoal e voluntária. Caso a resposta seja positiva à doação, o termo é imediatamente preenchido e assinado pelo responsável, e após é providenciado a remoção das córneas junto ao plantão de sobreaviso do Banco de Olhos. A maior preocupação dos familiares dos doadores está relacionada à possibilidade de deformidade do doador após a retirada dos globos oculares e do tempo para realizar o procedimento. Estas dúvidas devem ser esclarecidas explicando-se que o procedimento é efetuado seguindo técnica adequada, sem alteração da estética, e que o tempo de retirada após assinatura do termo de consentimento não ultrapassa 2 horas. Depois de feita a retirada das córneas o corpo é liberado para os familiares, e as córneas são processadas pelo Técnico do Banco de Olhos conforme a sua rotina. Podemos considerar que a abordagem à família do potencial doador proporciona um espaço de

---

elaboração frente à situação de morte, bem como um momento de reflexão sobre a importância do ato de doar órgãos. O sucesso das captações não depende unicamente da atuação na abordagem, pois a aceitação da morte e a doação de órgãos são aspectos que sofrem interferência cultural e religiosa, e a mudança de comportamento a elas relacionadas poderá ocorrer gradativamente. RESULTADOS: No ano de 2006 ocorreram 1362 óbitos no Hospital, 1217 (89%) destes foram notificados para as supervisoras ou para o Banco de Olhos. Dos 1217 óbitos notificados somente 241(20%) foram potenciais doadores sendo que 976 (80%) apresentaram fatores excludentes para doação. Dos óbitos notificados 856 (70%) aconteceram no turno de trabalho das supervisoras. Do total de potenciais doadores 205 (85%) foram registrados pelas supervisoras. Foram abordadas 165 famílias (68% do total de potenciais doadores) destas, 142 (86% do total de famílias abordadas) foram realizadas pelas supervisoras. Das 142 abordagens realizadas pelas supervisoras, foi obtido sucesso na captação em 51(36%) abordagens. Do total de 68 captações realizadas em 2006 as supervisoras foram responsáveis por 51 (75%) destas captações. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Ao analisar os dados podemos salientar que há preocupação institucional, por parte dos envolvidos no processo de captação, pois 89% das ocorrências de óbitos são comunicadas em tempo viável às pessoas responsáveis para desencadear o processo de captação. Outra observação interessante é que a maior ocorrência de óbitos acontece no turno de trabalho das supervisoras 70% do total (finais de semana e noite), ficando a sugestão para a realização de um estudo verificando se há alguma relação de prevalência de óbito com turno de trabalho. Concluímos que a maioria dos pacientes que evoluem ao óbito no hospital, não são candidatos a doação de córneas, considerando os atuais critérios de exclusão adotados pela CIHDOTT, perfazendo um total de 80% dos óbitos notificados. Verificamos que a percentual de captação de córneas geral institucional é de 41%, e que as supervisoras obtiveram sucesso em 36% das abordagens realizadas, considerando que o índice descrito na literatura é de 30%, estamos dentro do aceitável. Podemos ainda concluir que das 68 captações de córneas realizadas no ano de 2006, as supervisoras tiveram a participação de 75% nestas captações, o que comprova a importância da sua participação no processo de captação. Estes dados também nos fazem refletir quanto ao alto índice de negativas familiares (64% das famílias abordadas). Com isso evidencia-se a necessidade de discutir junto à CIHDOTT estratégias para melhorar os métodos de abordagem, com capacitação dos envolvidos, bem como trabalhar a conscientização da sociedade quanto à doação de órgãos e tecidos.

**Palavras-chave:** Captação de córneas ; abordagem familiar; supervisão de enfermagem.

---

---

A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DAS ENFERMEIRAS EM CARGO DE SUPERVISÃO DE  
ENFERMAGEM NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

*LIBERALL, Janaina(1)*  
*DALL' AGNOL, Clarice Maria(2)*

*1. Enfermeira, membro do Núcleo de Estudos sobre Gestão em Enfermagem – NEGE*

*2. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – EENF-UFRGS. Coordenadora do NEGE. Orientadora do estudo.*

**RESUMO**

Estudo qualitativo, exploratório-descritivo, com o objetivo de conhecer a organização do trabalho das enfermeiras em cargo de supervisão no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), RS. Cinco entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com enfermeiras em cargo de supervisão de enfermagem, no período entre setembro e outubro de 2006. As informações, submetidas à análise de conteúdo, resultaram em duas categorias principais: Atividades desenvolvidas pelas Supervisoras e Organização do Trabalho. Identificou-se que as supervisoras de enfermagem desenvolvem práticas inerentes à supervisão de enfermagem propriamente dita e agregam também a função de plantão administrativo, respondendo pela Administração Central do Hospital, além de desenvolverem ações de Assistência / Serviço Social. O acréscimo dessas funções acarretou aumento significativo da demanda de trabalho, exigindo priorização de ações. As supervisoras julgam de extrema importância o contato face-a-face com a equipe de enfermagem, atuando como facilitadoras nas tomadas de decisões desses profissionais. É conferida especial importância quanto à abordagem de familiares na captação de córneas, pós-óbito, e esta atividade, embora gratificante, é bastante trabalhosa, requerendo várias horas do plantão para os devidos encaminhamentos. Quanto à forma de conduzir o trabalho, percebe-se um eixo convergente, havendo similaridades entre as participantes. Prevalece uma organização empírica do trabalho, apesar da busca sistemática de literatura sobre o tema supervisão. Foram relatadas parcerias com profissionais de outras áreas do Hospital, visando assegurar a qualidade institucional. Com o estudo, pressupõe-se contribuições na construção do perfil do cargo de supervisora e o desencadeamento de um processo reflexivo acerca das atividades que lhe competem.

---

---

ADMINISTRAÇÃO EM ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO AMBULATORIAL DO  
HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

*Kátia Bottega Moraes(1)*  
*Rúbia Guimarães Ribeiro(1)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(1)*  
*Karen Schein da Silva(1)*  
*Érica Mallmann Duarte(2)*

*1. Acadêmicas do 9º semestre do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

*2. Professora adjunta do Departamento de Assistência e Orientação Profissional do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Mestre em Administração pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** O Centro Cirúrgico Ambulatorial (CCA) conta com uma infra-estrutura destinada à realização não só de cirurgias de pequeno e médio porte, como também de exames de maior complexidade que eventualmente necessitem da utilização de sedação. São realizados em média 2000 procedimentos por mês no setor. O quadro de funcionários dos turnos da manhã e da tarde é composto por 32 técnicos de Enfermagem e cinco enfermeiros. Durante a noite, trabalham dois técnicos de Enfermagem e um enfermeiro. O CCA conta ainda com uma administradora e quatro auxiliares de administração, que trabalham na secretaria, no atendimento direto ao público. A enfermeira chefe do CCA é responsável pelas rotinas administrativas da Enfermagem. **OBJETIVOS:** Apresentar a dinâmica do atendimento na unidade, bem como mostrar as funções do profissional enfermeiro de cada área do CCA, evidenciando suas atividades administrativas. **METODOLOGIA:** As informações foram coletadas a partir da observação direta do funcionamento da unidade, e ampliadas através de consulta a materiais bibliográficos produzidos pelos enfermeiros do CCA. **DINÂMICA DA UNIDADE:** O CCA é dividido em quatro áreas: sala de preparo ou admissão, salas de endoscopia, salas cirúrgicas e sala de recuperação pós-anestésica. Suas particularidades são evidenciadas no decorrer do trabalho. *Sala de preparo ou admissão.* A sala de preparo ou admissão é destinada a receber os pacientes que irão se submeter às cirurgias e exames ocorridos no CCA. É nessa área que ocorre o primeiro contato do paciente com o serviço, momento que deve ser bastante utilizado em favor da interação entre ele e a equipe, e também em favor da educação para a saúde. O paciente revela suas percepções e seus dados, para que sejam analisadas as condições de realização do procedimento. O papel da equipe de Enfermagem é, dentre outros, tranquilizar o paciente, explicando tudo o que irá ocorrer, de maneira simples e clara, a fim de esclarecer dúvidas. Trabalham na sala de preparo, no turno da manhã, uma enfermeira e dois a três técnicos de Enfermagem. A enfermeira da admissão é responsável pela marcação das cirurgias ou exames fora de escala marcados para o mesmo dia, conforme a possibilidade e a disponibilidade de profissionais e salas. Com os pacientes que não estão internados no hospital e com todas as crianças, a enfermeira realiza o histórico de Enfermagem, que é adaptado às necessidades do CCA. Quando os pacientes já estão internados no hospital, é realizada, também pela enfermeira, uma pequena evolução na pasta notificando a admissão no CCA. Entender o funcionamento da sala de preparo é um importante recurso aos

---

acadêmicos de Administração, pois esse local permite uma visão panorâmica do que está ocorrendo em todo o CCA: procedimentos, equipes presentes, atrasos, salas disponíveis e distribuição dos funcionários, favorecendo a experiência de gerenciamento. *Salas cirúrgicas.* O bloco cirúrgico do CCA é constituído de oito salas cirúrgicas, uma sala de curativos, uma sala onde são realizadas as manometrias e phmetrias, uma sala de prescrição médica, uma sala de esterilização, onde se encontra a autoclave Statim®, além de uma sala onde fica alocado o arsenal. Não são todas as salas que possuem uma escala de especialidades fixa. Nas salas sete e oito são realizadas cirurgias oftalmológicas; já nas outras salas, as especialidades mudam de acordo com o dia e o horário. Muitas são as atribuições da enfermeira responsável por esta área, como: controle dos materiais que chegam e que são encaminhados para o Centro de Materiais e Esterilização; encaminhamento dos materiais para conserto; pedido de empréstimo de materiais; organização da escala de funcionários; atuação nas salas cirúrgicas, principalmente no momento do posicionamento do paciente e da indução anestésica; acompanhamento dos curativos e registro da evolução dos mesmos. *Salas de endoscopia.* Apesar desse nome, nas seis salas que se encontram nessa área, além de endoscopias, diferentes tipos de procedimentos são realizados, como litotripsias, nefrostomias, biópsias de próstata, histeroscopias, fibrobroncoscopias, retosigmoidoscopias, colonoscopias e paracenteses. Também são realizados procedimentos com anestesia geral que não sejam de grande complexidade, como as eletroconvulsoterapias, já que é a sala destinada é equipada com carro de anestesia e monitor cardíaco. A assistência é prestada por dois técnicos de Enfermagem, um que circula, e outro que permanece em sala. A enfermeira do setor de endoscopias é responsável pela supervisão, orientação, gerência, administração e acompanhamento dos procedimentos em andamento e da equipe de Enfermagem, devendo permanecer nas salas sempre que possível, e oferecendo assistência de Enfermagem quando necessário, dando suporte e apoio para a equipe de Enfermagem. *Sala de recuperação pós-anestésica.* A sala de recuperação pós-anestésica (SRPA) é dividida em duas áreas: adulta e pediátrica. Há um espaço destinado a receber os pacientes da área endoscópica que recebem somente sedação para a realização dos procedimentos. A SRPA adulta é composta por 14 leitos, organizados de A a O. Já a SRPA pediátrica possui cinco berços, e a área de sedação, dez macas. A equipe da SRPA é composta por seis técnicas de Enfermagem, sendo duas do turno intermediário, que ficam alocadas dependendo da demanda da unidade. Imediatamente após a chegada do paciente, o enfermeiro e os técnicos de Enfermagem recebem as informações do trans-operatório, repassadas pelo anestesista ou pelo médico responsável pelo procedimento. Os técnicos de Enfermagem realizam os cuidados necessários e o enfermeiro avalia o paciente. A verificação dos sinais vitais é realizada a cada trinta minutos na primeira hora de estada, e posteriormente a cada hora. É realizada a avaliação da dor do paciente, por meio de uma escala numérica. O enfermeiro da SRPA é responsável pelo gerenciamento da maior parte dos fármacos, inclusive dos psicotrópicos. Ao final de cada turno, é ele quem organiza os medicamentos que serão utilizados em cada procedimento. Informações aos familiares são fornecidas de hora em hora por uma técnica de Enfermagem na porta do CCA. A permanência dos pacientes na SRPA é em média duas horas. Para aqueles pacientes que permanecem durante um maior período de tempo, é permitida a entrada rápida de um dos familiares. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** A experiência de estágio no CCA permite ao acadêmico

---

desenvolver habilidades de liderança e de gerenciamento da equipe de Enfermagem. No decorrer da prática, o acadêmico assume o papel do enfermeiro do setor, e assim participa de diversas atividades administrativas. Compreender as relações interpessoais, conhecer as habilidades e as limitações de cada funcionário, participar de processos decisórios, gerenciar a escala dos funcionários e preparar uma reunião de trabalho são algumas dessas atividades. Além de toda essa parte administrativa, o acadêmico adquire novos conhecimentos técnicos e científicos, já que ele tem de atuar em procedimentos específicos que ocorrem somente no CCA.

**Descritores:** *Administração em Enfermagem; Centro Cirúrgico Ambulatorial; Recursos humanos; Gerenciamento.*

---

---

AUDITORIA DE CONTAS NO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO  
UM NOVO DESAFIO AOS ENFERMEIROS

*Clarisse de Moraes Maia e Silva(1)*  
*Sofia Louise Santin Barilli(2)*

*1. Enfermeira do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, responsável pela Auditoria de Contas de pacientes particulares e conveniados do Centro de Terapia Intensiva.*  
*2. Acadêmica do 9º semestre do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Bolsista do Serviço de Enfermagem em Terapia Intensiva.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** Devido aos crescentes custos na área da saúde, atenção especial tem sido dada às despesas hospitalares e à gestão dos recursos financeiros das instituições. Levando em consideração essa premissa, no Brasil essa preocupação é ainda maior, devido à constante e cada vez maior escassez de verbas destinadas a essa área. As organizações pagadoras de serviços de saúde têm buscado a otimização dos recursos financeiros aplicados nas ações em saúde; a partir disso, estabeleceu-se uma nova especialidade para os profissionais dessa área: a Auditoria de Contas, há tempo prevista no Conselho Federal de Enfermagem. O conceito de Auditoria vem de Contabilidade e significa o mesmo que revisar, periciar, intervir ou examinar contas. A Auditoria de Contas funciona como uma ferramenta administrativa para o controle de custos, já que sua meta é evitar glosas, e assim fazer com que a instituição seja ressarcida devidamente pelos procedimentos e/ou serviços executados. Para os serviços de saúde, é interessante não somente que a prática aplicada aos pacientes seja a adequada, mas também que seja realizada com o menor custo possível. No Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), essa atividade vem sendo realizada no Centro de Tratamento Intensivo Adulto (CTI). Iniciou nesse setor no mês de fevereiro de 2005, tendo como objetivos a otimização, para a instituição, da receita proveniente dos pacientes de convênios e/ou particulares; a melhoria no controle dos lançamentos e registros nas prescrições de Enfermagem e médica; a padronização e melhoria na descrição dos equipamentos e medicamentos nas prescrições médicas, juntamente com o Grupo de Sistemas do HCPA; a melhoria na descrição dos cuidados/intervenções nas prescrições de Enfermagem, com o auxílio do Grupo de Trabalho do Diagnóstico de Enfermagem e do Grupo de Sistemas; a padronização da rotina das notas de sala dos procedimentos médicos junto ao setor administrativo; o resgate das contas dos prontuários e prescrições dos pacientes conveniados ou particulares internados na área. A enfermeira responsável pela Auditoria de Contas necessita de conhecimentos relacionados aos indicadores de saúde e administrativos, bem como de conhecimentos em relação aos valores dos insumos e ao fluxo financeiro. A Auditoria de Contas é uma proposta inovadora de trabalho para os enfermeiros que realizam Ações Diferenciadas (AD) no HCPA. Essa experiência com os pacientes de convênio e particulares servirá como base para extensão dessa atividade a todos os pacientes do CTI, até mesmo aos usuários do Sistema Único de Saúde. Isso levará ao conhecimento do custo e da receita empregados no cuidado a nível individual. **OBJETIVOS:** Relatar a experiência da enfermeira auditora de contas do CTI de um hospital público, bem como evidenciar a

---

importância da Auditoria de Contas para a gestão de recursos da instituição, e, além disso, mostrar os resultados alcançados de 2005 a março de 2007. **METODOLOGIA:** A enfermeira que realiza a AD da Auditoria de Contas no CTI revisa não somente os prontuários e as prescrições dos pacientes conveniados e particulares, mas também as notas de sala de procedimentos médicos. Ela procura identificar materiais, serviços ou medicamentos que foram usados, mas que não tenham sido prescritos ou checados, ou ainda que não tenham sido corretamente apazados. Como esse processo ocorre antes da conta ser enviada para a fonte pagadora, tendo o auditor a posse do prontuário para análise, possíveis irregularidades ou inconformidades podem ser negociadas com mútua e formal concordância. No momento, existe somente uma enfermeira auditora no CTI, e sua carga horária é de 24 horas mensais, divididas em dois dias da semana de três horas cada, mais especificamente terças e sextas-feiras. **RESULTADOS:** Durante o primeiro ano de trabalho (2005), a atividade foi realizada durante três meses: foram auditados 76 prontuários de pacientes conveniados e particulares internados no CTI, e o valor resgatado foi de R\$ 38.361,05. Durante todo o ano de 2006, foram auditados 236 prontuários, e o valor resgatado foi de R\$ 164.744,62, o que equivale a uma média mensal de R\$ 13.728,71. Durante os meses de janeiro, fevereiro e março de 2007, já foram auditados 43 prontuários, sendo resgatado o valor de R\$ 31.580,92. Pode ser constatado que os serviços e materiais que geram as maiores perdas são: bombas de infusão, diluição de antibióticos, dietas, oxigênio e ar comprimido, notas de sala ausentes ou incompletas e paradas cardiorrespiratórias. Várias atividades foram realizadas com o objetivo de conscientizar as equipes que trabalham no CTI: processo de educação continuada aos médicos residentes e contratados, aos enfermeiros novos e antigos e aos técnicos de Enfermagem dessa unidade. Foi realizado primeiramente um treinamento teórico para a equipe de enfermeiros, e elaborado um roteiro, tipo *checklist*, contemplando os aspectos mais importantes que devem constar nas prescrições de Enfermagem. Os técnicos de Enfermagem receberam treinamento em serviço durante o turno de trabalho. O processo de treinamento é contínuo, visto que essa prática não estava inserida no contexto da instituição por ser de caráter público. Como resultado disso, já pode ser observada uma mudança no comportamento dos profissionais do CTI em relação às prescrições e aos registros que devem ser feitos. Além disso, a enfermeira auditora também participou da elaboração de um manual voltado aos médicos residentes que ingressam na Terapia Intensiva; de um projeto desenvolvido junto ao Grupo de Sistemas, com o objetivo de realizar modificações no sistema de prescrição médica, a fim de evitar maiores perdas; e ainda de outro projeto junto ao Grupo de Sistemas e ao Serviço de Farmácia, para implementar as diluições de medicamentos e bombas de infusão automaticamente na prescrição médica. Sugere-se ainda que um sistema de informações voltado às necessidades da Auditoria de Contas hospitalar seja desenvolvido, o que viabilizaria o trabalho. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Espera-se que esse trabalho possa ser expandido, com o objetivo de servir de subsídio para o desenvolvimento de um sistema que traga o conhecimento dos custos individuais de um paciente de Terapia Intensiva. O processo é bastante minucioso e lento, principalmente no que se refere à conscientização das equipes de trabalho. Entretanto, a atividade ainda se encontra na fase inicial, e pelos resultados bastante satisfatórios alcançados durante o ano de 2006, já podemos observar que pode ser considerada uma atividade essencial, principalmente em um setor de alta tecnologia e de altos custos como o



---

CTI. Os profissionais da área da saúde devem perceber a atual necessidade de uma visão estratégica, que contemple a Auditoria de Contas como uma atividade imprescindível, visto que representa também uma ferramenta para a melhoria da qualidade assistencial e do gerenciamento das instituições de saúde, já que gera aumentos significativos na sua receita financeira, o que pode ser utilizado de acordo com as necessidades do hospital ou no investimento para a implementação de novas tecnologias.

**Palavras-chave:** Auditoria de Contas; Administração em Enfermagem; Gestão de recursos financeiros.

---

---

GERENCIAMENTO DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM:  
OS DESAFIOS DA ADMINISTRAÇÃO CONTEMPORÂNEA

*Viviane Santos de Freitas(1)*  
*Rejane Eloisa Taffe(2)*

*1. Acadêmica de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.*

*2. Professora, Mestre, Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, orientadora do trabalho.*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** As exigências de mercados atuais requerem que a enfermeira administre sua equipe visando a busca da satisfação. Ela deve saber associar os conhecimentos teórico-administrativos com a experiência trazida de outros locais de trabalho ou aquelas que adquire com a vida. Administrar a equipe de maneira democrática proporciona aos seus membros que exercitem sua imaginação, criatividade na solução de problemas e oportuniza um comprometimento maior com os objetivos da instituição. Esta pesquisa objetiva analisar os desafios administrativos de uma equipe de enfermagem contemporânea frente às relações humanas presentes dentro dos grupos. Para tal, realizaremos uma pesquisa qualitativa e exploratória através da utilização da entrevista semi-estruturada com perguntas abertas aplicadas a uma equipe de enfermeiras (os) de uma unidade de Emergência de um Pronto-Atendimento de pequeno porte do SUS localizado na região metropolitana de Porto Alegre RS. Será realizada análise do conteúdo de Bardin (1975). **OBJETIVO PRINCIPAL:** Identificar os desafios da administração contemporânea para uma equipe de enfermeiros de um Pronto-Atendimento público do Rio Grande do Sul. **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:** Identificar as formas de comunicação entre as equipes de enfermagem; Identificar as formas de motivação entre as equipes; Identificar os principais conflitos existentes entre as equipes e as principais maneiras de resolvê-los. **REVISÃO BIBLIOGRÁFICA:** O Trabalho em Equipe - Equipe é um grupo qualificado, com objetivos em comum e trabalham de forma compartilhada. Possuem características tais como: comunicação verdadeira, confiança, respeito, mente aberta, cooperação. A equipe investe constantemente em seu crescimento (MOSCOVICI,1996). Fatores que influenciam no trabalho em equipe segundo Chang (2000): *Comunicação* - O sucesso de uma equipe esta ligada a uma boa comunicação entre os membros do grupo. Para que isso ocorra deve haver compreensão no que foi comunicado, ou seja, os indivíduos devem receber, entender, memorizar e responder adequadamente as mensagens. Campos e Melo (2002), referem que a comunicação no meio hospitalar se faz através de uma cadeia composta pela forma escrita, verbal e mais recentemente aquela que ocorre por meio da rede de computadores. Para elas, a comunicação é o elo global do serviço da enfermagem. Se os enfermeiros possuem boa habilidade de comunicação criam uma esfera articulada e positiva com sua equipe e com os outros profissionais da equipe multidisciplinar. *Conflitos* - Para Moscovici (1994), o conflito é inerente ao ser humano e deve ser trabalhado para não se tornar danoso à equipe. Ele traz energia e fluxo de idéias, movimenta o grupo, pois estimula os membros a darem soluções a seus problemas. Para Chang (2000), o resultado do conflito depende da forma como ele é administrado pelo grupo. O autor ressalta que membros de uma equipe têm maneiras diferentes de solucionarem seus conflitos. Este fato

---

---

---

acontece, pois a reação é individual e vêm com a emoção da pessoa em relação ao enfrentamento do desafio. Uns evitam, outros enfrentam o problema na hora que surge. Agostini (2005) relata que conflito em equipe de enfermagem é um fenômeno freqüente e que muitas vezes é ignorado. Para ela a teia do modelo clássico de administração vigente no hospital público é uma pedra no caminho das enfermeiras pois este modelo prevê uma série de normas e rotinas não mutáveis. *Motivação* - Segundo Chang (2000), a motivação é um fator que impulsiona os membros de uma equipe com o objetivo de fazer com que estes atinjam suas metas, obtendo maior índice de satisfação em menor tempo. Marquis & Huston (2005), ressaltam a importância de um líder e administrador para um ambiente motivador. Segundo estas autoras, líderes não são necessariamente chefes hierárquicos. O líder pode ser integrante da própria equipe, mas que possua características especiais, como a capacidade de influenciar seus pares. Já um administrador não necessariamente pode ser um líder de uma equipe. Para Chiavenato (2004 B), a motivação surge da necessidade da empresa em levar adiante um projeto. Ela funciona como um impulso para a equipe, pois esta visa receber os incentivos. Uma pessoa motivada tem maior persistência para alcançar seu objetivo. Pasti et al (1999), citam as redes ou associações motivacionais que são: a afiliação, o poder e a realização explicando a grande parte da conduta humana no trabalho. *MÉTODO: Tipo de Pesquisa* - Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva realizada segundo a abordagem qualitativa. Segundo Triviños (1995), o estudo exploratório permite ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. Este tipo de pesquisa visa o aprofundamento do assunto segundo a realidade. Para Minayo (1998), a pesquisa qualitativa vislumbra o que não pode ser quantificado. *Caracterização do Local do Estudo* - Este estudo será realizado em um Pronto-Atendimento municipal de pequeno porte, situado na cidade de Guaíba, RS. *Sujeitos da Pesquisa* - Segundo Minayo (1998 B), a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Para esta autora a boa amostragem é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado. Serão sujeitos desta pesquisa enfermeiros que prestam serviço no Pronto-Atendimento. *Instrumento de Coleta de Dados* - O instrumento para coleta de dados se dará através de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas. *Coleta de Dados* - A coleta de dados será realizada pela autora da pesquisa após autorização da Secretaria de Saúde. As entrevistas serão previamente agendadas levando em conta a disponibilidade dos enfermeiros. *Análise de Dados* - Bardin (1975) apud Trivinos (1995), recomenda o emprego de um método para análise de conteúdo da pesquisa qualitativa, pois este tipo de estudo é medido por motivações, atitudes, valores e crenças. O mesmo autor determina três etapas para análise de conteúdo - pré-análise, descrição analítica e interpretação referencial. *Considerações Éticas* - Segundo DerSimonian et al apud Goldim (2000), a ética é a ciência da moral e da conduta que guia a ação e comportamento humano. Várias questões éticas são colocadas nesta pesquisa, além das formalidades de praxe. Serão preservados os nomes dos entrevistados, para isso serão criados nomes fictícios, pois a intenção não é a de expor o entrevistado, mas sim de expor sua idéia sobre o andamento do serviço. O projeto de pesquisa teve a avaliação e aprovação da Secretaria de Saúde do Município de Guaíba, que autorizou o desenvolvimento deste estudo. Os sujeitos foram informados sobre o objetivo, metodologia e finalidade do estudo. Após, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias,

---

ficando uma cópia com o sujeito e outra com a pesquisadora. Este documento garante ao entrevistado a preservação de sua identidade e o direito de interromper sua participação em qualquer etapa da pesquisa. CONSIDERAÇÕES FINAIS: Os dados estão sendo analisados e apontam para uma dificuldade da comunicação entre a equipe, pela diversidade cultural e a motivação da equipe ocorre por fatores sociais.

**Palavra-chave:** equipes, administração.

---

---

PENSAMENTO CRÍTICO E ACURÁCIA DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

*Maria da Graça Oliveira Crossetti(1)*  
*Carolina Giordani Silva(2)*

*1. Enfermeira do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

*2. Enfermeira do Serviço de Emergência do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A enfermagem ao longo de sua evolução vem pontuando a importância de se considerar a singularidade do indivíduo no que se refere a valores, crenças e necessidades específicas na sua forma de cuidar. Para Crossetti (1997) o cuidado é visto como forma de ideal e moral da enfermagem, cuja característica fundamental é a preservação da dignidade humana. Para tanto, faz-se necessário a aplicação de metodologias que fundamentem o processo de cuidar, sendo estas estruturadas em referenciais teórico-metodológicos cujos princípios e proposições orientam o enfermeiro na identificação dos problemas de saúde do indivíduo e conseqüente tomada de decisões precisas. Neste contexto, o processo de enfermagem (PE) tem se constituído em uma destas metodologias de assistência aplicada em diferentes realidades. O PE se sistematiza em etapas seqüenciais e dinâmicas, as quais variam em número e denominação de acordo com os conceitos e pressupostos dos teóricos de enfermagem (Horta (1979), Iyer, Taptich, Bernocchi-Losey (1993)) Dentre as etapas, destaca-se a do DE cujo processo de operacionalização é foco deste estudo, no que se refere a sua precisão na tomada de decisão do enfermeiro. O DE tem como meta oferecer subsídios necessários para orientar as condutas, sendo que a obtenção de dados relevantes, fidedignos e suficientes são componentes importantes para um diagnóstico correto (Lopes, 2002), e desta forma, elaborar um plano de cuidados adequados. Esta condição pressupõe precisão diagnóstica, a qual exige pensamento crítico e raciocínio clínico como habilidades essenciais do enfermeiro. O pensamento crítico é uma metodologia que usa o processo básico de pensamento para analisar argumentos e perspectivas gerais, atribuindo significados e fazendo interpretações, desenvolvendo raciocínio lógico, com conseqüente compreensão da situação em análise (Beyer apud Rubbo, 2002). O desenvolvimento de habilidades do pensamento crítico para elaboração do DE é fundamental, pois contribui para a acurácia dos mesmos. Isso porque, as interpretações dos dados coletados são complexos e diversos, o que contribui para a baixa acurácia dos DE e o desenvolvimento inadequado das intervenções de enfermagem (Lunney, 2003). A Acurácia dos DE é definida como o julgamento de padrões para o grau de qualquer declaração diagnóstica ou avaliação dos sinais e sintomas na situação do paciente, é o resultado das interpretações do intelectual, da técnica e do processo perceptivo (Lunney,1990, 1997). Assim, sendo o processo diagnóstico uma atividade mental para a qual contribuem elementos de natureza distinta, entre elas o conhecimento teórico, a experiência, o julgamento e o raciocínio clínico individual do enfermeiro, torna-se evidente as dificuldades encontradas para desenvolver os DE com precisão, estando desta forma, sujeitos a erros na tomada de decisões. A mensuração da acurácia tem sido estudada por Lunney (2004), que propõe critérios de classificação do grau de acurácia dos DE, os quais variam do grau +5 a -1, classificando o DE como de alta ou de baixa acurácia respectivamente. O DE de alta

---

---

---

acurácia é coerente com todos os sinais e sintomas que lhe são característicos, já os de baixa acurácia são indicados por mais de um sinal e sintoma, que pode ser rejeitado, além de ser fundamentado por no mínimo dois sinais e sintomas errados. Considerando a importância da utilização de classificações na prática de enfermagem (Crossetti, 2003), os DE tem sido uma realidade na prática diária dos enfermeiros do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) desde 1999, tendo por base os referenciais teóricos propostos por Benedet e Bub (1998) e NANDA (1999). Diante das mudanças do perfil epidemiológico da população, do avanço tecnológico em saúde e a necessidade de manter a competência continuada destes profissionais, surgiu a necessidade de se verificar a acurácia dos DE elaborados na instituição, bem como identificar as habilidades empregadas no processo diagnóstico. OBJETIVOS: Os objetivos deste estudo foram identificar a acurácia dos DE segundo o modelo de Lunney (1990) e identificar as habilidades do pensamento crítico utilizadas pelos enfermeiros processo DE. METODOLOGIA: A metodologia do estudo compreendeu uma pesquisa quantitativa, exploratória e descritiva segundo Polit and Hungler (1995). Teve como campo o HCPA, que é um hospital universitário. A amostra intencional, por convite, compreendeu 30 enfermeiros que cuidavam de pacientes com danos clínicos e cirúrgicos em diferentes níveis de complexidade, com no mínimo um ano de exercício profissional na instituição. O instrumento aplicado para coleta de dados foi um questionário que compreendia três partes: a primeira com os dados de identificação e de experiência profissional dos participantes, a segunda constituiu-se de um estudo de caso em que os participantes deveriam identificar os DE, com seus respectivos sinais e sintomas e necessidades humanas, de acordo com o referencial de Benedet e Bub (1998), o qual também foi utilizado para análise dos dados, e a terceira, em que os enfermeiros deveriam relacionar as habilidades que aplicaram no processo diagnóstico para elaboração dos DE. A análise dos dados deu-se através da estatística descritiva, e seguiu as seguintes etapas: primeiro, a comparação dos sinais e sintomas e necessidades humanas básicas que caracterizavam os DE relacionados pelos enfermeiros com o referencial de Benedet e Bub (1998), verificando se o apontado tinha relação com o mesmo; segundo, a mensuração do grau de acurácia dos DE conforme os critérios de classificação proposto por Lunney (1990); terceiro, categorização das habilidades aplicadas pelos enfermeiros no processo diagnóstico de acordo com o proposto por Lunney (1990). Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. RESULTADOS: Observou-se no estudo que, no que se refere à mensuração da acurácia do DE, os resultados demonstraram que foram analisados 18 DE diferentes, sendo que alguns foram elaborados mais de uma vez por diferentes enfermeiros, obtendo, desta forma, um total de 37 DE, sendo classificados da seguinte forma: com alta acurácia, grau +5 e +4, representando 38% (14) e 19% (7) respectivamente; com baixa acurácia, grau +3, +2 e +1, representando 8% (3), 8% (3), 3% (1) respectivamente; DE sem acurácia, grau 0, neste caso 24% (9); não se evidenciou neste estudo, grau de acurácia -1; de modo geral, 57% (21) dos DE foram classificados com alta acurácia, e 43% (16) com baixa acurácia. Nas habilidades do pensamento crítico utilizadas pelos enfermeiros no processo diagnóstico foram identificadas quatro categorias: buscar informação (38 enfermeiros), analisar (29 enfermeiros), discriminar (12 enfermeiros), transformar conhecimento (7 enfermeiros). O uso de classificação na enfermagem requer que o enfermeiro tenha competências e habilidades em tomar decisões

---

precisas e adequadas aos problemas de saúde do paciente, a importância de se conhecer as habilidades que influenciaram o grau de acurácia diagnóstica proporciona aos enfermeiros desenvolver o pensamento crítico, raciocínio clínico e consequente tomada de decisão no estabelecimento dos DE, bem como priorizar intervenção com criatividade e adequação necessárias as reais condições biopsicosociais do paciente.

**CONSIDERAÇÕES GERAIS:** Conclui-se com este estudo que ao elaborar um diagnóstico é importante observar, que ao comparar as evidências apresentadas pelo paciente com as evidências listadas por autores ou o referencial teórico, como exemplo Benedet e Bub (1998), adotado pela instituição, não significa que esse diagnóstico seja correto, pois há inúmeras diferenças entre as evidências citadas pelos autores e as características individuais dos pacientes. As evidências nunca puderam ditar os diagnósticos como corretos, mas sim permitir considerar possíveis diagnósticos, isto porque, se deve levar em consideração que o processo de cuidar é culturalmente determinado, logo as respostas humanas são igualmente distintas entre os indivíduos, manifestando-se de forma diferente. Outro aspecto relativo as características que definem um DE e consequentemente a acurácia, vêm ao encontro do que diz Lunney (2004), ou seja, os enfermeiros que participaram deste estudo têm percepções, formações, vivências, experiências e valores distintos o que os leva igualmente a diferentes pistas que vão orientar a tomada de decisão e a prioridade de um dado DE. Este fato não significa que o enfermeiro tenha cometido um erro, é preciso analisar e avaliar o contexto da situação clínica visualizando os resultados. Com base nos resultados deste estudo é importante salientar a necessidade de novos estudos no campo da acurácia dos DE e do pensamento crítico na enfermagem levando em conta o perfil de cada instituição, para que o grau de acurácia expresse a real situação do processo diagnóstico, contribuindo, desta maneira, para a qualificação dos enfermeiros e utilização das classificações na prática de enfermagem.

**Palavras – Chaves:** Classificações, Acurácia, Pensamento crítico e Diagnóstico de enfermagem

---

SUPERVISÃO DO GRUPO DE ENFERMAGEM – RELATO DE EXPERIÊNCIA DAS  
ATIVIDADES DE 2006

*Diovane Ghignatti da Costa(1, 2)*  
*Vera Maria Bruxel (1)*  
*Solange Pilati(1)*  
*Rosalba Righi(1)*  
*Claudia Beatriz Nery(1)*

*1.Enfermeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre em função de Supervisão do Grupo de Enfermagem*

*2.Professora Substituta da disciplina de Administração em Enfermagem - Escola de Enfermagem - Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

**RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A Supervisão do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atua nos finais de semana e feriados nas 24 horas do dia e diariamente em horário noturno, representando a Coordenação do Grupo de Enfermagem e a Administração Central. Durante os plantões, 32 unidades assistenciais são visitadas sistematicamente, também são recebidos chamados através de contato com a central telefônica, via celular, para resolver ou encaminhar situações das áreas administrativas, médicas e/ ou de enfermagem. Cabe salientar, que em junho de 2001 foi agregado à função de supervisão de enfermagem as atividades pertinentes ao plantão administrativo do hospital. Isso repercutiu em mudanças relacionadas à organização e ao desenvolvimento do processo de trabalho. A partir disso as supervisoras sentiram-se motivadas em descrever e apresentar quantitativamente o contingente das atividades desenvolvidas, distribuindo-as por áreas. São pressupostos para o cargo: desenvolver o processo de supervisão quanto ao gerenciamento do cuidado de enfermagem e na organização dos recursos institucionais para o atendimento do paciente, de forma a integrar as atividades de assistência, ensino e pesquisa, junto à equipe multidisciplinar do Hospital em consonância com a missão, visão e valores institucionais. Além disso, para desenvolver o processo de supervisão o profissional deve ter visão estratégica e de resultados, competência nos contatos interpessoais, habilidade para o trabalho em equipe, para a negociação e para a tomada de decisão. Deve também ter senso de organização e capacidade de definição de prioridades.

**CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO:** Este trabalho foi elaborado a partir de uma análise quantitativa das atividades descritas nos relatórios de trabalho das supervisoras, que são confeccionados a cada plantão e que contemplam todas as ações desenvolvidas no turno, ao longo do ano de 2006.

**OBJETIVO:** Apresentar as ações desenvolvidas pelas Supervisoras do Grupo de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre no ano de 2006, descrevendo-as e quantificando-as em proporção entre as três áreas de atuação: enfermagem, administrativa e médica, a fim de proporcionar à comunidade acadêmica e profissional maior visibilidade dessas ações e sua contribuição para os resultados institucionais.

**METODOLOGIA:** Dos 479 relatórios produzidos em 2006, foram analisados e coletados dados referentes às ações desenvolvidas em 335 relatórios, compreendendo 70% do total.

**REVISÃO DA LITERATURA:** A Supervisão é algo inerente a qualquer processo de trabalho que se realize em bases coletivas através da divisão e integração de tarefas



---

entre diversos trabalhadores. Quanto mais complexo e hierarquizado for o tipo de trabalho realizado pelo conjunto dos profissionais, mais difusa se tornará a atividade da supervisão. Como um intermediário da direção e da instituição em relação ao nível de execução, o supervisor realiza uma função delegada, mas fora da linha de mando, de tal maneira que seu contato com os supervisionados não se traduz, necessariamente, numa relação de autoridade. Este é basicamente o processo adotado em nossa instituição. A supervisão é um processo educativo e contínuo, que consiste fundamentalmente em motivar e orientar os supervisionados na execução de atividades com base em normas, a fim de manter elevada a qualidade dos serviços prestados. É considerada um instrumento técnico de gerência que faz parte do processo de trabalho da enfermagem. O resultado deste trabalho afeta a instituição, trabalhadores, usuários, familiares e comunidade. Com isso, as supervisoras partiram da premissa que as ações devem estar alinhadas com os pressupostos e objetivos do cargo, desencadeando um processo de integração, a fim de que as condutas e orientações sejam uniformes, sempre respeitando as variáveis envolvidas em cada situação.

**RESULTADOS:** A análise nos possibilita estimar que 22 % das atividades desenvolvidas foram relacionadas à enfermagem, 41 % à área administrativa e 37% à área médica. Na enfermagem (22 % do total) 36 % foram para remanejamento de pessoal de enfermagem para atender às necessidades de demanda; 35 % orientar equipe de enfermagem; 20 % orientar familiares e 9 % ações de cuidado de enfermagem/ delegações. A supervisão geral do cuidado prestado e de todas as atividades de enfermagem, identificação e encaminhamento de problemas existentes na unidade ou relacionados a assistência foram realizadas na totalidade dos plantões. Outras atividades foram desenvolvidas: reuniões com Serviços de Enfermagem, Escola de Técnicos, pessoal do noturno, gerências administrativas, jurídico, nutrição e serviço social. Dentre as ações relacionadas à área administrativa (41 % do total), 25 % provimento de materiais, medicamentos e equipamentos para as áreas do hospital, compreendendo empréstimos que o hospital solicita, retirada de materiais e medicamentos do almoxarifado e empréstimo entre as unidades; 16 % liberação de leitos para situações específicas, transferências, isolamentos, internações judiciais; 8 % demandas da ouvidoria com atendimento e encaminhamento dos relatos; 6 % coordenando encaminhamentos de materiais, exames e órgãos para transplantes em contato com central de transplante; 5 % encaminhando resolução de problemas com equipamentos, ventilador mecânico, tubo pneumático, hemodiálise, tubulação de água quente; 5 % relacionadas à superlotação da neonatologia, centro obstétrico, centro de tratamento intensivo e emergência, desencadeando o processo de comunicação aos órgãos relacionados (SAMU e central de leitos) e intermediando encaminhamento e transferências dos pacientes; 6 % intermediando realização de exames para o Hospital e outros, como tomografias, ecocardiografia, sorologias, ressonância magnética e outros exames radiológicos; 5 % encaminhando funcionários para atendimento médico. Foram realizadas outras atividades, em proporção menor cada uma, totalizando 24 %, que são: Envolvimento com Samis (prontuários/ documentos); provimento de roupas para as áreas solicitantes; contato com Consultoria Jurídica; contato com Assessoria de Imprensa e imprensa; realização do teste HIV rápido nos acidentes punçórios; problemas de pessoal nas áreas administrativas; com GSIS/ Sistema; com área física (vazamento, incêndio, obras, equipamentos alarmando, alagamentos, ar condicionado ligado, etc) e diversos. Como o maior contingente de atividades da área médica está

---

relacionado com as demandas sociais (97 %) destacamos aqui a descrição das mesmas: Avaliação do óbito e registro específico; processo de captação de córneas (registrar óbito; avaliar prontuário para fatores excludentes; abordar a família; preencher documentação de autorização junto à família; contatar Plantão Médico da oftalmologia para retirada das córneas; assistir à família do doador; revisar procedimento; liberar corpo para a família; comunicar a Central de Transplantes); autorização e/ ou solicitação de transportes (ambulância/ táxi / vales transporte); assistência à família nas diferentes situações (encaminhamento para auxílio funeral, albergues, casa de apoio, telefonemas, etc); fornecimento de vales refeição para pais da pediatria e outros; contato com Conselho Tutelar; assistência à família com óbito no domicílio. As demais atividades relacionadas à área médica (3%) são: providenciar boletim de atendimento para solicitar exames médicos quando paciente não tem consulta agendada; solicitar Bioquímico e outros plantonistas de sobreaviso para realização de exames específicos; intermediar situações entre enfermagem e equipe médica em relação a avaliação de pacientes; providenciar medicamentos, materiais, equipamentos e consertos solicitados pela equipe; contatar Assessoria da Vice Presidência Médica para autorização de materiais especiais solicitados pela equipe médica; agilizar a transferência de pacientes do Centro de Tratamento Intensivo para o andar quando solicitado pelos médicos. CONSIDERAÇÕES FINAIS: A partir da proposta de quantificar em proporção as atividades desenvolvidas pelas supervisoras de enfermagem nas áreas de enfermagem, administrativa e médica, constatamos que a maior parte das atividades ficou concentrada na área administrativa, com 41 % do total, seguida da área médica, com 37 % e da enfermagem, com 22 %. Nas áreas de enfermagem e administrativas as atividades apresentaram-se divididas em proporções semelhantes. Na enfermagem salientam-se as ações de remanejamento de pessoal para atender a demanda e orientações à equipe de enfermagem e familiares bem como a supervisão geral do cuidado prestado ao paciente e de todas as atividades de enfermagem. Na área administrativa a maior parte das atividades foram relacionadas ao provimento de materiais e equipamentos e para a liberação de leitos, com as situações específicas descritas nos resultados. Já na área médica a quase totalidade das ações são voltadas para o Serviço Social (97%). A partir desses resultados podemos planejar e contribuir para melhoria dos processos. Alguns encaminhamentos relacionados à área administrativa já foram implementados em 2007, via Vice Presidência Administrativa, quanto ao provimento de materiais das unidades e através de definições normativas relacionadas às internações, que deverão repercutir diretamente nos resultados deste ano. Foi encaminhada à Vice Presidência Médica as necessidades sociais dos clientes apresentadas em horários onde as supervisoras são responsáveis, apontando a necessidade da presença de um profissional do Serviço Social até as 24 h e nos finais de semana, para atender parte desta demanda. A descrição das atividades desenvolvidas ao longo do ano proporcionou maior visibilidade à participação das Supervisoras nos diferentes processos de trabalho das áreas, evidenciando o compromisso e responsabilidade com os resultados institucionais.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Supervisão de Enfermagem; Administração Hospitalar.

---

## UM MODELO DE ANAMNESE E EXAME FÍSICO DO PACIENTE A ÓTICA DOS ENFERMEIROS

*Carolina Giordani da Silva(1)*  
*Maria da Graça Oliveira Crossetti(2)*

*1. Professora Dra. Adjunta do DEMC da EEUFRGS, Coordenadora do NECE da Escola de Enfermagem UFRGS.*

*2. Enfermeira. Professora do Dpto. de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS. Adjunta da Coordenação do Grupo de Enfermagem do HCPA. Doutora em Administração – PPGA / UFRGS.*

### **RESUMO**

**INTRODUÇÃO:** A enfermagem tem como dever ético e moral o cuidar do ser humano (Watson,1981). Para que isto ocorra, é preciso que sua prática esteja alicerçada em modelos teórico-metodológicos, de modo a orientar o seu saber e fazer em direção a solução dos problemas de saúde do indivíduo. Neste contexto, a enfermagem vem procurando desenvolver metodologias de assistência que contemplem o processo de cuidar. O processo de enfermagem constitui uma destas metodologias de trabalho do enfermeiro, que o orienta na identificação dos problemas de saúde do paciente, contribuindo para sua tomada de decisão, a partir do raciocínio clínico, e posterior implementação das ações de cuidado. Estes fatores conferem identidade a enfermagem, na medida em que define os limites e os domínios entre a natureza da prática do enfermeiro e a de outros profissionais da área de saúde. Destaca-se, como objeto deste estudo, a primeira etapa histórico de enfermagem o qual está compreendido em anamnese e exame físico, que, segundo Horta (1979) é o roteiro sistematizado para o levantamento de dados (significativos para a (o) enfermeira(o) do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas) . Já Iyer (1993) o define como a primeira fase do processo, tendo o propósito de identificar as necessidades, problemas, preocupações ou respostas humanas do cliente. Na aplicação do processo de enfermagem, se faz necessário acompanhar o avanço da tecnologia, o qual traz como determinante, o uso da informática como ferramenta para o processamento de informações gerenciais e conseqüentemente, agilização nas tomadas de decisões nos diferentes processos, as quais orientam as práticas assistenciais. Assim, as instituições de serviço de saúde à população, tem procurado, cada vez mais, introduzir em seus processos de gestão a informática, hoje, tida como um meio indispensável às organizações do futuro, que tem como enfoque principal, a qualidade da atenção aos seus usuários. Neste contexto, percebe-se que a informática tem sido aplicada no ambiente hospitalar, não só em sistemas administrativos e financeiros, mas também para sistematizar e qualificar as práticas assistenciais. A enfermagem como prática social, a qual não se desenvolve no vácuo, tendo como determinante de seu fazer e saber os diferentes movimentos porque passa a sociedade em que está inserida, neste momento de evolução tecnológica, vem introduzindo o uso da informática em seu processo de trabalho. Assim, a enfermagem por ter na sua estrutura profissional um caráter administrativo marcante, tornou-se, segundo Marin (1995), essencial para a implantação de sistemas administrativos e financeiros nos hospitais, já que parte das informações a serem introduzidas nestes sistemas são geradas por estes profissionais. Segundo a autora, a implantação da informática na enfermagem buscou, primeiramente, atender objetivos de otimização do processo administrativo, viabilizando o acesso a dados mais atualizados. Contudo, também procurou a

---

incrementação na produtividade e melhoria da qualidade da assistência. Partindo do princípio que os sistemas de informações são essenciais na tomada de decisão gerencial, buscando cada vez mais a excelência na prestação de serviço de saúde à comunidade, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), em 2000, visando acompanhar a evolução tecnológica, teve como prioridade institucional, o desenvolvimento da informatização, a começar pela mudança da plataforma Mainframe e Bull para Oracle, o que vem possibilitando a expansão do uso da informática na instituição em todos os serviços e processos de gestão. O grupo de enfermagem (GENf) do HCPA Procurando acompanhar a evolução tecnológica, e em específico, visando integrar o momento porque vinha passando a reestruturação do grupo de sistemas, estabeleceu como meta utilizar a informática na assistência, tendo como objetivo informatizar o processo de enfermagem em todas as suas etapas. Esta metodologia vem sendo aplicada pelo GENf há mais de duas décadas, baseado no modelo proposto por Horta (1979), adaptado ao cotidiano da prática de enfermagem no HCPA . Este modelo vinha sendo estudado, desde 1993, pelo comitê do processo de enfermagem do GENf, com objetivo, entre outros, de uniformizar, dentre as enfermeiras, os conceitos do referencial, as etapas desta metodologia e conseqüente registros de enfermagem. Em 1997, foi criado o Grupo de Trabalho sobre Diagnóstico de Enfermagem (GTDE), o qual assumiu para si esta atividade, com foco na metodologia da etapa do DE, baseando-se na taxonomia de Benedit e Bub (1999), que relaciona os DE da NANDA (1999) a classificação de necessidades humanas básicas de Horta (1979). Fato que se concretizou com o estudo de Crossetti et al. (1998), Introduzindo o processo diagnóstico com o registro do cuidado na enfermagem em um hospital universitário , fomentado pela Fundação de Apoio a Pesquisa do Rio Grande do Sul FAPERGS. Assim a etapa do DE passou a ser aplicada, pois esta era uma lacuna no processo de enfermagem utilizado pelos enfermeiros em sua prática no HCPA. Tendo em vista a operacionalização do processo de enfermagem informatizado, o GTDE, a partir da avaliação dos enfermeiros que o compunham, identificou que a primeira etapa do processo de enfermagem, que se refere a coleta de dados, ou seja, anamnese e exame físico do paciente, precisava ser reestruturada em seu conteúdo e apresentação, de modo a facilitar sua aplicação e conseqüente processo diagnóstico e informatização deste registro. Assim, Crossetti et al (2001) desenvolveram um novo projeto de pesquisa, também fomentado pela FAPERGS, com o objetivo de reestruturar o modelo de registro da anamnese e exame físico por área de especialidade, voltado para a formulação dos DE. Neste contexto, o instrumento de registro de anamnese e exame físico do paciente, já na sua estrutura nova, vem sendo utilizado há um ano pelos enfermeiros das diversas áreas do hospital.

**OBJETIVO:** O objetivo deste estudo foi de avaliar a estrutura do novo modelo de anamnese e exame físico voltados para o DE, no que se refere a sua estrutura quanto a apresentação, identificação, história atual e passada e avaliação das necessidades humanas básicas do paciente.

**METODOLOGIA:** Compreendeu um estudo descritivo de correlação retrospectivo segundo Polit e Hungler (1995), realizado nas áreas de atuação dos enfermeiros, ou seja, pediatria, psiquiatria, unidade de internação obstétrica (UIO), unidade centro obstétrico (UCO), neonatologia e adulto do HCPA, cuja a população de 360 enfermeiros utilizavam o novo instrumento de registro. A amostra compreendeu 158 enfermeiros, sendo determinada aleatoriamente, de acordo com os critérios de inclusão, ou seja: enfermeiros que pertenciam ao GENf e aplicavam há, no

---

mínimo, um ano, o novo instrumento de registro e que não faziam parte do GTDE. Para coleta de dados, foi utilizado um questionário semiestruturado segundo Trivinus (1995), contendo questões sobre os itens do registro de anamnese e exame físico do paciente. O questionário foi aprovado, sem alterações, após teste piloto aplicado junto aos enfermeiros do GTDE.

**ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:** Para a análise dos dados aplicou-se a estatística descritiva. O preenchimento e devolução do questionário pressupunham a aceitação dos sujeitos em participar do estudo, respeitando assim, os aspectos éticos. Os resultados do estudo mostraram que 86% (136) dos enfermeiros freqüentaram o curso sobre o DE oferecido pelo GTDE. No que se refere a: *apresentação gráfica* do instrumento de anamnese e exame físico do paciente, constatou-se que 68,3% (108) dos sujeitos referem facilidade da apresentação gráfica devido a agilidade em sua operacionalização, 27,2% (43) manifestaram opinião contrária, referindo que nem todos os campos são necessários, considerando as condições de saúde dos pacientes nas diferentes áreas, sendo que 4,5% (7) dos sujeitos não responderam; *permite conhecer o paciente*, verificou-se que 67,72% (107) dos enfermeiros responderam afirmativamente, sendo que, dentre os enfermeiros do CTI (12) 58,3% (7) são de opinião contrária, justificando haver pouco espaço para descrever, detalhadamente, as condições do paciente; *identificação, história atual e passada* constatou-se que 67% (106) dos sujeitos afirmaram que é possível identificar e conhecer as histórias do paciente; *avaliação subjetiva e objetiva das necessidades humanas básicas*, constatou-se que 76% (120) dos enfermeiros afirmaram que o novo modelo facilita o raciocínio clínico para elaboração dos DE, os demais 24% (38) dos sujeitos aludiram que o instrumento necessita da inserção de novos itens para avaliação do paciente e conseqüente realização do processo diagnóstico.

**CONCLUSÕES:** Concluiu-se com o estudo que o novo instrumento de registro da anamnese e exame físico do paciente tem aceitação de 76% (120) dos sujeitos da amostra de diferentes áreas de atuação dos enfermeiros; 100% (158) dos sujeitos, de acordo com sua área de avaliação, sugeriram a inclusão de itens para melhor conhecimento e avaliação do paciente, dentre estas, as mais freqüentes foram: aumento do espaço para registro de observações na avaliação do paciente e para registro da história atual e passada com 59,5% (94); acrescentar item profissão do paciente/pais com 24% (38); acrescentar escolaridade no item identificação com 13% (21); 69,9 % (110) dos enfermeiros afirmaram que o novo instrumento de registro é melhor que o anterior, uma vez que se caracteriza por ser sucinto, direto, objetivo e mais científico, facilitando, desta forma, a avaliação das necessidades humanas básicas em seus aspectos objetivos e subjetivos, conduzindo com mais precisão o raciocínio clínico e, conseqüentemente estabelecimento dos DE.

**Palavras – chave:** Registro de enfermagem, anamnese e exame físico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, avaliação do paciente, processo de enfermagem.

---

## A COMUNICAÇÃO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM

*Adriana Serdotte Freitas Cardoso(1)*

*Luciana Dall’Agnol(2)*

*1 Enfermeira Assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Mestranda da EENF/UFRGS na linha de Políticas e Práticas em Enfermagem e Saúde, Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem - IAHCS/PUCRS.*

*2. Enfermeira Assistencial do Hospital Banco de Olhos de Porto Alegre, Especialista em Administração dos Serviços de Enfermagem - IAHCS/PUCRS*

### **RESUMO**

Este trabalho trata de uma pesquisa bibliográfica acerca do tema comunicação na equipe de enfermagem. Os motivos que guiaram esta pesquisa iniciaram durante o curso de pós-graduação e, também durante a prática profissional, ao perceber a dificuldade existente, por parte dos enfermeiros, para trabalhar em grupo e refletir sobre as dificuldades que permeiam o meio assistencial. Além disso, é sabido de todos que, como coordenadores de grupo, muitos enfermeiros utilizam somente embasamentos empíricos para fundamentar suas atividades. Alicerçado nestes argumentos e inquietações, esse estudo busca realizar uma reflexão a cerca do assunto, destacando a importância do enfermeiro aperfeiçoar-se nessa área. Depreende-se desta pesquisa que a comunicação é um fator importante para o desenvolvimento do trabalho em equipe, pois dela depende a forma como abordar os membros para que o trabalho ocorra de forma eficaz. Em uma organização, portanto, a comunicação é essencial para o exercício da influência, para a coordenação das atividades em grupo e para a efetivação do processo de liderança. Assim, o êxito do líder, em grande parte, está relacionado com a sua habilidade de comunicar-se com os outros.

**Unitermos:** comunicação, equipe, enfermagem

---

---

ATRIBUTOS DE SATISFAÇÃO DE CLIENTES:  
UM ESTUDO TEÓRICO-PRÁTICO

*Gisela Maria Schebela Souto De Moura(1)*  
*Cristiani Caroline Knopker(2)*  
*Marta Silvana da Motta(3)*  
*Raquel Hatmann(3)*

*1.Enfermeira. Professora do Dpto. de Assistência e Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da UFRGS. Adjunta da Coordenação do Grupo de Enfermagem do HCPA. Doutora em Administração – PPGA / UFRGS.*

*2.Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul*

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

**RESUMO**

Satisfação do cliente é um tema relevante na atualidade, conquistando a atenção de diversos profissionais. Na esfera empresarial, tem integrado as metas estratégicas de empresas que buscam, através da satisfação de seus clientes, construir relacionamentos com estes e, assim, obter vantagem competitiva sustentada nos mercados onde atuam. O estudo realizado busca investigar os atributos de satisfação dos clientes no serviço hospitalar. A amostra foi constituída por usuários dos serviços ambulatoriais do hospital, os quais concordaram em participar do estudo, totalizando 152 sujeitos. Os dados foram coletados através de entrevistas pessoais, realizadas após a conclusão do atendimento no serviço, nos setores de Emergência, Hemodiálise, Hemoterapia e Cardiologia. Na realização das entrevistas, foi utilizada a técnica do incidente crítico e, na sua análise, a análise de conteúdo. As informações contidas nas entrevistas foram agrupadas em quatro categorias denominadas: Características relativas aos funcionários, Reclamações, Sugestões, Elogios e Atendimento. Quanto às Características dos funcionários, os atributos “atenção” e “rapidez” são mencionadas pelos clientes de todas as áreas pesquisadas. Na categoria Reclamações, somente um quesito apareceu em comum em duas áreas e dizia respeito à “demora” no atendimento; as demais reclamações foram referentes às particularidades de atendimento em cada área. Nas Sugestões, a “ampliação” do espaço foi citada em duas áreas. Os elogios referiram-se à “limpeza” em dois dos setores investigados e os demais diziam respeito a situações específicas das áreas. Na categoria Atendimento constatou-se que os clientes, espontaneamente, atribuíram um grau ao atendimento recebido, embora não fosse esse um objetivo do estudo. Grande parte das manifestações atribuiu grau bom e, algumas, grau muito bom. Concluiu-se que a satisfação está relacionada, não apenas com a competência técnica, mas também com outros atributos entre eles: comportamento ético, flexibilidade, comunicação e interação na relação entre equipe de saúde e cliente.

---

## ERROS NA ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

*Tatiane Jesus Gomes Batschauer(1)*  
*Ana Cláudia de Mello Silva(1)*  
*Eveline Franco da Silva(1)*  
*Luzia Terezinha Vianna dos Santos(2)*

*1. Acadêmi de Enfermagem UNILASALLE*  
*2 Enfermeira HCPA*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** O erro está presente em todas as possibilidades de nossa vida, pessoal ou profissional. Discussões acerca do erro devem levar em consideração vários fatores, pois, na maioria das vezes, não acontece isoladamente, mas sim por uma combinação sucessiva de eventos. Os profissionais envolvidos no sistema de medicação são os médicos, os farmacêuticos e os enfermeiros, numa atividade multiprofissional, porém, como a enfermagem atua nos últimos processos - preparo, administração medicamentosa e monitoramento - recai sobre ela a última oportunidade para se evitar o erro de medicamentos. E se ele não for evitado, provavelmente a equipe de enfermagem estará envolvida, podendo ser ou não responsabilizada. Por ser um assunto velado, muitas vezes só é percebido quando da ocorrência de efeitos colaterais ou mesmo a morte. Admitir um erro não é tarefa fácil, numa sociedade que está mais inclinada em descobrir “quem foi?” do que identificar “como?” e “por quê?” tais erros acontecem. Trata-se de um projeto de pesquisa bibliográfica a ser desenvolvida mediante consulta à materiais disponíveis em base de dados, como Medline e Scielo, que utilizará palavras-chave erro medicamentoso, erro de medicação, administração medicamentosa, enfermagem, evento adverso. Tem como objetivo realizar uma reflexão sobre a problemática do erro na administração de medicamentos para a equipe de enfermagem. Para o *National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention* (1998), erro de medicação é qualquer evento previsível que pode causar ou conduzir ao uso inadequado do medicamento ou risco ao paciente, enquanto o medicamento está sob o controle do profissional da saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para a saúde, e aos procedimentos e sistemas. Uma das habilidades que se leva ao leito dos pacientes, é a capacidade de administrar medicamentos. Do ponto de vista legal, ético e prático, a administração de medicamentos é muito mais que apenas uma prestação de “serviço”. Segundo Cabral (2002), é uma habilidade altamente técnica, exigindo conhecimento amplo, habilidade analítica, julgamento profissional e experiência clínica.

**Palavras-chave:** Erros de medicação; Administração medicamentosa; Enfermagem; Eventos adversos



---

GERÊNCIA E ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AO PACIENTE E AOS  
FAMILIARES NO PRÉ, TRAS E PÓS-TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

*Fabiana Zerbieri Martins(3)*  
*Sídia De Mari(4)*  
*José Luís Guedes dos Santos(5)*  
*Rosângela Marion da Silva(6)*  
*Graciela Dutra Senhem(5)*

3. *Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM.*

4. *Graduando do 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM.*

5. *Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.*

6. *Enfermeira. Professora Substituta do Departamento de Enfermagem da UFSM.*

**RESUMO**

Trata-se do relato de algumas atividades do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Santa Maria por uma das autoras para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Concentra-se na descrição de algumas ações gerenciais e assistências executadas no Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM)-RS, referência no tratamento das neoplasias da região central do Rio Grande do Sul e do Brasil, junto a pacientes e familiares durante o pré, trans e pós-transplante de medula óssea. Escolheu-se essa clientela em virtude do aumento da prevalência das doenças crônico-degenerativas, o qual está relacionado, principalmente, às mudanças alimentares e comportamentais que marcam a contemporaneidade. As ações desenvolvidas pautaram-se na busca por um cuidado humanizado ao paciente no pré, trans e pós-transplante de medula óssea visando à recuperação do seu processo saúde-doença, por meio da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). As principais atividades desempenhadas foram: orientações individuais e em grupo aos pacientes e familiares; sensibilização da equipe de enfermagem para a implementação da SAE do HUSM; Consulta de Enfermagem em nível ambulatorial aos transplantados; exercícios práticos propostos no grupo SAE/HUSM como levantamento de diagnósticos de enfermagem, elaboração de prescrições e evoluções diárias no CTMO; assistência de enfermagem na coleta e infusão de medula óssea no Centro Cirúrgico; e, visitas domiciliares no período anterior à alta do paciente para observar e alertar condições desfavoráveis à recuperação do transplantado. Conclui-se que a realização dessas atividades trouxe conhecimento técnico-científico, experiência, visão assistencial e gerencial como um todo no contexto do CTMO e a reminiscência de que é necessária uma busca constante pelo conhecimento para que o cuidado de Enfermagem ao paciente e aos familiares durante o pré, trans e pós-transplante de medula óssea seja cada vez mais qualificado e científico.

---

HUMANIZAÇÃO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS:  
CO-RESPONSABILIDADE DE USUÁRIOS E TRABALHADORES.

*Maria Lúcia Rodrigues Falk (1)*

*1. Enfermeira, Assessora do Grupo de Enfermagem, Ms administração*

**RESUMO**

A Rede de Contato pró humanização do Hospital de Clínicas de Porto Alegre atendeu num primeiro momento uma priorização, delimitando-se a seis áreas da instituição. O objetivo na construção da Rede é que se oportunize os diferentes serviços expor suas necessidades em termos de humanização, tanto do ambiente de trabalho para os profissionais, quanto para os usuários; propor iniciativas voltadas à implementação de melhorias e favorecer a construção de um ambiente onde a Política de Humanização esteja na base das práticas e dos processos decisórios quanto à gestão e atenção em saúde. Atualmente, essa Rede de Contato é formada por vinte e três áreas do hospital, tendo a Política Nacional de Humanização, através de seus Dispositivos, como uma ferramenta de grandes avanços. Diferentes ações são emanadas por dados e informações advindas do Grupo de Trabalho de Humanização (GTH), da Ouvidoria, Gestão do Cliente e L-Humanização, canais formais já existentes que alimentam continuamente a instituição na implantação de medidas que visam à melhoria contínua em prol dos usuários e trabalhadores. Tratando-se de resultados alcançados em 2006, podemos citar: fortalecimento e ampliação da rede de contato; carta de Intenções Pró-Humanização, ratificado pela Administração Central e pelas associações profissionais; campanha institucional pró-humanização; realização do I Encontro Pró-Humanização do HCPA, com a participação dos Doutores da Alegria; acolhimento dos novos funcionários e residentes; melhorias nos ambientes de trabalho; atendimento lúdico para pacientes; espaços para reflexão sobre segurança no ambiente de trabalho; divulgação externa do trabalho de humanização; atividade de extensão Pró-Humanização; representação junto ao Programa Nacional de Humanização (PNH) do Ministério da Saúde; consolidação de espaços de comunicação e o Encontro com Apoiadores na PNH-RS.

---

## MODELOS DE GESTÃO DA QUALIDADE : O CICLO DA MELHORIA CONTÍNUA

*Luzia Terezinha Vianna dos Santos(1)*  
*Lucélia Caroline dos Santos Cardoso(2)*  
*Eveline Franco da Silva(2)*  
*Ana Cláudia de Mello Silva(2)*  
*Tatiane Jesus Gomes Batschauer(2)*

1. *Enfermeira HCPA*
2. *Acadêmicas de Enfermagem UNILASALLE*

### *RESUMO*

Num mundo cada vez mais competitivo como esse em que vivemos atualmente, onde os avanços tecnológicos e as exigências em relação ao aperfeiçoamento e atualização contínuos dos trabalhadores para que as empresas possam se manter firmes no mercado, faz-se sempre mais necessário a manutenção da qualidade dos produtos e/ou serviços prestados aos clientes. Para manutenção efetiva da qualidade há um grande número de modelos e ferramentas de gestão da qualidade, podendo cada uma se adaptar de forma mais adequada a um ou mais ramos empresariais. O objetivo deste trabalho é apresentar meios de controlar a qualidade através do uso das ferramentas conhecidas como 5S, utilizando a pesquisa bibliográfica através de revisão de literatura acerca do tema, tanto em material impresso quanto em meio eletrônico. O trabalho dos dirigentes e dos administradores das instituições é de extrema importância para o sucesso das mesmas, mas pode-se afirmar que não são os únicos que interessam nesse processo. É fundamental a participação de todos os funcionários para que uma empresa chegue ao patamar de qualidade, que todos trilhem o mesmo caminho e, principalmente, que a qualidade seja vista sempre como algo a ser alcançado e nunca como algo que já se possui, pois sempre é preciso e necessário se fazer melhorias. Isso sim é o que pode ser considerado um ciclo de melhoria contínua: a eterna busca pela excelência.

---

## PROJETO DE PESQUISA: INDICADORES DE SAÚDE: CONCEITOS E DEFINIÇÕES

*Ana Cláudia de Mello Silva(1)*

*Eveline Franco da Silva(1)*

*Luzia Terezinha Vianna dos Santos(1)*

*Tatiane Jesus Gomes Batschauer(1)*

*Lucélia Caroline dos Santos Cardoso(1)*

*1. Acadêmicas de Enfermagem da UNILASALLE*

### RESUMO

**INTRODUÇÃO:** É indiscutível nos dias atuais a importância de uma administração bem estruturada, planejada, organizada e com controle efetivo. Não se pode mais falar em assistência em saúde sem falar em qualidade dos serviços prestados e a qualidade vem como resultado na percepção e satisfação dos clientes, por isso a qualidade pode ser considerada como característica positiva na mensuração de indicadores (BITTAR, 2004). Os profissionais que prestam atendimento na área da saúde precisam ter bem claros esses conceitos no que diz respeito a indicadores e qualidade em saúde para vislumbrar sua profissão sob vários prismas e dessa forma motivar as equipes e entender a linguagem administrativa tão necessária para o sucesso de sua atuação no contexto global, vendo as instituições de saúde como empresa. O profissional de enfermagem, por lidar com o cuidado, deve utilizar indicadores clínicos que possam mostrar quantitativamente a eficiência da atenção dada ao paciente (DENSER, 2003, p.93). Salientado que estes indicadores, além de monitorar a qualidade do profissional de enfermagem, ainda servem com referências a problemas específicos que podem ser solucionados antes de se tornarem crônicos. O presente trabalho traz conceitos e definições sobre indicadores de saúde com reflexões fundamentadas na administração dos serviços em enfermagem, fazemos um breve relato histórico revendo como a qualidade sempre esteve presente nas civilizações. **OBJETIVO:** Revisar aspectos conceituais e definições acerca da temática sobre qualidade, indicadores assistenciais e qualidade nos serviços de administração em enfermagem. **METODOLOGIA:** Revisão de Literatura acerca do tema será desenvolvida através da consulta a materiais disponíveis em base de dados, como Medline e Scielo, e de material impresso sobre o tema da administração dos serviços em enfermagem e indicadores assistenciais. A pesquisa em base de dados será realizada através das palavras-chave, administração em enfermagem, indicadores assistências priorizando as referências a partir do ano de 2000. No que se refere às publicações bibliográficas, essas serão consultadas sem restrição quanto ao ano de publicação. **RESULTADOS:** Trata-se de um projeto.

**Palavras chave:** Administração dos serviços em enfermagem; indicadores assistenciais em saúde; qualidade em saúde; qualidade.

