



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

MOSTRA DE TRABALHOS CIENTÍFICOS EM ENFERMAGEM

Most. Trab. Cient. Enf. , Viçosa-Mg, N.5, Maio 2016

2016

VII SEMANA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
VII MOSTRA DE TRABALHOS CIENTÍFICOS EM ENFERMAGEM

ANAIS

VERSÃO CD-ROOM

**Ficha catalográfica preparada pela Seção de Catalogação e
Classificação da Biblioteca Central da UFV**

Mostra de Trabalhos Científicos em Enfermagem /
Departamento de Medicina e Enfermagem. – n. 1
(2010)-. – Viçosa, MG : UFV/CCB/ DEM, 2010-.
CD-ROM ; 4 ¾ pol.

Anual.

Descrição baseada n. 4 (2013).

ISSN 2238-3611.

1. Enfermagem - Periódicos. 2. Saúde - Periódicos.
I. Universidade Federal de Viçosa. Centro de Ciências
Biológicas. Departamento de Medicina e Enfermagem.

CDD 22. ed. 610.73

VII SEMANA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

VII MOSTRA DE TRABALHOS CIENTÍFICOS EM ENFERMAGEM



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA

REITORA

Prof^a. Nilda de Fátima Ferreira Soares

VICE-REITOR

Prof. Demetrius David da Silva

DIRETORA DO CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Prof^a. Maria Goreti de Almeida Oliveira

CHEFE DO DEPARTAMENTO DE MEDICINA E ENFERMAGEM

Prof. Bruno David Henriques

COORDENADOR DO CURSO DE ENFERMAGEM

Prof. Pedro Paulo do Prado Junior

ESTRUTURA ORGANIZACIONAL

COORDENAÇÃO GERAL

Profª Flávia Barbosa Batista de Sá

Prof Pedro Paulo do Padro Junior

COMISSÃO CIENTÍFICA

Profª Andyara do Carmo Pinto Coelho Paiva

Profª Deíse Moura de Oliveira

Profª Erica Toledo de Mendonça

Profª Katiusse Rezende Alves

Profª Luciane Ribeiro

Profª Marilane de Oliveira Fani

Profª Patrícia de Oliveira Salgado

COMISSÃO COFFEE BREAK/ORNAMENTAÇÃO

Prof. Bruno David Henriques

Profª Lilian Fernandes Arial Ayres

Prof Tiago Ricardo Moreira

COMISSÃO CULTURAL

Profª Mara Rúbia Maciel Cardoso

Prof Pedro do Paulo Prado Junior

COMISSÃO DE INSCRIÇÃO/CREDENCIAMENTO/CERTIFICADOS/SITE

Enfª Alessandra Montezano de Paula Carvalho

Enfª Camila Santana Domingos

Enfª Dalila Teixeira Leal

Enfª Daniela Peixoto Lorenzoni

Enfª Rafaela Magalhães Fernandes Saltarelli

COMISSÃO LOGÍSTICA

Profª Camila Mendes dos Passos

Prof Luciano Côrtes Paiva

Profª Mariana Araújo Pena Bastos

COMISSÃO DO WORKSHOP

Profª Cristiane Chaves de Souza

Profª Luana Vieira Toledo

SUMÁRIO

	Página
ÁREA TEMÁTICA 1. GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM E EM SAÚDE	13
Compartilhando saberes e refletindo sobre o cotidiano: oficinas de primeiros socorros com os técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde	14
Educação permanente com os técnicos de enfermagem: a construção de novos saberes à partir das experiências vivenciadas no cotidiano	17
Sistematização da Assistência de Enfermagem: aplicabilidade da Teoria do Déficit do Autocuidado de Dorothea Orem nos ambientes hospitalares	20
“Saemulado”: contribuições para o processo de formação em enfermagem	23
Júri simulado como estratégia de aprendizado da Sistematização da Assistência de Enfermagem: um relato de experiência	26
Importância do processo de enfermagem na assistência aos clientes portadores de úlcera por pressão: revisão de literatura	29
A gestão do SUS na perspectiva de gestores municipais de saúde de uma microrregião de Minas Gerais	32
Atualização dos profissionais de enfermagem acerca do protocolo de suporte básico de vida	35
Protocolo de atendimento à parada cardiorrespiratória no setor de hemodiálise	38
Os desafios da implementação da Sistematização da Assistência em Enfermagem	41
Avaliação da rede de frio das salas de vacinas de um município da Zona da Mata Mineira	44

Implicações da educação permanente no contexto da saúde da família sob a ótica de enfermeiros 47

ÁREA TEMÁTICA 2. IDENTIDADE PROFISSIONAL 50

A prática profissional do agente comunitário de saúde: contradições e desafios 51

Ser agente comunitário de saúde: significados expressos por meio do gibi 54

A motivação no contexto do trabalho: relato de experiência de oficina com agentes comunitários de saúde 57

ÁREA TEMÁTICA 3. PRODUÇÃO E SOCIALIZAÇÃO DO CONHECIMENTO 60

Doença e estigma: a construção social da aids 61

Agentes comunitários de saúde e prevenção do câncer: interfaces entre a práxis e os consensos preconizados para rastreamento 64

Itinerário terapêutico de um indivíduo portador de linfoma: reflexões sobre a rede de atenção à saúde e implicações para a enfermagem 67

Concepções dos profissionais de enfermagem da atenção primária sobre cuidados paliativos oncológicos 70

Percepção dos agentes comunitários de saúde sobre câncer: estigmas e repercussão emocional 73

Itinerário terapêutico de um indivíduo com câncer de reto: contribuições para a prática de enfermagem 76

Estratégias de enfrentamento do câncer de pacientes em cuidados paliativos: vivências dos pacientes e implicações para a enfermagem 79

A iniciação científica e a internacionalização: experiência discente na modalidade graduação-sanduíche 82

Itinerário terapêutico de uma paciente com câncer de endométrio: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica 85

Qualidade de vida de sujeitos com hipertensão arterial e sua relação com fatores sociodemográficos e clínicos	88
O portfólio reflexivo como estratégia inovadora de ensino, aprendizagem, avaliação e potencializadora do trabalho em equipe	91
A prática do enfermeiro na saúde da família: entre a autonomia e a dominação dos sujeitos	94
A taxonomia III da NANDA-I: características e esclarecimentos	97
O uso do desfibrilador externo automático (DEA) em locais públicos: análise da legislação brasileira	100
Cateterismo nasoentérico: o desenvolvimento de um material didático como ferramenta de apoio nas atividades de ensino e aprimoramento das habilidades em enfermagem	103
O Centro de Terapia Intensiva como campo de estágio supervisionado em enfermagem, uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal para o estudante	106
O agente comunitário de saúde e a gestão da qualidade: uma análise sobre o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica	109
A enfermagem e a gestão da qualidade: uma análise sobre o programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica	112
Produção de material educacional para ensino da intervenção de enfermagem “sondagem vesical de demora”: relato de experiência	115
Produção de material educacional para ensino dos cuidados de enfermagem com tubo: relato de experiência	118
A gravidez na adolescência sob ótica da sistematização da assistência da enfermagem – aplicação da teoria de Dorothea Orem	121
Produção de material educacional para ensino da intervenção de enfermagem “drenagem de tórax e cuidados com o dreno”: relato de experiência	124
Principais indicações de cirurgias cesarianas em primíparas em uma maternidade do município de Viçosa, Minas Gerais: resultado parcial	127

Primeiros socorros para escolares: a importância da disseminação do conhecimento na educação básica	130
Zika vírus e microcefalia: o papel da enfermagem diante das consequências que afetam a qualidade de vida da população	133
ÁREA TEMÁTICA 4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE	136
O uso do lúdico no treinamento em primeiros socorros de idosos: relato de experiência	137
Sala de espera sobre câncer de mama: um relato de experiência	140
Disseminando o conhecimento em primeiros socorros na educação infantil	143
Oficina sobre “amamentação e suas intercorrências” para agentes comunitários de saúde: relato de experiência	146
O preparo das gestantes para o trabalho de parto e parto: um relato de experiência	149
Grupo educativo com gestantes no município de Viçosa-MG “incentivando o cuidado: zika vírus” - um relato de experiência	152
A promoção do envelhecimento saudável na terceira idade: experiências de ações ancoradas no conceito ampliado de saúde	155
ÁREA TEMÁTICA 5. CUIDADO EM ENFERMAGEM	158
Avaliação da performance status de indivíduos em cuidados paliativos oncológicos no âmbito da atenção primária à saúde	159
Cuidados paliativos oncológicos na rede de atenção à saúde do município de Viçosa, MG: demandas e necessidades em saúde e enfermagem	162
Adesão ao autocuidado em portadores de Diabetes Mellitus: atuação estratégica da enfermagem no controle dos fatores de risco e avaliação dos pés	165
O processo do cuidar em oncologia sob a ótica dos profissionais da área da saúde	168

Avaliação neuropática de indivíduos atendidos num centro de referência secundária: atuação do enfermeiro na prevenção de feridas diabéticas	171
Importância da vitamina D no processo de crescimento infantil: o papel da enfermagem	174
Humanização no centro de Terapia Intensiva: a assistência de enfermagem prestada ao paciente crítico	177
O papel do enfermeiro na avaliação dos membros inferiores de diabéticos atendidos em um Centro de Referência Secundária	180
Prevalência da doença obstrutiva periférica em pacientes diabéticos atendidos em um Centro de Referência Secundária	183
A puericultura como ação de enfermagem na prevenção e diagnóstico precoce da Hipovitaminose D: uma revisão da literatura.	186
Ações integradas entre enfermagem e arquitetura e urbanismo: a contribuição da psicologia ambiental na análise do espaço urbano no contexto de uma UBS para a prevenção de quedas de idosos	189
O processo de implementação de um instrumento de coleta de dados na puericultura em uma unidade de atenção à saúde da família no município de Viçosa – MG	192
Diagnósticos de enfermagem identificados em sujeitos portadores de hipertensão arterial	195
Assistência de enfermagem à gestante portadora de lúpus eritematoso sistêmico com desfecho de pré-eclâmpsia grave: revisão de literatura	198
Assistência de enfermagem no tratamento de feridas crônicas: as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros	201
O papel do enfermeiro no cuidado aos clientes com sepse: revisão de literatura	204
Revisão de literatura: motivos para o desmame precoce	207
A relação da deficiência de vitamina D e as doenças respiratórias: uma revisão da literatura	210
Conhecimento e práticas dos técnicos de enfermagem acerca da hipotermia em pacientes no intraoperatório	213

A importância do método antropométrico adequado na avaliação das crianças menores de dois anos durante a consulta de enfermagem	216
Atividades realizadas por enfermeiros de um hospital filantrópico da Zona da Mata Mineira	219
<i>MENÇÃO HONROSA</i>	222
A educação permanente com enfermeiros da Atenção Primária e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: relato de experiência	223
Ser enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e potencialidades do processo de formação	226
Expectativas profissionais para a atuação no contexto do SUS sob a perspectiva de estudantes de enfermagem	229
Calendário nacional de vacinação: práticas e saberes compartilhados com agentes comunitários de saúde de Viçosa	232
Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem no processo de cuidar em oncologia paliativa: distanciamentos entre o querer e o saber fazer	235

APRESENTAÇÃO

A presente publicação trata-se da produção científica apresentada na **VII Mostra de Trabalhos Científicos em Enfermagem e da VII Semana de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV)**, promovidas pelo Departamento de Medicina de Enfermagem e o Curso de Enfermagem nos dias 17 a 19 de maio de 2016, como parte das comemorações referentes ao “Dia Mundial da Enfermagem”.

A Semana de Enfermagem da UFV tem se consolidado como um evento pautado no desenvolvimento de atividades de cunho científico e inovador, agenciadas por momentos de discussão, reflexão, aprendizado e integração entre os estudantes, docentes e profissionais de saúde de Viçosa e região.

A VII Semana de Enfermagem da UFV trouxe como tema **“ABEN 90 anos: construção histórica e política da Enfermagem”**. Ao reunir e dialogar com diversos atores, saberes e práticas, o evento viabilizou um debate a cerca da Enfermagem que fomos, da Enfermagem que somos e da Enfermagem que queremos ser. Apoiados no eixo histórico-político que transversaliza a construção da Enfermagem como profissão e prática social emergiu dessa discussão reflexões importantes para legitimar e fortalecer a identidade profissional do Enfermeiro e sua representação social no campo da saúde.

A VII Mostra de Trabalhos Científicos em Enfermagem contou com a apresentação de 73 trabalhos, inscritos nos seguintes eixos temáticos: Gestão e Organização do Trabalho em Enfermagem e Saúde, Identidade Profissional, Produção e Socialização do Conhecimento, Educação em Saúde e Cuidado em Enfermagem.

Os trabalhos aprovados e aqui publicados constituem relatos de pesquisa, ensino e extensão dotados de relevância para a Enfermagem e áreas afins. Espera-se que a socialização deste material viabilize à comunidade acadêmica e aos profissionais de saúde o acesso aos trabalhos que vêm sendo realizados no âmbito do Curso de Enfermagem da UFV e nos serviços de saúde de Viçosa e região.

Profª Flávia Barbosa Batista de Sá

Coordenadora da VII Semana de Enfermagem da UFV/

VII Mostra de Trabalhos Científicos em Enfermagem

ÁREA TEMÁTICA 1
GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM
ENFERMAGEM E EM SAÚDE

COMPARTILHANDO SABERES E REFLETINDO SOBRE O COTIDIANO: OFICINAS DE PRIMEIROS SOCORROS COM OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fernandes, Maiane da Silva¹

Costa, Geisiane Souza²

Lopes, Amanda Martins²

Felipe, Tiago da Silva²

Vieira, Nayara Cassimiro²

Lima, Jércica Lopes de²

Toledo, Luana Vieira³

Introdução: O ensino dos primeiros socorros é de grande importância no contexto atual, especialmente o ensino direcionado aos profissionais de saúde dos diferentes níveis de assistência¹. No Brasil a difusão de conhecimentos sobre o atendimento em primeiros socorros é pouco realizada, entretanto é crescente a quantidade de agravos à saúde que acomete a população no trânsito, nos domicílios, nos ambientes de trabalho e nas escolas¹. Para minimizar os riscos de práticas assistenciais incorretas em atendimentos de urgência, torna-se fundamental refletir sobre a atuação dos profissionais de saúde, sobretudo os da atenção básica, responsáveis pelo atendimento dos problemas de saúde mais prevalentes da sociedade². Neste contexto, os membros do Projeto de Educação Permanente (PEP) direcionado aos técnicos de enfermagem da Atenção Primária à Saúde (APS) identificaram a necessidade de se abordar a temática de primeiros socorros nas oficinas realizadas mensalmente com os técnicos de enfermagem. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada durante as oficinas de educação permanente sobre primeiros socorros realizada com os técnicos de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência das oficinas de educação permanente realizadas pelos alunos do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa com técnicos de enfermagem da APS. Essas oficinas estão inseridas em um projeto intitulado “A voz e a vez dos técnicos de enfermagem: construindo espaços de diálogo e qualificação profissional no contexto da Atenção Primária à Saúde”, vinculado à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura da Universidade Federal de Viçosa, desde o ano de 2014. As oficinas compõem um dos objetivos do projeto, sendo

¹Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: maianefernandes@yahoo.com.br

²Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Professor Assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

realizadas mediante a escolha da temática relevante para os profissionais participantes. A abordagem de primeiros socorros foi realizada após a identificação de sua necessidade pelos técnicos de enfermagem participantes do projeto. O conteúdo foi dividido em “Pequenas Urgências” e “Suporte Básico de Vida” totalizando três oficinas, realizadas no período de outubro a dezembro de 2016, com carga horária total de 12h. As oficinas foram realizadas pelos alunos do projeto de educação permanente e contaram com a colaboração de integrantes do projeto “Primeiros Socorros: educando a comunidade e os profissionais de saúde do município de Viçosa-MG e região”. Participaram das oficinas os técnicos de enfermagem vinculados à APS de dois municípios de pequeno porte de Minas Gerais e um membro do corpo de bombeiros civil. Utilizou-se o método de ensino-aprendizagem dinâmico baseado na simulação realística, o qual permite a expressão de situações reais, possibilitando a criação de vivências técnicas e práticas sobre situações cotidianas, aperfeiçoando e construindo conhecimentos em relação ao tema abordado³. **Resultados:** No desenvolvimento das três oficinas foram abordados os primeiros socorros nas situações de “acidentes com animais peçonhentos”, “queimaduras/choque elétrico”, “convulsão”, “desmaio”, “hemorragia e epistaxe”, “engasgo”, “luxação e entorse”, “fraturas e “suporte básico de vida”. Cada oficina apresentou duração de aproximadamente quatro horas e contou com a participação de uma média de 20 técnicos de enfermagem, além de um representante do corpo de bombeiro civil. Estas oficinas foram realizadas com base no método de simulação realística. Inicialmente foi resgatado o conhecimento prévio dos técnicos e a partir disso problematizado e aprimorado entre os membros da oficina, buscando uma construção dialógica do conhecimento. O método se mostrou de suma importância na realização das atividades, pois permitiu que os participantes adequassem seus comportamentos de acordo com o cenário apresentado, atuando como se estivessem no cotidiano de seu trabalho. Após a última oficina, foi realizada uma avaliação de satisfação com todos os participantes, que atribuíram uma pontuação de 1 a 5 para a avaliação da oficina, sendo obtida uma média de 4,75 pontos, o que caracteriza a boa aceitação dos técnicos de enfermagem frente às atividades desenvolvidas. **Discussão:** A utilização do método de simulação realística para a capacitação dos técnicos de enfermagem com a temática de primeiros socorros foi eficaz e atual, pois através dessa abordagem eles vivenciaram a prática e, por meio do conhecimento prévio, executaram ações resolutivas para as situações apresentadas. No transcorrer da história do ensino da enfermagem observa-se uma grande evolução teórica, filosófica e tecnológica, permitindo que na atualidade se realize atividades que propiciem ao indivíduo uma maior vivência teórico-prática, extrapolando os limites pedagógicos e refletindo criticamente a realidade no qual está inserido⁴. Capacitar os profissionais de saúde é de extrema

importância para que eles sejam capazes de agir de forma correta e precisa, sobretudo em situações de risco iminente à vida dos clientes. **Conclusão:** O técnico de enfermagem tem um papel fundamental na APS, pois apresenta uma relação mais próxima com os usuários, conhecendo melhor a realidade que os cerca, suas necessidades e muitas vezes, sendo o primeiro a detectar o problema. As situações de pequenas urgências aparecem não apenas nas instituições hospitalares, mas também nos serviços de APS, os quais estão geograficamente mais próximos das famílias e podem ser o local de primeiro acesso ao sistema de saúde escolhido por elas. Dessa forma, identifica-se a importância de se trabalhar essa temática com os técnicos, uma vez que serão eles os principais detentores do cuidado imediato devendo agir com coerência e conhecimento científico. As oficinas de educação permanente favorecem e qualificam a prática, repensando as ações exercidas e criando estratégias para a melhoria da assistência, tornando-se ferramenta essencial vinculada ao processo de trabalho da equipe de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Educação Continuada; Primeiros Socorros.

Referências:

1. Veronese AM, Oliveira DLLC, Rosa IM, Nast K. Oficinas de primeiros socorros: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm. 2010;31(1):179-82.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde; 2012.
3. Abreu AG, Freitas JS, Berte M, Ogradowski KRP, Nestor A. O uso da Simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência. Revista Ciência & Saúde. 2014; 7(3): 162-166.
4. Martins JCA, Mazzo A, Baptista RCN, Coutinho VRD, Godoy S, Mendes IAC, Trevizan MA. A experiência clínica simulada no ensino de enfermagem: retrospectiva histórica. Acta Paul Enferm. 2012; 25(4):619-25.

EDUCAÇÃO PERMANENTE COM OS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM: A CONSTRUÇÃO DE NOVOS SABERES À PARTIR DAS EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS NO CODITIANO

Lima, Jercica Lopes de¹

Vieira, Nayara Cassimiro²

Costa, Geisiane Souza²

Lopes, Amanda Martins²

Felipe, Tiago da Silva²

Fernandes, Maiane da Silva²

Toledo, Luana Vieira³

Introdução: Resgatar a dimensão cuidadora nos trabalhadores de saúde é um grande desafio na atualidade, constituindo-se em um problema a ser superado para que o modelo de assistência à saúde baseado na produção do cuidado se concretize¹. Diante das dificuldades enfrentadas em busca da transformação da prática dos profissionais de saúde, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) evidencia a necessidade de participação dos integrantes da equipe multiprofissional em atividades de educação permanente, a fim de fortalecer o compartilhamento de saberes e experiências, refletindo em uma assistência de qualidade à população². Neste contexto, as ações de Educação Permanente propõem o educar “no” e “para o” trabalho, no qual os locais de produção de cuidado são também vistos como ambientes de produção pedagógica³. Assim, o processo de educação permanente assume grande importância, ao passo que proporciona uma sustentação teórica e atitude reflexiva sobre a prática. Pensando nisso, discentes e docentes da faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) propuseram a criação de um Projeto de Educação Permanente (PEP) vinculado à Pró-Reitoria de Extensão e Cultura desde o ano de 2014. Esse projeto é direcionado aos técnicos de enfermagem inseridos na Atenção Primária à Saúde com o objetivo de construir momentos de reflexão e diálogo em relação às ações rotineiras. O PEP apresenta dentro de seus objetivos a responsabilidade em identificar as necessidades de capacitação e realizar oficinas educativas direcionadas aos problemas enfrentados diariamente pelos técnicos de enfermagem. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada na oficina de abertura do PEP com técnicos de enfermagem do ano de 2016.

¹Acadêmico (a) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: jercicalopesdelima@gmail.com

²Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Professor Assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

Metodologia: Trata-se de um estudo descritivo, relatando a experiência vivenciada na primeira oficina do PEP, realizada em março de 2016, direcionada aos técnicos de enfermagem da APS de um município de pequeno porte de Minas Gerais. A oficina também contou com a participação de um profissional do corpo de bombeiros civil, na qualidade de ouvinte. Essa oficina objetivou estimular a reflexão e discussão sobre a prática dos técnicos de enfermagem para posteriormente extrair os temas relevantes à sua assistência para serem trabalhados durante o ano em curso. Adotou-se como estratégia para a organização do encontro o formato de dinâmicas de grupo, a fim de estimular o trabalho em equipe e a percepção do outro no ambiente de trabalho. As dinâmicas foram conduzidas pelos discentes do curso de enfermagem e integrantes do projeto. Buscou-se realizar uma oficina que proporcionasse uma reflexão sobre a prática profissional e o levantamento de demandas do cotidiano, as quais se transformaram em temas que serão abordados nas oficinas realizadas no decorrer do ano.

Resultados/discussão: Durante o encontro realizado nas dependências do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV, compareceram 11 técnicos de enfermagem e 1 bombeiro civil. No primeiro momento os participantes foram recepcionados, os novos membros da equipe do projeto foram apresentados e um dos membros do projeto coordenou a realização de uma dinâmica de boas-vindas. Em seguida foram discutidas as normas para elaboração de um contrato de convivência, objetivando estabelecer um ambiente agradável e de comprometimento mútuo nas próximas oficinas. Após o contrato de convivência, iniciou-se o questionamento de problemas identificados na prática que poderiam se tornar temas de oficinas futuras. Cada técnico de enfermagem levantou cinco temas os quais gostariam de rever, conhecer e/ou aprofundar um pouco mais. Com base no levantamento das informações, foram escolhidos seis temas, sendo eles: novo calendário de vacinação, curativos, acolhimento, urgência e emergência, H₁N₁ e visita domiciliar. Para finalizar a abordagem reflexiva, realizou-se uma dinâmica na qual eram descritas situações rotineiras em que há a participação do técnico de enfermagem e o quanto essa participação pode impactar na qualidade de vida dos clientes. Os participantes tentaram se colocar nas situações apresentadas e refletiram como seria a sua atuação frente aos diferentes contextos, formando assim um pensamento crítico. Ao final do encontro os participantes fizeram a avaliação secreta sobre aquele momento e, em um escore de 1 a 5 pontos, obteve-se uma média de 4,5 pontos. Os resultados encontrados nas ações de educação permanente com o técnico de enfermagem confirmam a importância desses encontros enquanto uma oportunidade de aprendizado, aprimoramento e trocas de experiências. Observa-se o interesse e a participação de todos os integrantes por meio dos seus depoimentos e questionamentos durante a realização das oficinas, possibilitando uma

troca de conhecimentos e o desenvolvimento de reflexões sobre o conteúdo abordado. A educação permanente é viável quando baseada na atualização contínua e, conseqüentemente, na busca em inovar e suprir as necessidades do serviço em saúde, contanto que as instituições envolvidas se comprometam, juntamente com o profissional, a fim de facilitar o desenvolvimento das ações de educação⁴. **Conclusão:** As atividades realizadas nesse encontro mostraram-se importantes tanto no acesso a novos conhecimentos, quanto no aprimoramento e troca de experiências, o que permite a integração de diferentes saberes. O PEP se constitui como elemento edificador, capaz de trabalhar os comportamentos, atitudes e pensamentos dos técnicos de enfermagem, sendo identificado como uma possibilidade para o alcance das mudanças das práticas em saúde. Além disso, o PEP contribui para a formação sociocultural dos envolvidos, reforçando sua importância e atuação na APS, bem como contribui para a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Descritores: Enfermagem; Ensino; Educação Continuada.

Referências:

1. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da saúde; 2012.
3. Miccas FL; Batisla SHSS. Educação Permanente em Saúde: Metassíntese. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(1):170-185.
4. Sade PMC; Peres AM. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(6):991-998.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: APLICABILIDADE DA TEORIA DO DEFICIT DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM NOS AMBIENTES HOSPITALARES

Valente, Pâmela Torres¹

Toledo, Luana Vieira²

Santiago, Anna Clara³

Beirigo, Brenda Alves³

Sant'Ana, Jéssica Cristini Pires ³

Coutinho, Juliana de Souza Lima³

Balbino, Paula Coelho³

Santos, Willians Guilherme dos³

Introdução: A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) consiste em um método científico utilizado pelo profissional enfermeiro para aplicação humanizada das dimensões do cuidar aos clientes.¹ A SAE melhora a qualidade da assistência, confere autonomia aos profissionais de enfermagem e aumenta a segurança e implicação positiva aos pacientes.¹ O processo de enfermagem é composto por cinco etapas que se relacionam e exigem dos profissionais um raciocínio crítico-reflexivo aliado a conhecimentos sobre o processo saúde-doença e o gerenciamento das unidades.¹ Essas etapas são: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação da assistência de enfermagem e avaliação.¹ Para a realização do processo de enfermagem é necessária a existência de um subsídio teórico que se relacione à realidade do paciente, família e coletividade, capaz de oferecer uma estrutura e organização ao conhecimento de enfermagem proporcionando um meio sistemático ao processo de enfermagem.¹ Toda teoria tem uma estrutura com aspectos que ajudam no direcionamento das ações dos enfermeiros e contêm elementos que auxiliam no processo de sua escolha, conhecidos como metaparadigmas da enfermagem.¹ Os metaparadigmas referem-se à pessoa que recebe o cuidado; à saúde, a finalidade da assistência de enfermagem; ao ambiente, onde se encontra a pessoa que recebe a assistência e à enfermagem, ciência do cuidado através de uma metodologia assistência.¹ Dorothea Orem, em 1985, desenvolveu uma teoria intitulada como teoria do déficit do autocuidado, composta por três eixos: teoria do autocuidado,

¹Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: pamela.valente@ufv.br

² Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Docente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Acadêmico(a) do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

teoria do déficit do autocuidado e teoria de sistemas de enfermagem. Nessa teoria, Orem descreve que as pessoas desejam e podem se tornar aptas ao seu autocuidado e que a enfermagem deve desempenhar esse papel quando observada a ausência de condições próprias do indivíduo para se auto cuidar.² **Objetivo:** Analisar as publicações sobre o processo de enfermagem à luz da teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem no ambiente hospitalar. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão de literatura, cuja busca foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde utilizando-se como descritores: “enfermagem” and “autocuidado” and “hospital”. Incluíram-se as publicações realizadas nos últimos cinco anos, escritas em idioma português e disponíveis na íntegra, sendo encontrados 60 artigos. Após a leitura dos resumos dos artigos, foram selecionados apenas três, os quais apresentavam relação com o objetivo desse trabalho. **Resultados:** Os artigos estudados acerca da teoria de Orem no ambiente hospitalar se limitam em sua maioria sobre o cuidado de pacientes portadores de doenças crônicas não transmissíveis ou em idosos.⁴ A teoria dos sistemas de enfermagem avalia a necessidade de indivíduos desempenharem seu autocuidado, sendo classificada em sistema totalmente compensatório, isto é, quando o paciente necessita totalmente da enfermagem para realizar as ações de autocuidado; sistema parcialmente compensatório, quando o paciente precisa parcialmente da enfermagem; e sistema de apoio-educação, no qual o enfermeiro age de forma educativa, instruindo o indivíduo que consegue realizar seu autocuidado sozinho.² Um dos estudos avaliou adultos e idosos para o tratamento clínico de alguma doença crônica ou agravo por ela acometida, avaliando grau de dependência trazidas pela doença e as diferenças entre homens e mulheres, concluindo que não há diferença significativa entre os gêneros quando se pensa na necessidade de uma maior supervisão e ação do enfermeiro e do cuidador após a alta hospitalar.³ Já outro estudo foi capaz de identificar o déficit de autocuidado de pacientes hipertensos internados e também descrever os fatores que influenciam esse déficit. A amostra prevalecia indivíduos do sexo feminino.⁴ O terceiro estudo deu enfoque ao processo de enfermagem baseado na teoria de Orem, a partir de um estudo de caso com um paciente portador de cardiopatia em ambiente hospitalar, o que permitiu uma análise profunda da aplicabilidade da teoria.⁵ **Discussão:** A teoria de Orem permite analisar o déficit de autocuidado nos pacientes e a necessidade da intervenção do profissional enfermeiro. Sob a ótica dessa teoria, a promoção de um cuidado qualificado constitui um papel da equipe de enfermagem, a qual deve ter um olhar crítico para o comportamento e relato do indivíduo e família, pois o reconhecimento do déficit é subjetivo acerca da evolução da doença. Deve-se também realizar o cuidado que o paciente sozinho não é capaz de desenvolver, utilizando-se de ações educativas e até mesmo assistenciais, além de dar opções de mudanças de hábitos alimentares e

atividade física, por exemplo, buscando o reestabelecimento do cliente, assegurando o entendimento, conforto e autonomia.⁴ Importante ressaltar que o autocuidado deve continuar depois da alta hospitalar, sendo necessária uma ação educativa permanente durante a internação para o paciente e também para sua família/cuidador, visando diminuir a dependência do indivíduo e empoderando-o em relação ao seu próprio cuidado.^{3,4} **Conclusão:** A utilização da teoria do déficit de autocuidado de Dorothea Orem no processo de enfermagem pode ser aplicada de forma efetiva no ambiente hospitalar com resultados positivos para o paciente, família e também para o enfermeiro. Admite-se como pressupostos básicos a avaliação de forma individualizada, o planejamento de acordo com a necessidade de cada paciente e a visão de um atendimento contínuo mesmo depois da alta hospitalar. Ressalta-se a importância do conhecimento do enfermeiro sobre a SAE, PE, bem como das teorias de enfermagem, privilegiando aqui o pensamento de Orem como método científico de implementação do cuidado em enfermagem para melhora da qualidade de vida do paciente e proporcionando maior autonomia a enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Autocuidado; Processos de Enfermagem; Hospital.

Referências:

1. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. George JB. Teorias de Enfermagem: Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
3. Costa SRD, Castro EAB, Acioli S. Capacidade de autocuidado de adultos e idosos hospitalizados: implicações para o cuidado de enfermagem. Rev Min Enferm. 2013; 17(1):193-207.
4. Berardinelli LMM, Guedes NAC, Acioli S. Análise do déficit de autocuidado de clientes hipertensos e as implicações na produção de cuidado. Rev. enferm. UERJ. 2013; (esp.1):575-80.
5. Felipe LC, Araújo ARA, Vitor AF. Processo de enfermagem segundo o modelo do autocuidado em um paciente cardiopata restrito ao leito. Rev de Pesquisa UFRJ. 2014; 6 (3): 897-908.

“SAEMULADO”: CONTRIBUIÇÕES PARA O PROCESSO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Expedito, Adélia Contiliano¹

Santos, Willians Guilherme dos²

Carmo, Monica Maria Lopes do²

Balbino, Paula Coelho²

Valente, Pâmela Torres²

Beirigo, Brenda Alves²

Santiago, Anna Clara²

Toledo, Luana Vieira³

Introdução: A resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) nas instituições de saúde brasileiras recomendando que ela seja realizada de modo deliberado e sistemático em todos os ambientes em que ocorra o cuidado profissional de Enfermagem¹. Aliado a isto, e de modo a propiciar um ambiente que permita maiores discussões sobre a temática, foi criada em 2012 por um grupo de estudantes e professores do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) a Liga Acadêmica da Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE). A LASAE é uma entidade estudantil, composta por 25 membros do corpo discente, coordenada por docentes do curso de enfermagem, com o intuito de sedimentar o conhecimento em relação à SAE visando atender às demandas da comunidade e desenvolver atividades de ensino, pesquisa e extensão, subsidiando o exercício profissional de enfermagem pautado no conhecimento científico. A liga tem trabalhado no sentido de aprimorar as discussões e aproximar o estudante da realidade profissional, a partir do contato com os cenários de práticas durante a graduação e da preparação para os processos seletivos do mercado de trabalho. Nesse contexto, surgiu entre os membros a proposta da atividade intitulada SAEMULADO. **Objetivo:** Relatar o desenvolvimento da atividade SAEMULADO realizada por membros associados à Liga Acadêmica da Sistematização da Assistência em Enfermagem (LASAE) da Universidade Federal de Viçosa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo relatando a experiência dos estudantes que participaram do SAEMULADO. O SAEMULADO consiste na aplicação de uma prova contendo questões de concursos públicos e/ou do Exame Nacional de

¹Acadêmica de Enfermagem do 7º Período da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. Email: adelia.expedito@ufv.br

²Acadêmico(a) de Enfermagem do 7º Período da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

³ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Desempenho dos Estudantes (Enade) que contemplem a temática da Sistematização da Assistência de Enfermagem ou o Processo de Enfermagem. Para isso, membros da diretoria da LASAE fazem busca livre de questões de concursos públicos e do Enade, utilizando a ferramenta de busca livre *Google*. Ao serem encontradas, são copiadas integralmente, referenciadas e inseridas em um banco de questões da LASAE, o qual subsidia a construção das provas ao final de cada semestre letivo. A prova consiste em 15 questões objetivas contendo geralmente cinco alternativas de respostas e os participantes devem realizá-la em um tempo total de 40 minutos. A prova é resolvida de forma individualizada e sem consulta. Encerrado o prazo para resolução das questões, inicia-se o momento em que elas serão resolvidas e discutidas, o que se dá com o envolvimento de todos os membros da liga. **Resultados:** Foram realizadas sete edições do SAEMULADO (2012 a 2015), totalizando 105 questões já aplicadas. A participação no SAEMULADO tem sido uma rica experiência, sobretudo no que se refere ao desenvolvimento de habilidades práticas em relação à resolução de questões de concursos. Dentre essas habilidades destaca-se a habilidade relacionada à organização do tempo. Em média, nos concursos públicos os candidatos têm 3 minutos para resolução de cada questão. De igual modo, a LASAE tem disponibilizado cerca de 2,7 minutos para a resolução de cada questão no SAEMULADO, possibilitando associar conhecimento com agilidade. Outra habilidade que vem sendo desenvolvida refere-se ao aporte teórico, pois ao aplicar as questões que englobam qualquer conhecimento científico inerente à Sistematização da Assistência de Enfermagem, identifica-se um resgate destes conhecimentos apreendidos ao longo da graduação em Enfermagem. Além disso, o SAEMULADO representa um momento de discussão de como são elaboradas as questões de concurso ou Enade. Por vezes, durante a resolução identifica-se que muitas questões são mal elaboradas, pois dão margem à duplicidade de entendimentos, permitindo ao candidato, num contexto real, apresentar recurso contra a questão. Esses tipos de questões são propositalmente colocados no SAEMULADO pela diretoria da LASAE, fomentando a discussão. Por fim, durante a correção e discussão em grupo, aqueles que acertaram a questão justificam seus acertos e aqueles que erraram têm a oportunidade de resgatar o conhecimento através da troca de saberes entre os membros da liga. **Discussão:** O SAEMULADO corrobora com a proposta do Projeto Pedagógico do Curso de Bacharel em Enfermagem da UFV³, pois possibilita, no processo educativo, a superação da fragmentação do saber, ao requerer que o estudante consiga interligar os conhecimentos adquiridos, além de contribuir para a formação articulada entre os três domínios: conhecimento, habilidades e atitudes. O domínio do conhecimento é explícito ao relacionar os conceitos centrais e conhecer as principais formas preconizadas de intervenção nos problemas de saúde. O

domínio das habilidades intelectuais manifesta-se ao acessar, selecionar e manejar informações e utilizar o raciocínio investigativo clínico para a compreensão dos problemas e tomada de decisões. E por fim, o domínio das atitudes se concretiza ao permitir um momento de busca constante do aprimoramento profissional através da educação permanente. **Conclusão:** O SAEMULADO é uma atividade esperada pelos membros associados da LASAE, pois permite alinhar os conhecimentos apreendidos e preparar os futuros profissionais para os processos seletivos no mercado de trabalho. Além disso, tem sido um momento no qual o estudante tem a oportunidade de experimentar a resolução de questões do Enade, exame cuja participação é considerada requisito obrigatório para a colação de grau na universidade.

Descritores: Avaliação em Enfermagem; Enfermagem; Processos de Enfermagem.

Referências:

1. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução N° 358/2009, de 15 de outubro de 2009. Dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. In: Conselho Federal de Enfermagem [legislação na Internet]. Brasília, 2009. [citado 2009 out. 15]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br>>. Acesso em: 03 fev. 2011.
2. Santos W *et al.* Histórico de criação da Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência em Enfermagem da UFV – LASAE. II Anais da Mostra Científica de Enfermagem, Viçosa – MG. mai. 2012; n.3.
3. Brasil. Universidade Federal de Viçosa. Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa; 2013.

JÚRI SIMULADO COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZADO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Balbino, Paula Coelho¹

Toledo, Luana Vieira²

Beirigo, Brenda Alves³

Valente, Pâmela Torres³

Santos, Willians Guilherme dos³

Santiago, Anna Clara³

Cardoso, Letícia Sales³

Ferreira Neto Junior, Virgílio Gomes³

Introdução: o Processo de Enfermagem (PE) designa um trabalho profissional específico, consistindo em uma série de ações inter-relacionadas e dinâmicas, fundamentado em um sistema de valores e crenças morais aliado ao conhecimento técnico-científico da área, no qual indica o modo de fazer um determinado método, resultando assim na Sistematização da Assistência de Enfermagem(SAE)¹.A SAE é um método científico utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de Enfermagem que visa solucionar os problemas dos clientes e melhorar a qualidade do cuidado prestado². Apesar de ser considerado obrigatório pela resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 358 de 2009,muitas instituições de saúde ainda não utilizam a SAE em seu cotidiano, argumentando inúmeros fatores dificultadores, destacando-se a presença de poucos profissionais, a sobrecarga de trabalho, o excesso de clientes assistidos por um mesmo enfermeiro, a precária infraestrutura de muitos serviços de saúde, a complexidade na formulação de diagnósticos, a burocracia, a falta de capacitação, a ausência de impressos suficientes e a descontinuidade do processo³.Neste cenário, a Liga Acadêmica de Sistematização da Assistência de Enfermagem (LASAE), conduzida por um grupo de estudantes coordenados por um membro docente da Universidade Federal de Viçosa, desenvolveu um júri simulado com a finalidade de sensibilizar alunos do curso de graduação em enfermagem sobre a importância da implementação da SAE na Atenção Primária à Saúde (APS). Acredita-se que o júri simulado seja uma dinâmica que tenha um potencial para o

¹Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. E-mail: paulaenf.ufv@gmail.com

²Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

³Acadêmico(a) do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

estabelecimento de argumentações, sendo capaz de promover o aprendizado dos participantes e desenvolver suas habilidades argumentativas⁴. **Objetivo:** relatar a experiência do júri simulado sobre os avanços e desafios da SAE na APS a partir da fundamentação teórica baseada na literatura científica nacional. **Metodologia:** para a discussão no júri simulado, foi proposta uma questão norteadora para o direcionamento das argumentações, baseando-se na interrogação do porquê sim e o porquê não de sistematizar as ações de enfermagem na APS. Os membros da LASAE foram divididos em três equipes, sendo duas equipes de debatedores que manifestaram opiniões divergentes em relação à implementação da SAE na APS (opositores) e uma equipe responsável pelo veredicto. As equipes de debatedores realizaram uma busca da revisão de literatura nacional para montar a defesa do seu ponto de vista em relação à SAE. As bases de dados utilizadas para a busca na literatura foram a BDENF e a LILACS. Foram utilizados os descritores: “processos de enfermagem” *and* “atenção primária à saúde” *and* “enfermagem”. Nove artigos foram selecionados para que cada equipe procedesse a análise e interpretação dos resultados. Foi elaborado um documento no qual as equipes descreveram as etapas percorridas pelos revisores e os principais resultados evidenciados da análise dos artigos incluídos. **Resultados:** estiveram presentes no julgamento 20 participantes, sendo 19 alunos e um professor, o qual foi o representante do juiz. A equipe responsável pelo veredicto foi composta por cinco membros da diretoria da LASAE. As equipes de debatedores foram igualmente divididas, sendo sete integrantes para a equipe de defesa da SAE e o mesmo número de integrantes para a equipe de oposição da SAE. O juiz iniciou explicando que cada equipe, ao ser questionada, teria três minutos para apresentar seus argumentos. O primeiro assunto questionado foi a viabilidade da SAE e a equipe de defesa considerou que o processo organizacional é capaz de oferecer subsídios para o desenvolvimento de metodologias interdisciplinares e humanizadas de cuidado. Alegaram que além de agilizar todo o processo de cuidado, a SAE possibilita a mensuração de resultados, definindo quais planos de cuidado são mais eficazes. A equipe de oposição debateu relatando que para implementar a SAE exige tempo, recursos específicos, estruturas e profissionais qualificados. Situação que ainda não condiz com a realidade do país. Num segundo momento, as equipes foram questionadas quanto à autonomia do enfermeiro diante a implementação da SAE. A equipe de oposição referiu que o enfermeiro precisa ser autônomo, independente da SAE. Já a equipe de defesa disse que as sistematizações das ações trariam sim a autonomia do enfermeiro, permitindo o desenvolvimento do seu potencial científico. Foram questionados sobre a presença de uma ação mais reflexiva amparada pela SAE e nesse questionamento a oposição expôs sobre a pouca flexibilidade dos instrumentos, dificultando assim a interação com o

paciente, destacando também que a necessidade de se amparar em uma teoria acaba restringindo as ações. A equipe de defesa da SAE alegou que os instrumentos permitem que a coleta de dados seja mais completa, possibilitando intervenções mais eficazes. O último questionamento do debate foi em relação à interferência da SAE na qualidade dos cuidados oferecidos na APS, sendo afirmado pela equipe de defesa que a SAE na APS faz com que o cuidado se torne mais integral e contínuo, já que é mais fácil o contato com o indivíduo e com a família. Por sua vez, a oposição disse que a implantação da SAE na APS dificultaria o processo de cuidado, pois o número de famílias é muito grande e demandaria muito tempo para que o cuidado fosse qualificado. A equipe de veredicto deu as notas e anunciou como vencedores os membros da equipe de oposição da SAE, destacando que os argumentos foram mais plausíveis quando demonstraram a notável dificuldade em implantar o novo método de assistência.

Discussão: para se chegar a um consenso sobre o modo de trabalho da enfermagem, deve-se considerar as particularidades de cada serviço de saúde. Os enfermeiros acreditam na importância da SAE, afirmando o quanto essa sistematização permite a melhoria da qualidade da assistência, promovendo a autonomia. Entretanto, os enfermeiros apontam várias dificuldades para sua execução, as quais relacionam-se, na verdade, com as condições inadequadas de trabalho³.

Conclusão: com a prática do júri-simulado foi possível expor a realidade que muitos estudantes vivenciarão após a conclusão de sua graduação, especialmente em relação à implementação da SAE. Pode-se perceber que muitos desses desafios relatados pelos estudantes foram difíceis de serem contra argumentados de forma consistente, o que exprime os desafios encontrados pela consolidação da SAE. Acredita-se que essa dificuldade possa ser minimizada com a inserção do PE de forma transversal na matriz curricular dos cursos de graduação em enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Atenção Primária à Saúde.

Referências:

- 1- Garcia TR, Nóbrega MML. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(1): 188-193.
- 2- Tannure MC, Pinheiro AM. SAE – Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2010. 298p
- 3- Silva EGC et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (6):1380-1386.
- 4- Savaris PK et al. Julgamento simulado como estratégia de ensino da ética médica. Revista Bioética. 2013; 21 (1): 150-7.

IMPORTÂNCIA DO PROCESSO DE ENFERMAGEM NA ASSISTÊNCIA AOS CLIENTES PORTADORES DE ÚLCERA POR PRESSÃO: REVISÃO DE LITERATURA

Valente, Pâmela Torres¹

Pinto, Anna Clara Santiago Nunes²

Balbino, Paula Coelho²

Beirigo, Brenda Alves²

Santos, Willians Guilherme dos²

Inácio, Sarah do Carmo²

Oliveira, Rodolpho Nascimento²

Toledo, Luana Vieira³

Introdução: As úlceras por pressão (UP) constituem áreas de trauma tecidual causadas por pressão contínua e prolongada, combinada a fricção sobre a pele e tecidos adjacentes, geralmente localizadas sob proeminências ósseas.¹ As UP são comumente observadas em pessoas hospitalizadas por longos períodos ou restritas ao leito no próprio domicílio, pois a ausência de mobilidade acaba levando ao aumento do tempo de exposição à pressão.^{1,2} Compreende-se que a UP pode ser evitada quando o cliente é assistido de forma integral, com um plano de cuidados adequado às suas necessidades.² Na abordagem de clientes portadores de UP é de extrema importância a utilização da Sistematização de Assistência em Enfermagem (SAE), pois essas úlceras constituem um problema de enfermagem de alta incidência que, na maioria dos casos, poderia ter sido evitável. O processo de enfermagem (PE) é uma metodologia que sistematiza o cuidado ao indivíduo, auxiliando o enfermeiro a tomar decisões em prol do bem-estar e da melhora dos sinais e sintomas que os clientes apresentam.² Para a avaliação dos clientes em risco de desenvolver UP o enfermeiro pode lançar mão de instrumentos de avaliação, como a escala de Braden, cujo objetivo é verificar de forma sistemática a percepção sensorial, umidade, atividade, mobilidade, nutrição, fricção e cisalhamento, tornando mais efetiva a mensuração do risco individual.³ **Objetivo:** Analisar as publicações envolvendo a SAE no atendimento aos clientes portadores de UP. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo de revisão de literatura, cuja busca de dados foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os termos “enfermagem” and “processos de enfermagem” and “úlceras por pressão”, contidos no

¹ Acadêmica do 7º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. E-mail. pamela.valente@ufv.br

² Acadêmico(a) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

³ Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

título, resumo ou assunto. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra, escritos no idioma português e publicados nos últimos 10 anos. Foram encontrados cinco artigos, dos quais quatro foram selecionados, por estarem diretamente relacionados ao objetivo do trabalho. **Resultados e Discussão:** De acordo com a pesquisa realizada em um hospital no sul do Brasil, com 188 pacientes internados em unidades clínicas e cirúrgicas, identificou-se a maior incidência de UP em pacientes idosos, predominantemente do sexo feminino, com tempo médio de internação de 11 dias e que permanecem internados na clínica médica.⁴ Os dados que exemplificam o perfil clínico de pacientes que desenvolvem UP demonstram informações adicionais para o desenvolvimento de ações preventivas por parte dos enfermeiros. Dentre os motivos de internação dos portadores de UP destacam-se as doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e neoplasias, as quais debilitam os pacientes, podendo gerar um quadro de dependência e restrição ao leito.⁴ A partir de um estudo de levantamento bibliográfico realizado em 2009, pode-se perceber que o registro das incidências de UP é deficiente entre os profissionais enfermeiros, o que demonstra a falta da SAE na rotina dos hospitais.³ A realização do processo de enfermagem pressupõe o registro e armazenamento das informações obtidas pelos clientes, familiares e profissionais, pois para formular os diagnósticos de enfermagem, criar intervenções plausíveis para cada situação e avaliar a melhora ou piora do quadro, é preciso ter registrado todas as informações que se referem ao indivíduo.³ Incentivar os enfermeiros a realizarem o registro sistemático dos dados dos clientes constitui um desafio para o processo de trabalho da equipe de enfermagem que necessita ser superado.³ O estudo realizado em um hospital na região sul do Brasil descreveu alguns diagnósticos e intervenções de enfermagem direcionadas aos pacientes com UP.⁴ Destacam-se entre os principais diagnósticos aqueles relacionados ao “Risco de infecção” e ao “Déficit no autocuidado para banho e higiene”, os quais são considerados mais genéricos, não se relacionando diretamente à UP.⁴ Em contrapartida, os DE considerados mais específicos como o de “Integridade da pele prejudicada”, “Integridade tissular prejudicada” e “Risco para prejuízo da integridade da pele” não foram citados com a mesma frequência, o que demonstra a necessidade de aprimoramento do pensamento crítico dos enfermeiros em relação aos problemas de enfermagem mais significativos.⁴ Em relação aos fatores de risco citados, observou-se que os mais frequentes foram: “mobilidade prejudicada” e “imobilidade”, confirmando que a restrição do paciente ao leito gera um aumento da pressão sobre a pele, a qual, quando exposta a essa situação por um longo período, leva ao aumento da chance de ocorrência de UP.⁴ As intervenções, diferentemente dos diagnósticos, foram mais específicas às UP. Em relação à prevenção e tratamento, propõe-se uma avaliação de

risco individual, a construção de um protocolo institucional para padronizar essa avaliação, o uso de escalas de avaliação de risco, como a Escala de Braden, a inserção de um quadro informativo para os profissionais de saúde demonstrando os locais propensos à formação de UP, o oferecimento de colchões do tipo “caixa de ovo” para os pacientes restritos ao leito, a identificação de fatores de risco e promoção de ações preventivas, a realização de mudança de decúbito a cada 2 horas, a realização de massagem nos membros para favorecer o retorno venoso, a utilização de bandagens para proteger saliências ósseas, a observação sistemática e o registro das alterações na pele dos clientes, a hidratação nas áreas susceptíveis com cremes à base de ácidos graxos essenciais, o tratamento de incontinências urinária e intestinal, a utilização de água em temperatura adequada para os banhos, a promoção de aporte nutricional adequado, a monitorização e registro das intervenções e resultados.³ **Conclusão:** Identificar os possíveis portadores de UP constitui-se ferramenta importante no processo de trabalho do enfermeiro, o qual poderá direcionar suas ações e fornecer uma assistência mais efetiva e eficaz. Percebe-se que os pacientes acamados e com dificuldades de mobilidade são os mais acometidos pelas UP e necessitam de profissionais competentes e embasados cientificamente que realizem o registro de todas as informações, sobretudo aquelas relacionadas aos potenciais riscos, pois dessa forma o processo de trabalho da enfermagem poderá ser contínuo e influenciar na qualidade de vida dos clientes.

Descritores: Processos de Enfermagem; Enfermagem; Úlceras por Pressão.

Referências:

1. Brandão EDS, Mandelbaum MHS, Santos ID. Um desafio no cuidado em enfermagem: prevenir úlceras por pressão no cliente. Rev. pesq. cuid. fundam. (Online). 2013; 5(1): 3221-3228.
2. Lucena AF et al. Perfil clínico e diagnósticos de enfermagem de pacientes em risco para úlcera por pressão. Rev Latino-Am de Enfermagem. 2011;19(3): 523-530.
3. Medeiros ABF, Lopes CHAF, Jorge MSB. Análise da prevenção e tratamento das úlceras por pressão propostos por enfermeiros. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(1): 223-8.
4. Santos CTD *et al.* Indicador de qualidade assistencial úlcera por pressão: análise de prontuário e de notificação de incidente. Rev Gaúcha de Enferm. 2013; 34(1): 111-118.

A GESTÃO DO SUS NA PERSPECTIVA DE GESTORES MUNICIPAIS DE SAÚDE DE UMA MICRORREGIÃO DE MINAS GERAIS

Expedito, Adélia Contiliano¹

Amaral, Vanessa de Souza ²

Floresta, Ariana Colombari de Godoi³

Rodrigues, Amanda Medeiros⁴

Souza, Ramon Augusto Ferreira ⁵

Oliveira, Deíse Moura de⁶

Introdução: o Sistema Único de Saúde (SUS) tem a descentralização como um dos seus princípios organizativos. Neste contexto inscreve-se a municipalização, considerada um grande avanço, dada à possibilidade de uma maior aproximação da gestão, dos serviços e das ações ofertadas com as necessidades apresentadas pela população, considerando suas características sociodemográficas, perfil epidemiológico e especificidades loco regionais¹. Por outro lado, a municipalização sinaliza um grande desafio para a consolidação do SUS, sensivelmente percebido ao longo de sua existência. Entre os desafios inscritos no processo de municipalização encontra-se os relacionados à gestão municipal na saúde, marcada por contradições que têm desenhado diferentes faces do SUS em todo o território nacional². **Objetivo:** analisar as concepções e práticas dos gestores municipais de saúde de uma microrregião de Minas Gerais com relação à gestão no âmbito do SUS. **Metodologia:** pesquisa qualitativa, cuja coleta de dados se deu por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, realizada com oito secretários de saúde dos nove municípios inscritos na microrregião de saúde de Viçosa, havendo, portanto, a ocorrência de uma recusa. Os dados foram coletados de outubro a dezembro de 2015 e organizados em categorias de estudo, a partir das ideias principais contidas nos depoimentos dos entrevistados, sendo analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin³. A pesquisa respeitou os preceitos éticos constantes na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, obtendo Parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com

¹ Estudante de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais, Brasil. Endereço eletrônico: adelia.expedito@ufv.br

² Estudante de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais, Brasil.

³ Enfermeira. Residente em Saúde da Família. Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, Brasil.

⁴ Enfermeira. Residente em Enfermagem na Saúde da Mulher. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.

⁵ Enfermeira. Residente em Enfermagem na Saúde Mental. Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, Brasil.

⁶ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais, Brasil.

Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob o nº 1.147.443, de 08 de julho de 2015. **Resultados/Discussão:** A partir da análise dos resultados emergiram quatro categorias temáticas: “Percebendo-se no papel de gestor do SUS”, “Compreendendo a gestão no SUS”, “Reconhecendo potencialidades em sua atuação como gestor” e “Vislumbrando melhorias para a gestão municipal”. Em relação ao papel do gestor, os entrevistados se percebem como profissionais que têm responsabilidades administrativas, como o planejamento, a coordenação e a operacionalização de ações voltadas para a saúde no município em que atuam. Citaram também que é papel do gestor o acolhimento da população, ouvindo a mesma diante dos problemas apresentados. Quando indagados sobre a compreensão da gestão do SUS os gestores a concebem como desafiadora, com destaque para as dificuldades relacionadas ao subfinanciamento crônico da saúde, em especial à sobrecarga financeira que fica a cargo do ente municipal, em virtude do não cumprimento do acordo interfederativo. A lei estabelece que os estados e municípios devem aplicar 12% e 15%, respectivamente, de receitas próprias em Saúde. No entanto, isso se torna um grande impasse, pois grande parte dos municípios brasileiros é altamente dependente dos recursos de outros entes federativos (Estados e União). Além disso, o gasto público total com o Sistema Único de Saúde é de apenas 3,6% do Produto Interno Bruto (PIB), o que se mostra insuficiente para garantir uma saúde universal, integral e equânime⁴. Portanto, realizar a gestão do SUS com um financiamento incompatível com a possibilidade de colocar em prática o que é prescrito por lei configura-se para os gestores como uma experiência desafiadora. Como aspecto potencializador vivenciado na gestão do SUS os entrevistados destacaram a existência de recursos humanos motivados e qualificados. Destaca-se neste contexto a importância conferida por parte dos gestores à presença de profissionais com residência em saúde da família, uma vez que estes possuem uma formação congruente com as práticas necessárias no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), viabilizando a criação de vínculo e do cuidado longitudinal. Em relação às melhorias necessárias no âmbito da gestão municipal de saúde a prioridade ressaltada foi a qualificação da APS – lócus prioritário para as ações de prevenção e promoção da saúde –, atrelando tal melhoria à necessidade de qualificação permanente dos profissionais que atuam neste cenário assistencial. Tal achado reveste-se de importância, pois denota a necessidade prevista pelos gestores de fortalecimento da APS como política da gestão local. Esta expectativa foi pautada como prioritária pelos participantes da pesquisa e revela-se condizente com o previsto pela política nacional de saúde, que concebe a APS como coordenadora das redes de atenção. A qualificação deste nível de atenção, paralela a dos profissionais que nele atuam, desdobra-se na melhoria do acesso e resolubilidade do sistema, na qualidade clínica, nos resultados

sanitários, na satisfação dos usuários e na redução dos gastos dos sistemas locais de saúde, impactando positivamente nos outros níveis de atenção à saúde⁵. **Conclusão:** diante do exposto evidencia-se que a gestão do SUS na perspectiva dos gestores municipais de saúde da microrregião estudada é marcada por concepções e práticas desafiadoras, em especial no que tange aos aspectos transversais ao sistema de saúde, como o subfinanciamento e o não cumprimento do acordo interfederativo, com sobrecarga do ente municipal. Ainda que os gestores entrevistados vislumbrem como prioridade o investimento na APS sabe-se que em função de um orçamento justo não conseguem assumir tal intento como uma política de gestão, haja vista a necessidade premente de recursos. Concebe-se ainda que mesmo a municipalização sendo o caminho para o acesso e atendimento das necessidades de saúde da população, o gestor municipal esbarra em situações que dificultam que este acesso e atendimento às necessidades se valham na prática. Portanto, a superação de tais desafios trata-se de uma urgente questão a ser pautada e encaminhada para as instâncias deliberativas, com vistas a equacionar as dissimetrias encontradas entre o SUS prescrito e o SUS real.

Descritores: Descentralização; Administração de Serviços de Saúde; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Ohira RHF, Cordoni Junior L, Nunes EFPA. Perfil dos gerentes de Atenção Primária a Saúde de municípios de pequeno porte do norte do Paraná, Brasil. *Ciência & saúde coletiva*; 2014. 19 (2): 393-400.
2. Berretta IQ, Lacerda JT, Calvo MCM. Modelo de avaliação da gestão municipal para o planejamento em saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2011; 27 (11): 2143-2154.
3. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. *Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde*. – Brasília; 2013.
5. Rodrigues LBB et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2014; 19 (2): 343-352.

ATUALIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM ACERCA DO PROTOCOLO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Santos, Mateus de Souza¹

Sá, Flávia Barbosa Batista de²

Tavares, Fernanda Lôbo³

Santana, Monalise Mara Rocha⁴

Santos, Ana Paula Mendes dos⁴

Novais, Maria Eduarda Ferreira de⁴

Alves, Katiusse Rezende⁵

Moreira, Tiago Ricardo⁶

Introdução: O sucesso no atendimento da parada cardiorrespiratória (PCR) depende do reconhecimento e tratamento rápido da situação, dando-se ênfase às compressões torácicas de alta qualidade e à desfibrilação precoce¹. Segundo *American Heart Association* (AHA) a execução correta das manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP) reduzem o risco de seqüela e melhoram as chances de sobrevivência da vítima¹. Assim sendo exposta a importância do domínio das habilidades técnicas e dos conhecimentos para a execução eficaz das manobras de RCP, viu-se a necessidade de atualizar os saberes e práticas dos enfermeiros que atuam em um Hospital de Ensino no Município de Viçosa, Minas Gerais. **Objetivo:** Comparar os conhecimentos dos enfermeiros de um hospital de ensino sobre o atendimento à PCR (Suporte Básico de Vida) antes e após uma intervenção acerca desta temática. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, intervencionista, do tipo antes e depois, realizada em um hospital de ensino do município de Viçosa, Minas Gerais, no primeiro semestre de 2015. A intervenção executada foram capacitações acerca do Suporte Básico de Vida (SBV) voltadas para enfermeiros. Para avaliar o conhecimento prévio e adquirido pelos participantes sobre o tema foi aplicado um instrumento de pré-teste e pós-teste baseados na Escala de Likert. Os dados foram analisados e interpretados pelo programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Para comparação entre as aplicações do pré e pós teste, foi utilizado o teste de Wilcoxon, considerando nível

¹ Discente do Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa. Contato: mateusdss@gmail.com.

² Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF.

³ Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Discente do Curso de Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa.

⁵ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁶ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública na Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

de significância de 0,05. O estudo foi realizado após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, protocolo número 870.833 e mediante a assinatura dos participantes do TCLE.

Resultados: participaram do estudo 16 enfermeiros, representando 66,6% do total da população, sendo a maioria do sexo feminino (68,8%) e na faixa etária de 31 a 40 anos (50%). No que se refere ao conhecimento sobre a conduta a ser tomada frente a uma PCR, 37,5% o classificaram como ótimo no pré-teste, e após a intervenção, o percentual subiu para 87,5%. O conhecimento prévio sobre o número de compressões por ventilações a serem realizados no SBV foi referido como ótimo por 68,8% dos participantes, e no pós-teste, 100% o classificaram como ótimo. Percebeu-se baixo conhecimento prévio sobre os ritmos cardíacos chocáveis (25% classificaram como ótimo no pré-teste e no pós-teste o percentual atingiu 68,8%) e não chocáveis (18,8% classificaram como ótimo no pré-teste e no pós-teste o percentual atingiu 68,8%), bem como a identificação destes ritmos no monitor cardíaco (31,2% classificaram como ótimo no pré-teste e no pós-teste o percentual atingiu 62,5%), sendo que após a capacitação, melhorias foram notadas. O teste de Wilcoxon constatou que o conhecimento adquirido pelos enfermeiros após a intervenção acerca do atendimento à PCR (SBV), foi estatisticamente significativo ($p < 0,05$) quando comparado ao conhecimento prévio deste grupo.

Discussão: Os resultados obtidos demonstram que os enfermeiros apresentaram dificuldades no reconhecimento da PCR, dados que corroboram com outro estudo⁴. Após a identificação da PCR, são iniciadas as compressões torácicas na proporção de 30 compressões por 2 ventilações. As manobras de compressão são realizadas de forma ininterrupta durante o atendimento, salvo em situações onde há a necessidade de monitorização cardíaca, intubação, análise do ritmo cardíaco e desfibrilação. Os enfermeiros avaliados apresentaram um baixo conhecimento prévio sobre a sequência de atendimento da PCR determinada pelo protocolo estabelecido pela AHA. Estudos apontam que estes profissionais apresentam percentuais de conhecimento abaixo do esperado, principalmente, no que diz respeito ao número de compressões e ventilações que devem ser realizadas na RCP². Enfatiza-se a importância de estabelecimento da sequência correta de atendimento, com ênfase nas compressões e ventilações, sendo estas realizadas em sincronia (30:2)³. Além disso, observou-se no pré-teste, que os profissionais apresentavam conhecimento deficiente sobre a identificação dos ritmos chocáveis e não chocáveis, bem como o seu reconhecimento no monitor cardíaco, dados também evidenciados em um estudo semelhante⁵. No entanto, destaca-se que intervenções deste tipo são capazes de melhorar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca deste tema, como demonstrado no estudo.

Conclusão: Houve melhora considerável no conhecimento

sobre o tema após a capacitação. Enfatiza-se a necessidade de capacitações periódicas e de um programa de educação continuada acerca da temática (SBV) para que esses profissionais se mantenham sempre atualizados e habilitados a prestarem um atendimento rápido, eficaz e de qualidade.

Descritores: Enfermagem; Ressuscitação Cardiopulmonar; Parada Cardiorrespiratória.

Referências:

1. American Heart Association. Guidelines for CPR and emergency cardiovascular care. Part 5: Adult Basic Life Support. *Circulation* 2010; 122; S685-S705.
2. Moura LTR, Lacerda LCA, Gonçalves DDS, Andrade RB, Oliveira YR. Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. *Rev. Rene*. 2012; 13(2): 419-27;
3. Bertoglio VM, Azzolin K, Souza EN, Rabelo ER. Tempo decorrido do treinamento em parada cardiorrespiratória e o impacto no conhecimento teórico de enfermeiros. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2008 set; 29(3) :454-60.
4. Araújo KA, Jacquet P, Santos SS, Almeida V, Nogueira SF. Reconhecimento da parada cardiorrespiratória em adultos: nível de conhecimento dos enfermeiros de um pronto-socorro municipal da cidade de São Paulo. *Rev. Inst. Cienc. Saúde*. 2008; 26(2):183-90.
5. Veiga VC, Carvalho JC, Amaya LEC, Gentile JKA, Roja SSO. Atuação do Time de Resposta Rápida no processo educativo de atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev Bras Clin Med*. 2013 jul-set; 11(3):258-62.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NO SETOR DE HEMODIÁLISE

Carneiro, Nicoli Souza¹

Sá, Flávia Batista Barbosa de²

Paiva, Luciano Côrtes³

Sacramento, Débora de Oliveira⁴

Santos, Mateus de Souza⁵

Alves, Katiusse Rezende⁶

Introdução: Estima-se que ocorram cerca de 200.000 casos de parada cardiorrespiratória (PCR) ao ano no Brasil e metade desse número ocorre em ambientes hospitalares¹. A sobrevida e a minimização de sequelas do paciente em PCR está diretamente relacionada a uma intervenção rápida, efetiva e eficaz que baseia-se nas manobras de ressuscitação cardiopulmonar prestadas por profissionais capacitados, rápida desfibrilação e suporte avançado de vida cardiovascular e cuidados pós PCR². A equipe de saúde deve estar capacitada para prestar uma assistência qualificada ao paciente em PCR, de forma a melhorar as chances de sobrevida e a minimização de sequelas pós PCR^{2,3}. Nesse sentido, a elaboração e implantação do Protocolo de Procedimento Operacional Padrão (POP) de atendimento à PCR torna-se um instrumento capaz de auxiliar o setor de hemodiálise na padronização de suas condutas mediante esta situação. O POP descreve a sequência exata que deverá ser dada pelo operador para garantir o resultado esperado da tarefa, padronizando procedimentos e estabelecendo as diretrizes para o controle e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados⁴. Foi com este intuito que emergiu o interesse da equipe de enfermagem em elaborar um POP de atendimento à PCR específico para o setor de Hemodiálise, tendo em vista suas peculiaridades. **Objetivo:** Relatar a experiência de elaborar um POP de atendimento à PCR para o setor de hemodiálise. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a elaboração de um POP de atendimento à PCR para o setor de hemodiálise. O mesmo foi embasado nas diretrizes internacionais de Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) da AHA do ano de 2015, além disso, foi

¹Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: nicoli.carneiro@ufv.br

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeiro. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁵ Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁶ Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Enfermagem.

utilizado literatura científica complementar relacionada a área de nefrologia para atender às especificidades da criação do POP para este setor. **Resultados e Discussões:** o protocolo se divide em onze seções: objetivo, definição do problema, responsáveis pela execução, critérios diagnósticos, diagnósticos diferenciais, equipamento necessário, exames a serem realizados e exames complementares, medicamentos e prescrição, escores de PCR, funções de cada profissional e cuidados pós-PCR. Algumas seções foram adaptadas para a rotina do setor de hemodiálise, sendo elas: responsáveis pela execução, equipamento necessário e funções de cada profissional. Segundo o POP, a equipe de saúde deve identificar uma PCR analisando os seguintes sinais: ausência de responsividade, ausência de respiração ou respiração do tipo gasping e ausência de pulso no paciente². Os exames complementares foram estabelecidos de acordo com as especificidades do paciente portador de Doença Renal Crônica (DRC), sendo eles: provas de função renal (exames séricos), hematócrito, hemograma, Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP) e glicemia para pacientes diabéticos⁵. Optou-se por anexar o algoritmo de atendimento à PCR, uma vez que a AHA já trabalha com algoritmos¹ e por acreditar que o mesmo permite melhor compreensão da sequência do atendimento à PCR, quando comparada à leitura dos cuidados descritos por extenso. A seção de funções de cada profissional teve por intuito destacar a importância e a responsabilidade de cada membro da equipe em conhecer e estar capacitado para assistir eficazmente ao paciente em PCR, sabendo executar as manobras que lhe compete. **Conclusão:** A PCR é, de forma indubitável, uma condição presente não só nos setores de emergência, mas também no setor de hemodiálise. A ausência e o conhecimento de um protocolo pode acarretar falhas no atendimento, discordâncias na sequência e na atuação de cada profissional e diminuição da qualidade dos resultados esperados². Uma conduta adequada, rápida e eficiente associada à uma equipe multiprofissional são aspectos cruciais para que a PCR seja revertida; sendo assim, o protocolo tem essa função de organizar e padronizar a assistência de forma sequencial, por meio de um cuidado eficiente, eficaz e embasado no julgamento clínico e crítico^{2,4}. O presente estudo evidencia a necessidade da criação e implementação do POP no atendimento da PCR como um instrumento capaz de direcionar e viabilizar a prática profissional segura.

Descritores: Parada Cardíaca; Unidades Hospitalares de Hemodiálise; Diálise Renal; Enfermagem.

Referências:

1. Gonzalez MM et al. I Diretriz de ressuscitação cardiopulmonar e cuidados cardiovasculares de emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2013;101(2):1-221.
2. Link MS et al. Part 7: adult advanced cardiovascular life support: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2015; 132(2):S444-S464.
3. Pereira DS, Vieira AK, Ferreira AM, Bezerra AM, Trigueiro Bezerra WK. Atuação do Enfermeiro frente à parada cardiorrespiratória (PCR). Revista Brasileira de Educação e Saúde. 2015;5(3):08-17.
4. Guerrero GP, Beccaria LM, Trevizan MA. Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de enfermagem em serviços hospitalares. Rev Latino-am Enfermagem. 2008;16(6):966-72.
5. Smeltzer SC, Bare BG, Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011:1311-42.

OS DESAFIOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM

Coutinho, Juliana de Souza Lima¹

Reis, Paloma Vilela dos²

Lopes, Victória Regina Ribeiro²

Areal, Yara Gouvea²

Valente, Pamela Torres²

Santos, Willians Guilherme dos²

Toledo, Luana Vieira³

Correia, Marisa Dibbern Lopes de⁴

Introdução: A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma metodologia que vem ganhando espaço na atuação profissional do enfermeiro.¹ Com a SAE o enfermeiro coloca em prática seus conhecimentos técnicos e científicos, o que garante o embasamento da assistência a partir de evidências e não de técnicas empíricas.¹ O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) dispõe sobre a SAE na resolução nº 358/2009, na qual estipula que sua implantação deve ser feita por meio do processo de enfermagem (PE) dividido em 5 etapas interligadas, as quais compreendem a coleta de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planejamento de enfermagem, a implementação das ações e a avaliação de enfermagem.² A coleta de dados tem por finalidade a obtenção de informações; o diagnóstico de enfermagem consiste no agrupamento e interpretação dos dados coletados na primeira etapa; o planejamento de enfermagem é o momento em que se determinam os resultados esperados; a implementação das ações implica na realização de intervenções traçadas na etapa anterior e a avaliação é a etapa de verificação de mudanças nas respostas do paciente ao tratamento e intervenções aplicadas.² A implantação da SAE pode ser considerada fundamental na assistência de enfermagem, não apenas pela melhoria na assistência prestada ao paciente, mas também por influenciar positivamente a qualidade do serviço e a visão sobre a enfermagem como uma profissão científica.¹ O enfermeiro é considerado o líder na execução do PE e responsável pela elaboração dos diagnósticos de enfermagem.² Neste contexto, torna-se fundamental compreender como os enfermeiros

¹ Acadêmica do 7º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais. E-mail: juliana.coutinho@ufv.br

² Acadêmico(a) do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais.

⁴ Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Minas Gerais.

avaliam a implementação da sistematização da assistência em seu cotidiano. **Objetivo:** Identificar na literatura científica artigos que abordem a visão dos enfermeiros sobre a implementação da SAE. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, a partir de uma revisão de literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os termos “processos de enfermagem” and “cuidados de enfermagem” contidos no título, resumo ou assunto. Os critérios de inclusão foram: publicações disponíveis na íntegra e gratuitamente, no idioma português e publicadas nos últimos cinco anos. Foram encontradas 205 publicações, das quais três artigos foram selecionados por estarem relacionados com o objetivo do estudo. **Resultados/Discussão:** De acordo com a pesquisa realizada com os enfermeiros do Hospital da Restauração em Recife– PE, identificou-se que eles reconhecem a importância da SAE e elencam como benefícios alcançados por ela o fato de melhorar a qualidade da assistência e promover uma maior autonomia profissional.³Esses enfermeiros acreditam que a sistematização deve ser trabalhada, entretanto afirmam que se encontram desmotivados para executá-la.³Vários foram os motivos identificados para não trabalharem com a SAE, como: reduzido número de profissionais, falta de tempo, burocracia, problemas nas condições de trabalho e falta de aprofundamento no tema durante a graduação.³Em outro estudo realizado em um Hospital Universitário no interior paulista foram encontrados resultados parecidos, no qual a SAE é vista pelo enfermeiro como um instrumento para legitimar a assistência, garantindo o exercício e autonomia sobre o cuidado.⁴Os enfermeiros desse Hospital Universitário também manifestaram o desejo em aplicar a SAE, considerando-a como um instrumento para gerenciar o serviço e assistência em enfermagem.⁴ Apesar de serem nítidas as manifestações de interesse, a efetivação da sistematização não esteve presente no cenário da pesquisa, sendo justificada pela falta de apoio das instituições, déficit de recursos humanos e principalmente desmotivação por parte dos enfermeiros.⁴ Percebe-se um distanciamento entre a compreensão teórica da importância da SAE e a sua aplicação prática, o que pode ser um reflexo da pouca utilização dessa ferramenta para o cuidado sistemático durante a formação desses profissionais. Esse distanciamento também foi observado no estudo realizado na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um hospital de Rio Branco – AC, onde os enfermeiros compreendiam a utilização da SAE como essencial para garantir a realização de cuidado individualizado e tomada de decisões para cada paciente, entretanto a sua realização não ocorria com frequência, devido a deficiência no conhecimento, o excesso de serviços burocráticos e a ausência de recursos humanos suficientes.⁵**Conclusão:** Os benefícios da SAE são inúmeros e sua eficácia é reconhecida por enfermeiros assistenciais que atuam em diferentes localidades, todavia esse reconhecimento não garante por si só que a implantação aconteça. Observou-se

que os desafios que cercam o processo de sistematização ainda são grandes e considerados como fatores impeditivos da sua aplicabilidade, destacando-se a desmotivação e a falta de conhecimento dos profissionais. Diante disso, torna-se fundamental trabalhar durante a graduação métodos motivacionais para a prática da SAE, a partir da inserção da temática em todos os cenários assistenciais. O enfermeiro deve apropriar-se dessa prática que oferece um subsídio teórico-científico, a fim de consolidar a visão da enfermagem enquanto ciência.

Descritores: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

Referências:

1. Tannure MC, Pinheiro AM. SAE: Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Conselho Federal de Enfermagem (Brasil). Resolução nº. 358, de 23 de outubro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências.
3. Silva EGC, Oliveira VC, Neves GBC; Guimarães TMR. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. Rev. esc. enferm. USP. 2011. dez; 45(6): 1380-1386.
4. Casafus KCU, Dell'Acqua MCQ, Bocchi SCM. Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem. Esc. Anna Nery. 2013. jun; 17(2): 313-321.
5. Santos JÁ *et al.* Sistematização da assistência de enfermagem na visão de enfermeiros. Rev Cuidarte enfermagem. 2015. jul./dez; 9(2): 142-147.

AVALIAÇÃO DA REDE DE FRIO DAS SALAS DE VACINAS DE UM MUNICÍPIO DA ZONA DA MATA MINEIRA

Elisiário, Rosângela do Nascimento¹

Siman, Andréia Guerra²

Carvalho, Camilo Amaro³

Amaro, Marilane de Oliveira Fani⁴

Introdução: A sala de vacina constitui-se o local destinado ao armazenamento e a administração dos imunobiológicos, cujas atividades devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem, com treinamento específico no manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos¹. As vacinas são produtos termolábeis, sensíveis ao calor, ao frio e à luz, sendo necessário mantê-las constantemente refrigeradas, utilizando instalações e equipamentos adequados¹. Neste contexto, a Rede de Frio se constitui como um fator indispensável em uma sala de vacina, pois mantém as características originais dos imunobiológicos desde o laboratório produtor até o usuário¹.

Objetivo: Avaliar a Rede de Frio das salas de vacinação da Estratégia Saúde da Família (ESF) de um município da Zona da Mata Mineira. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado em salas de vacinação das unidades de ESF de um município da Zona da Mata de Minas Gerais. Foram analisadas 100% das salas de vacinação das unidades de ESF em funcionamento no período da coleta de dados, totalizando 16 salas de vacinação. Os entrevistados foram profissionais de enfermagem que trabalhavam nas salas de vacinação e que estavam presentes no momento da coleta de dados que ocorreu em fevereiro de 2015. Foram entrevistados 16 profissionais de enfermagem, sendo 9 técnicos em enfermagem e 7 enfermeiros. Os dados foram coletados através de um instrumento para supervisão de sala de vacinação elaborado pelo Ministério da Saúde – PAISSV (versão 2,0/Dezembro de 2004) do Programa Nacional de Imunização. Para o desenvolvimento deste estudo foi explorado somente o item 4, relacionado a Rede de Frio. A análise descritiva foi realizada com o software SPSS 12.0. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa com parecer nº 959.223. **Resultados e Discussão:** De acordo com os

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. Email: rosangelaelisiario@gmail.com

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Professora Assistente I do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa.

³ Farmacêutico. Doutorado em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa. Professor Adjunto II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeira. Doutora em Biologia Celular e Estrutural pela UFV. Professora Adjunta I do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

resultados encontrados apenas 12,5% (n=02) dos refrigeradores das salas de vacinas analisadas possuíam capacidade igual ou superior a 280 litros. As salas de vacinas à nível local deve ter refrigeradores do tipo doméstico com capacidade mínima de 280 litros pois garantem a manutenção da temperatura interna dentro dos parâmetros ideais por um período maior, caso ocorra algum problema na fonte de energia². Foi verificado que em 50% (n=8) das salas de vacinas os refrigeradores estavam expostos a luz solar direta. Sabe-se que a proximidade com fontes de calor influencia o sistema de refrigeração e, conseqüentemente, a manutenção adequada da temperatura da geladeira. Algumas vacinas são sensíveis à exposição à luz, portanto, quando incidida diretamente no refrigerador, além de risco à imunogenicidade, influencia na manutenção da temperatura da geladeira³. Também é necessário manter os refrigeradores a uma distância mínima de 20 cm da parede, para permitir a circulação de ar pelo motor do equipamento, prevenindo danos e proporcionando uma maior eficácia na refrigeração³. Em apenas 43,8% (n=7) das salas de vacinas os refrigeradores estavam distante 20 cm da parede e em 31,3% (n=05) das salas, os refrigeradores estavam próximos à computadores, os quais foram considerados como fonte de calor devido à sua capacidade de superaquecimento. Nas salas de vacinas analisadas, o degelo e a limpeza eram realizados de acordo com as normas do PNI em apenas 56,2% (n=9), sendo que 25% (n=4) dos entrevistados não descreveram corretamente os procedimentos para degelo e limpeza do refrigerador. De acordo com a última recomendação do PNI para os refrigeradores domésticos, os imunobiológicos devem ser organizados por tipo (viral ou bacteriano) e acondicionados nas 2ª e 3ª prateleiras, colocando-se na frente os produtos com prazo de validade mais curto para que sejam utilizados antes dos demais¹. Os imunobiológicos estavam organizados conforme esta recomendação em 56,3% (n=9) dos refrigeradores, ou seja, as salas de vacinas analisadas ainda estavam em processo de adaptação às novas recomendações do PNI quanto a organização interna dos refrigeradores. Os imunobiológicos estavam organizados por tipo, lote e validade em apenas 43,8% (n=7) dos refrigeradores e em apenas 31,3% (n=5) eram mantidas distância entre os imunobiológicos e as paredes das geladeiras. A informação “NÃO DESLIGAR” na caixa de distribuição elétrica da sala de vacinação deve ser colocar a fim de prevenir que a fonte de energia seja suspensa nestas salas através do desligamento acidental de seu disjuntor². Essa informação estava disposta em apenas 6,2% (n=1) das salas de vacinas. Em nenhuma sala de vacina existia um programa de manutenção preventiva, sendo disponível em todas as salas de vacinas (100%) apenas um programa de manutenção corretiva. Em comparação aos resultados encontrados, em uma revisão integrativa sobre a Rede de Frio nas unidades públicas do sistema de saúde brasileiro foram apontados vários

entraves relacionados à conservação de vacinas, como o posicionamento incorreto das vacinas no interior do refrigerador; a não exclusividade do refrigerador; degelo e limpeza fora das normas preconizadas pelo PNI, entre outros. Esta revisão também apontou para a ausência de supervisão do enfermeiro e para a falta de capacitação da equipe de enfermagem em sala de vacina⁴. Uma outra revisão integrativa que analisou os estudos relacionados ao congelamento acidental de vacinas da Rede de Frio em todo o mundo foi destacado que a exposição de vacinas à temperaturas de congelamento é generalizada, ocorrendo tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, assim como dentro de ambos os segmentos de armazenagem e transporte da cadeia de frio⁵. **Conclusão:** Torna-se cada vez mais essencial a prevenção de perdas de imunológicos devido às falhas na rede de frio, pois evita gastos financeiros desnecessários e garante que a população alvo receba vacinação efetiva. Para que isso ocorra de fato, deve-se priorizar a educação permanente dos recursos humanos no contexto da Rede de Frio, a monitorização e avaliação do processo de trabalho e novos estudos na área^{4,5}.

Descritores: Enfermagem; Vacinação; Refrigeração; Programas de Imunização.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 176 p
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual de Rede de Frios. Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 115 p
3. Queiroz SA, Moura ERF, Nogueira PSF, Oliveira NC, Pereira MMQ. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. Rev. 2009. out./dez.; 10(4): 126-145.
4. Oliveira VC, Guimarães EAA, Cavalcante RB, Gallardo PS, Pinto IC. Conservação de vacina em unidades públicas de saúde: uma revisão integrativa. Revista de Enfermagem Referencia. 2013; 3(9):45-54.
5. Matthias DM, Robertson J, Garrison MM, Newland S, Nelson C. Freezing temperatures in the vaccine cold chain: A systematic literature review. Vaccine. 2007; 25(20):3980-6.

IMPLICAÇÕES DA EDUCAÇÃO PERMANENTE NO CONTEXTO DA SAÚDE DA FAMÍLIA SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS

Amaral, Vanessa Souza
Caetano, Maria Goreth Lourenço
Oliveira, Deíse Moura de
Amaro, Marilane de Oliveira Fani³
Jesus, Mariana Véio Nery de

Introdução: As diretrizes curriculares para a formação dos profissionais de saúde, incluindo as da Enfermagem, apontam a educação permanente (EP) como requisito importante para o exercício da prática profissional comprometida com as reais necessidades de saúde da população, possibilitando ao enfermeiro o desenvolvimento do processo de mudança das práticas, com vistas à qualificação profissional.⁽¹⁾ O desafio da (EP) é ainda maior no contexto da Estratégia Saúde da Família, uma vez que a reorientação do modelo assistencial prediz uma implicação dos profissionais de saúde com os micro- processos do trabalho em saúde, configurando a educação permanente como uma ferramenta mediadora das mudanças vislumbradas na prática.⁽²⁾ **Objetivo:** conhecer a contribuição que a (EP) confere ao cotidiano profissional dos enfermeiros da saúde da família e explicitar as perspectivas vislumbradas por eles a partir da incorporação da educação permanente neste contexto de cuidado à saúde. **Metodologia:** o estudo ora apresentado constitui parte de uma investigação ampla, que analisou também os significados atribuídos à Educação Permanente por parte de enfermeiros da saúde da família. Pesquisa de natureza qualitativa, que trabalha o universo de crenças, valores e atitudes dos sujeitos inseridos em uma dada realidade social, onde se inscrevem os fenômenos humanos. O estudo teve como cenário a Atenção Primária à Saúde de um município da Zona da Mata, Minas Gerais. Este conta atualmente com 18 equipes de saúde da família, que atuam em 15 unidades de Saúde da Família. A cidade conta com um projeto de educação permanente na Atenção Primária à Saúde, coordenado por docentes de enfermagem de uma universidade pública, do qual participam os depoentes desta pesquisa. A coleta de dados foi realizada no período de março a maio de 2015, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas, com perguntas discursivas que permitiam ao enfermeiro trazer o contexto de suas experiências e expectativas relacionadas à (EP) na Estratégia Saúde da Família. Inicialmente foram realizadas criteriosas leituras de cada depoimento na íntegra, com vistas à identificação e apreensão inicial do sentido global do contexto de experiências e expectativas do enfermeiro, no tocante à (EP). Num segundo momento

foi realizado a releitura das transcrições, com o objetivo de identificar locuções de efeito que expressem aspectos significativos da compreensão do vivido, inscrito nos depoimentos dos sujeitos. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin composta pelas etapas de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação.⁽³⁾ De acordo com os objetivos do estudo foram definidos os trechos significativos para a posterior elaboração das categorias, constructo que revelou a convergência de sentidos emergentes a partir dos depoimentos dos participantes. A interpretação dos resultados se deu pautada no conteúdo subjacente manifestado na fala dos depoentes e à luz da literatura pertinente à temática. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, conforme o Parecer nº 909.717, de 09 de dezembro de 2014.

Resultados e discussões: O recorte do estudo ora apresentado permitiu a emergência de duas categorias temáticas: “A importância atribuída à Educação Permanente” e “Vislumbrando desdobramentos por meio da educação permanente”. Os enfermeiros entrevistados esboçaram reflexos já percebidos em suas práticas, em função do envolvimento no processo de Educação Permanente. Estes referem-se tanto aos produzidos para si quanto para a equipe/cotidiano de trabalho. Quanto aos aspectos relacionados a si, ficou evidente que a educação permanente é percebida pelos participantes como uma ferramenta que lhes capacita para a prática na saúde da família, na medida em que atende à necessidade de reciclagem contínua do profissional, evidenciando-se uma aproximação conceitual com a proposta da educação continuada. Já com relação à equipe afirmam que a educação permanente auxilia na identificação e enfrentamento das situações cotidianas do trabalho em saúde, ajudando-os a organizar melhor o processo de trabalho. Foi também evidenciado pelos depoentes que a (EP) lhes permite a experiência da troca de experiências com outros profissionais da equipe, além de viabilizar desdobramentos para a melhoria da assistência aos usuários do sistema de saúde. Esta qualificação do cuidado, presente no discurso de alguns enfermeiros, remete ao fato de a (EP) possibilitar a tríade ação-reflexão-ação, fazendo com que repensem suas práticas e, a partir disso, retornem para elas modificados. Há que se ressaltar que ao colocarem na pauta o que vislumbram com esta prática a maioria dos enfermeiros utiliza como perspectiva de análise o Projeto de Educação Permanente que participam na universidade pública do município onde o estudo fora realizado. Neste sentido, pontuam expectativas que ampliem o oferecimento de oportunidades para se qualificarem para o contexto em que atuam. Isso denota que tal processo educativo ainda persiste no imaginário como uma prática externa ao processo de trabalho em saúde, mediada por instituições que apoiam – por meio de cursos, oficinas, entre outros – os trabalhadores de saúde a experienciarem os desafios inscritos no cotidiano das

práticas de saúde. **Conclusão:** partindo-se do pressuposto de que a educação permanente não depende de espaço institucional, mas sim do próprio espaço do trabalho como um cenário de problematização e transformação das práticas de saúde, apreende-se que ainda há que se avançar em direção ao seu propósito, posto enquanto política no contexto do Sistema Único de Saúde. Por outro lado, o estudo também mostrou que a educação permanente, enquanto processo educativo tem despertado os profissionais de saúde – aqui demarcando o enfermeiro – a repensar suas ações cotidianas e a propor mudanças que culminem na qualificação do profissional e da assistência ao usuário. Os achados remetem a necessidade de que a lógica da (EP) seja efetivada enquanto política inscrita no processo de trabalho em saúde. Promove ainda um despertar para os enfermeiros que atuam no ensino e no serviço, quanto à importância de investir na educação permanente no processo de formação e nas práticas de saúde. Para os gestores, espera-se que este estudo sinalize aspectos que merecem atenção e investimento de esforços no incentivo e implementação da educação permanente, de modo a responder às necessidades de qualificação das práticas de saúde no contexto da saúde da família.

Descritores: Enfermagem; Educação Continuada; Saúde da Família.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara Nacional de Educação. Resolução CNE/CES, n.3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
2. Pires MRGM. Limites e possibilidades do trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família: em busca da autonomia. Rev Esc Enferm USP. 2011; 45 (2):1710-5.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2011.

ÁREA TEMÁTICA 2
IDENTIDADE PROFISSIONAL

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: CONTRADIÇÕES E DESAFIOS

Nascimento, Gisele Roberta¹

Silva, Eunice Ferreira da²

Caçador, Beatriz Santana³

Brito, Maria José Menezes⁴

Einloft, Ariadne Barbosa do Nascimento⁵

Santos, Ana Paula Mendes dos⁶

Souza, Ramon Augusto Ferreira de⁷

Santos, Willians Guilherme dos²

Introdução: A Saúde da Família baseia-se no trabalho em equipe multiprofissional que assume responsabilidade sanitária por um território delimitado por base populacional e construção de vínculos com a população para produção do cuidado. Em meio ao desafio de se transformar o agir em saúde a partir de uma reconfiguração das práticas profissionais e do processo de trabalho em saúde, destaca-se a prática profissional do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Escolher como categoria de análise o processo de construção da prática profissional do ACS se deve à posição singular e também contraditória que este ator ocupa no processo de trabalho em saúde. Assim, o paradoxo que permeia o agir profissional do ACS consiste em ser membro da comunidade onde atua, sofrendo das carências e vulnerabilidades que afetam a comunidade, ao mesmo tempo, que é membro da classe trabalhadora sofrendo todas as precariedades estruturais que permeiam o serviço público de saúde no país. **Objetivo:** Compreender a visão do ACS sobre sua prática profissional. **Metodologia:** No estudo, uma pesquisa de natureza qualitativa, os sujeitos foram 14 ACS's que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF) em um município do interior de Minas Gerais. O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, sob o parecer número 44143615.2.0000.5153. Aos participantes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE). Para a coleta de dados, foi realizada entrevista com roteiro semiestruturado, durante o mês de julho de 2015. Os dados foram transcritos na íntegra e analisados por meio da

¹ Enfermeira. Residente em Neonatologia no Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte, MG, Brasil.

² Acadêmica de Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa. Email: eunice.f.silva@ufv.br

³ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Professora Auxiliar I do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁴ Enfermeira. Pós-doutorada pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora Associada II da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

⁵ Nutricionista. Mestre em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa, MG, Brasil.

⁶ Enfermeira formada pela Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

⁷ Enfermeiro. Residente em Saúde Mental na Universidade Federal de Juiz de Fora, MG, Brasil.

técnica de Análise de Conteúdo proposto por Bardin¹. **Resultados e discussão:** O perfil dos sujeitos da pesquisa foram 13 mulheres e 1 homem evidenciando uma importante questão de gênero na composição da categoria profissional do ACS. A faixa etária dos sujeitos variou de 27 a 56 anos, com média de 36 anos, sendo pertinente ao preconizado pelo Ministério da Saúde²: Para ser ACS é preciso ter, no mínimo, 18 anos, não sendo estabelecido limite máximo de idade. As entrevistas foram numeradas de acordo com a realização das mesmas, sendo os sujeitos identificados pelas letras “ACS” seguida por numeração na ordem da entrevista. Diante da análise temática emergiram 3 categorias de análise que são elas: A prática profissional do Agente Comunitário de Saúde: entre o prescrito e o real: O Ministério da Saúde³ preconiza as atribuições dos profissionais da equipe de saúde da família cabendo ao ACS realizar a adscrição e cadastramento das famílias de sua micro área, mantendo os dados atualizados. Compete ainda ao ACS realizar visitas domiciliares, sendo o mínimo uma vez por mês a cada família, estabelecendo vínculos com as mesmas. Porém, sob a lógica da equidade, aquelas famílias que possuem maior vulnerabilidade devem ser acompanhadas com mais frequência. O ACS também precisa desenvolver práticas de promoção da saúde e de prevenção de danos e agravos à saúde. Ademais, devem desenvolver a integração entre a equipe de saúde e a comunidade e ainda realizar educação em saúde. Partindo desse pressuposto, as falas dos participantes da pesquisa revelam coerência entre a percepção sobre seu papel profissional e as atribuições previstas pela política de saúde brasileira. No que diz respeito ao distanciamento entre as atribuições preconizadas e a prática realizada pelo ACS, foi possível perceber que o desenho organizacional fortalece esse distanciamento ao deliberar como função do ACS práticas que não são de sua competência profissional e cujo objetivo é suprir lacunas do sistema. Ademais, apesar de todas as dificuldades, os ACS's deste estudo revelam conhecimento de suas atribuições e reconhecimento da necessidade de incorporar novos modos de fazer saúde, orientados pelas tecnologias leves de cuidado. ACS: os laços de identificação: A prática profissional permite refletir sobre os laços de identificação que o profissional estabelece com seu trabalho, e também, sua identificação organizacional. Esta é um alicerce para o pertencimento do indivíduo ao seu trabalho e para a construção de sua identidade profissional, segundo Pagés (1987) apud Alves (2007)⁴. Assim, no contexto da prática profissional dos ACS's deste estudo, foi possível perceber a presença de laços afetivos e ideológicos, materiais-econômicos e profissionais. Há que se ressaltar que o estabelecimento de vínculos organizacionais não garante, necessariamente, que os objetivos sejam sempre alcançados. O desafio da formação do Agente Comunitário de Saúde: a gente aprende na marra: Muitos são os debates em torno do perfil e competência profissional do ACS, mas não há consenso na literatura no que tange a

uma delimitação clara e efetiva do escopo de sua prática. O que existe é uma referência explícita ao ACS como sendo o protagonista de um novo perfil profissional na saúde. Entretanto, não há uma especificação delimitada do que seria esse novo perfil e essa nova prática. O consenso transita em torno do reconhecimento da singularidade fundamental do ACS: ser alguém que habita, vive e constrói sua existência na comunidade onde trabalha. Também é consenso o fato de que o papel fundamental do ACS consiste em ser o elo entre a comunidade e o sistema de saúde⁵. Com isso, a mudança do modelo de assistência à saúde prescinde da transformação das práticas profissionais e estas estão diretamente vinculadas aos processos formativos, os quais precisam ser coerentes com a nova lógica que fundamenta o saber e o fazer em saúde na contemporaneidade. **Conclusão:** O estudo permitiu compreender a percepção dos ACS's sobre sua prática profissional, evidenciando as contradições e os desafios desse fazer. Podemos inferir que, embora seja preconizada pelo Ministério da Saúde, sofre influências do contexto local sendo reconfigurada por meio dos arranjos organizacionais de cada município. Os ACS's deste estudo compreendem as atribuições que lhes são previstas pela política de saúde, mas não encontram condições para efetivá-las no cotidiano dos serviços. As fragilidades estruturais do sistema de saúde acabam por provocar desvios na prática profissional do ACS. O desafio de transformar o modelo de atenção à saúde perpassa a reconfiguração das práticas dos profissionais de saúde. Sendo o ACS, o trabalhador que no âmbito do sistema de saúde se encontra mais próximo da comunidade, acredita-se que qualificar sua prática e viabilizar condições de seu exercício profissional constitui estratégia importante para o fortalecimento da ESF e a consolidação do SUS.

Descritores: Enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde; Prática Profissional.

Referências:

1. Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2011.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Alves M, Brito MJ, De Mattos Penna, CM, Matos Menezes, AC. A Identificação dos Gerentes com o Trabalho em uma Unidade Básica de Saúde de Belo Horizonte: Realidade ou Utopia? Revista Electronica Semestral de Enfermaria. 2011; n 11.
5. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um super-herói. Interface Comunic, Saúde, Educ. 2012; 6 (10): 75-94.

SER AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE: SIGNIFICADOS EXPRESSOS POR MEIO DO GIBI

Toledo, Marileila Marques¹

Souza, Camila Ribeiro²

Nascimento, Gisele Roberta¹

Souza, Ramon Augusto Ferreira de ¹

Mendes, Ana Paula¹

Caçador, Beatriz Santana³

Brito, Maria José Menezes⁴

Einloft, Ariadne⁵

Introdução: A Estratégia Saúde da Família (ESF) incorpora e reafirma os princípios SUS e constitui-se como o principal dispositivo de reorientação do modelo de atenção à saúde no Brasil. Na ESF, o ACS é o trabalhador de destaque nessa proposta de atenção, por ser um morador da comunidade que desenvolve sua prática em área geograficamente delimitada, configurando-se como elo entre comunidade e equipe de saúde¹. Assim, o ACS assume uma posição conflituosa e, muitas vezes, complexa, pois é morador da comunidade em que trabalha e integrante da equipe de saúde. Muito mais que ampliar o acesso de populações marginalizadas aos serviços de saúde, a ESF deve ser entendida como política estruturante que visa reorganizar a forma como a saúde é produzida no Brasil². Assim, é no enfrentamento direto com o mundo do trabalho que o “ser agente comunitário de saúde” vai ganhando contornos, sua prática vai sendo reconstruída, seus saberes ressignificados e sua identidade vai sendo reconfigurada. Nesse contexto, tem-se como prerrogativa que a realidade se constrói dentro da totalidade social e as percepções dos sujeitos, embora pertençam à esfera individual, encontram-se vinculadas à sua inscrição social³. Assim, os significados que os sujeitos constroem sobre sua vida e aos aspectos que a ela pertencem, guardam uma dimensão simbólica e também material, pois o modo de pensar influencia os modos de agir dos sujeitos ao mesmo tempo em que por eles são reconfigurados⁴. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo compreender os significados sobre ser Agente Comunitário de Saúde, a partir do gibi. **Metodologia:** Estudo qualitativo com o objetivo de compreender o cotidiano de ACS do município de Viçosa, MG, na perspectiva dos próprios ACS. A coleta de dados foi feita através da técnica do gibi. Foram sujeitos da

1 Enfermeiros formados pela Universidade Federal de Viçosa.

2 Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: camilarsss@hotmail.com

3 Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

4 Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

5 Nutricionista e pesquisadora da Universidade Federal de Viçosa.

pesquisa 14 ACS, sendo um representante de cada unidade de saúde da família, no período de julho de 2015. Uma edição da revista Turma da Mônica foi escolhida de forma aleatória e prévia pelo pesquisador. Mediante a técnica do gibi, os sujeitos elegeram uma figura que representasse o significado de ser agente comunitário de saúde. Em seguida, foi solicitado que explicassem a razão pela qual elegeram a figura. A explicação feita pelo sujeito foi gravada e transcrita na íntegra. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo, proposta por Laurence Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa, a fim de respeitar os princípios éticos da pesquisa, em conformidade com a Resolução Conselho Nacional de Saúde 466/12. **Resultados e discussões:** Os significados que os ACS atribuem à sua profissão revelam as construções subjetivas que elaboram a partir de seu cotidiano de trabalho, das relações vivenciadas e de sua prática profissional. Evidenciam ainda sentimentos ambíguos de prazer e sofrimento. De acordo com o relato dos ACS, esses significados foram divididos em quatro categorias. A categoria "*Ser Anjo*" evidencia o significado de proteção que os ACS atribuem ao seu fazer na comunidade, reconhecem-se nessa representação e acreditam que a comunidade os percebe igualmente dessa forma. É possível identificar que os ACS atribuem à sua prática o significado de *ser super-herói*, tanto pelo fato de terem que enfrentar desafios dentro da unidade de saúde quanto na comunidade. A ideia de *super-herói*, abordada na categoria "*Super Herói*" também entendida como a necessidade de o ACS ser forte para superar as adversidades, serem reconhecidos como a principal referência da comunidade na busca da resolução de seus problemas. A categoria "*Ser Mágico*", evidenciando a disponibilidade integral que o ACS dedica à comunidade, independente de ser no horário extra ao trabalho, demonstrando que o agente é referência para a população adscrita, apesar de revelar a dificuldade de residir e trabalhar no mesmo bairro, uma vez que não há separação do tempo do trabalho do não trabalho. Esse significado também está relacionado ao fato de o ACS ser o profissional mais próximo da comunidade e por esta razão conhece com mais detalhes suas necessidades de saúde e busca resolutividade. A categoria "*Ser Carteiro*" pode ser entendido como uma significação do papel de elo que o ACS faz entre a comunidade e o serviço de saúde, sendo representação de sua prática profissional cotidiana de levar notícias e informações, sejam elas boas ou ruins. **Conclusão:** A técnica do gibi revelou-se como recurso metodológico importante para a presente investigação e poderá encorajar estudos futuros, pois permitiu a expressão de subjetividade, essencial na pesquisa qualitativa. Neste estudo, as metáforas apresentadas pelos ACS trouxeram significados que auxiliam na compreensão da realidade enquanto uma produção histórica e social,

passível de ressignificações. Os ACS reconheceram-se como *anjo da guarda*, considerando-se e responsáveis por proteger e solucionar os problemas da comunidade, experimentam sentimentos de angústia por não conseguir atender às demandas da população que os percebe como *super-heróis* empoderados para resolver suas necessidades de saúde. O ACS não é e não deve ser um *super-herói*, uma vez que suas atribuições devem ser claramente estabelecidas, seja como profissional ou membro de uma equipe de saúde. O ACS deve contribuir para o processo de transformação social, mas precisa entender que isto demanda esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos. Neste sentido, ele não pode sentir-se a “mola propulsora da consolidação do SUS”, pois outros fatores estão envolvidos, tais como fatores técnicos, políticos, sociais e o envolvimento de diferentes sujeitos, além do ACS. Ademais, residir na mesma comunidade que os usuários cria laços de confiança, mas também as dificuldades de ser agente, pois há uma invasão do tempo do não trabalho. A comunidade cria expectativas com relação à prática do ACS. Este, por sua vez, confere ao seu fazer o significado de *ser mágico* para ser capaz de tamanha resolutividade no contexto caótico do sistema de saúde brasileiro. Há, pois, uma relação paradoxal entre uma comunidade que deposita nas costas do ACS a competência de resolver seus problemas de saúde e as fragilidades estruturais do sistema público de saúde. Essa contradição sustenta o significado de *ser mágico* atribuído pelo ACS ao seu fazer cotidiano. Vale ressaltar que assumir práticas, como entrega de consultas, receitas e medicações que não pertencem ao rol de atividades que lhes são preconizadas cria as representações de *ser carteiro*. Por fim, embora sendo a maioria dos sujeitos do sexo feminino, as metáforas reveladas são masculinas, fato este que poderá subsidiar estudos futuros.

Descritores: Enfermagem; Agente Comunitário de Saúde; História em Quadrinhos.

Referências:

1. Jardim TDA, Lancman S. Aspectos subjetivos do morar e trabalhar na mesma comunidade: a realidade vivenciada pelo agente comunitário de saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2009; 13:123-35.
2. Tomaz JBC. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface Comun Saúde Educ*. 2002; 6 (10):75-94.
3. Arruda Â. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. *Cadernos de pesquisa*. 2002;117 (127):127-47.
4. Gazzinelli MFC, Marques RDC, Oliveira DCD, Amorim MMA, Araújo EGD. Representações sociais da educação em saúde pelos profissionais da equipe de saúde da família. *Trabalho, Educação e Saúde*. 2013; 11: 553-71.

A MOTIVAÇÃO NO CONTEXTO DO TRABALHO: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE OFICINA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Santos, Willians Guilherme dos¹

Faria, Michelly de Sousa¹

Silva, Eunice Ferreira da¹

Souza, Silas Teixeira¹

Souza, Camila Ribeiro de¹

Santiago, Anna Clara¹

Caneschi, Juliana¹

Caçador, Beatriz Santana²

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume lugar privilegiado para operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como efetivação dos programas de promoção da saúde e prevenção de agravos, constituindo elo fundamental entre serviço e comunidade. Em face à necessidade de transformar esta realidade, destaca-se a importância da Educação Permanente (EP), pois, é um dispositivo capaz de transformar o agir profissional e responder positivamente aos desafios colocados pela nova política social de saúde¹. Neste sentido, o projeto de extensão intitulado “O Agente Comunitário de Saúde: (re) Construindo Práticas e Saberes por meio da Educação Permanente”, realiza oficinas mensais, tendo como público alvo os ACSs do município de Viçosa (MG). Os temas das oficinas são eleitos pelos dos ACSs. Nesta perspectiva, duas oficinas tiveram como tema central a Motivação Pessoal. A motivação é entendida como fatores que impulsionam as pessoas a fazerem algo que visam o crescimento e desenvolvimento pessoal e organizacional².

Objetivo: Apresentar um relato de experiência de estudantes de enfermagem no preparo e desenvolvimento de duas oficinas com o tema “Como buscar sua motivação”.

Metodologia: Trata-se de um relato de experiência. Ocorreram duas oficinas para retratar o tema motivação. A primeira ocorreu no dia 25/11/2015 e contou com a participação de 43 ACSs. Para o encontro, convidou-se um professor do Departamento de Administração e Contabilidade da UFV, a quem tem experiência em conduzir oficinas motivacionais. O segundo encontro, realizado em 31/03/2016, convidou-se um *coaching expertise* em despertar a motivação pessoal e 26 ACSs estiveram presentes. Os facilitadores adotaram o método de exposição dialogada do tema utilizando o Datashow.

¹ Discentes de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. E-mail: michelly.faria@ufv.br

² Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

Nas duas oficinas, houve interação dos facilitadores com os ACS's, que eram instigados a refletirem sobre sua motivação no contexto do trabalho e estratégias de enfrentamento foram problematizadas. Cada oficina teve a duração de, em média, 100 minutos. Importa destacar que a organização prévia das oficinas sustenta-se em encontros semanais dos membros da atividade extensionista. Assim, para realização das oficinas de motivação, foram realizados previamente três encontros entre membros do projeto. Na oportunidade, foram preparados os materiais necessários bem como procedeu-se a aquisição dos insumos a serem utilizados nas oficinas. As oficinas ocorreram no auditório do Instituto Municipal de Assistência aos Servidores de Viçosa e os ACSs tiveram autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Viçosa para participarem das oficinas durante o expediente de trabalho, evidenciando a parceria do projeto de extensão com a gestão municipal. **Resultados:** As oficinas de motivação proporcionaram debate e também auto avaliação entre os ACS a respeito de sua percepção sobre si no trabalho bem como sobre onde estão e onde querem chegar, sobre as suas escolhas perante determinado projeto de vida, sobre os seus valores referente à efetivação de ações de cunho individual e coletivo, além de viabilizar uma discussão construtiva sobre o papel desses profissionais e sua importância no âmbito da saúde e do campo social. Além disso, houve o fortalecimento da autoestima dos ACS e conscientização para a busca de relacionamentos interpessoais saudáveis, evidenciando a prática do trabalho desses profissionais, similarmente à compreensão da relevância do trabalho emocional e psicológico para a superação de obstáculos e a conquista de resultados esperados. **Discussão:** A abordagem sobre motivação possibilita aos ACS's desenvolver um processo de reflexão sobre os laços que os conectam ao trabalho e os significados desse em sua vida. Segundo Bezerra² *“motivação é uma força, uma energia que nos impulsiona na direção de alguma coisa que nasce de nossas necessidades interiores”*. A partir dessa autorreflexão, foi possível mobilizar estratégias de fortalecimento de auto estima desses profissionais as quais refletem diretamente em sua prática profissional. O debate sobre motivação perpassa o reconhecimento de si no trabalho e também o reconhecimento que nos é atribuído pelo outro. Nesse sentido, no âmbito do SUS, é essencial que o trabalhador perceba sua importância para o sistema, e não sinta-se apenas como um trabalhador assalariado que presta serviços em troca de dinheiro, pois no momento em que o funcionário passa a ter essa visão da empresa em relação a ele, o processo de motivação não terá mais sentido³. Do mesmo modo, é fundamental o reconhecimento desse profissional por parte dos colegas de trabalho e da população. Com reconhecimento, os trabalhadores motivados realizam o trabalho com prazer, aumentando seu conhecimento e desmembrando a ideia de obrigação. Durante a oficina os ACS expressaram aspectos que os motivam e também aqueles

que fragilizam sua força de desejo para permanecer no trabalho. A forma, ora magoada, ora agressiva e por vezes resignada com que os ACS's retratam a relação entre seu contexto de trabalho e sua motivação, reforça a importância de se estabelecer um diálogo com a gestão municipal no sentido de evidenciar a relação entre aspectos subjetivos, motivação e processo de trabalho. Assim, a temática da motivação precisa ser, sobretudo, constantemente estimulada pelas empresas, sendo essencial a renovação do esforço para encontrar novas vias de compreensão desse importante fenômeno motivacional, determinante do comportamento humano na situação de trabalho⁴. **Conclusão:** A oficina sobre motivação atingiu seu objetivo de proporcionar auto reflexão e reflexão sobre a autoimagem do profissional ACS. Abordar aspectos subjetivos no processo de educação permanente, sobretudo no que tange ao autoconhecimento, tem como potencial mobilizar os sujeitos para conhecerem melhor suas habilidades e competências, identificarem aquelas que ainda precisam ser desenvolvidas, reconhecerem seus talentos e desenvolver estratégias de enfrentamento para lidarem com as adversidades presentes no cotidiano dos serviços de saúde, preservando sua integridade e fortalecendo sua identidade.

Descritores: Enfermagem; Saúde da Família; Agentes Comunitários de Saúde; Educação Continuada.

Referências:

1. Souza RAF *et al.* O Agente Comunitário de Saúde: (re) construindo práticas e saberes por meio da educação permanente. V Anais da Mostra Científica de Enfermagem, Viçosa – MG. 2014; 5.
2. Bezerra FD *et al.* Motivação da equipe e estratégias motivacionais adotadas pelo enfermeiro. 2010. Rev. bras. Enferm: 63(1):33-37.
3. Dias V, Stocco JP. Motivação no ambiente de trabalho: Um estudo em uma instituição de ensino superior. Secretariado Executivo em Revista. 2006.
4. Nakamura CC *et al.* Motivação no Trabalho. Revista de Ciências Empresariais. 2005; 2(1): 20-25.

ÁREA TEMÁTICA 3
PRODUÇÃO E SOCIALIZAÇÃO DO
CONHECIMENTO

DOENÇA E ESTIGMA: A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA AIDS

Paula, Thayane Fraga de¹

Gomide, Ana Paula Sena²

Lana, Vanessa³

Introdução: A presente comunicação faz parte de uma série de estudos que vem sendo desenvolvidos para o trabalho de conclusão de curso em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. **Objetivo:** analisar a construção social da AIDS durante a década de 80, utilizando o contexto norte-americano como referência, através da análise de filmes sobre o tema. Os filmes que serão analisados são: *The normal Heart*, produzido nos EUA em 2014; *Philadelphia*, produzido nos EUA em 1993. Nossa pesquisa é norteadada pelo conceito de “enquadramento da doença”, baseado nas discussões de Charles Rosenberg ⁽¹⁾, que entende a doença enquanto um fato social e não somente em seu aspecto biológico. Desse modo buscaremos discutir como nos filmes o contexto social ressignifica a forma como se percebe a doença, seus portadores e as relações interpessoais daquele indivíduo em sociedade. O entendimento do conceito de “enquadramento” nos possibilita pensar como acontecem as articulações de conhecimento e práticas sobre a AIDS pelo governo e pelas ONGs. A busca por explicações mais concretas acerca da doença, e a mobilização das ONGs em favor de uma “biologização” da mesma, foram imprescindíveis para o início de um discurso acerca da enfermidade em si, voltado para prevenção, controle e tratamento. Desse modo, torna-se interessante problematizar e analisar a questão da AIDS a partir da perspectiva de “enquadramento da doença” que revela valores e posturas expressos em um determinado contexto social. A “construção” ou categorização de uma doença passa por além do diagnóstico da mesma. É necessária também a sua aceitação social, que é fruto de um consenso coletivo¹. Ademais a doença nos possibilita o entendimento acerca das estruturas sociais e suas transmutações, processos de construção identitários individuais e coletivos e constituição do saber e disciplinas². Toda sociedade necessita que a doença tenha um sentido, fazendo com que desse modo possamos observar e compreender as expressões de determinado meio social². Antes de compreender a doença como fenômeno social, deve-se primeiro nomeá-la e classificá-la, e esse processo, segundo Ives Mauro³, cada vez mais central para a sociedade e a medicina. A AIDS após sua descoberta passou a ser carregada de significados

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa. Email: thayanefraga23@gmail.com

²Doutoranda em História Social pela Universidade Federal de Minas Gerais.

³Professora do Departamento de História da Universidade Federal de Viçosa. Doutora em História das Ciências pela Fundação Oswaldo Cruz.

estigmatizantes, e seus portadores eram reconhecidos como sujeitos que possuíam uma conduta de perversão à “conduta social correta”. Em consonância com isso Sontag afirma que quando ocorreram as primeiras identificações de casos da doença, ser identificado com AIDS significava automaticamente fazer parte de um “grupo de risco” e ser colocado em uma condição estigmatizante de homossexualidade³. Como a doença a priori era detectada principalmente em homens homossexuais, a AIDS chegou a receber o nome de “peste gay” ou “câncer gay”. **Metodologia:** Para tal objetivo utilizaremos como metodologia a perspectiva dos filmes como fonte histórica, utilizando a perspectiva de Marc Ferro que afirma que o cinema deve ser observado enquanto uma construção histórica. Para Ferro, nesta construção existe o que ele chama de “*realidade não-visível*”, e também os *lapsos*, que nos levariam a uma realidade oculta⁽⁴⁾. Segundo Ferro, o filme deve ser analisado como um produto que não possui significações meramente cinematográficas. A análise do filme deve se basear na relação do mesmo com a sociedade que o produz/consome, associando entre si realização, audiência, financiamento e ação do Estado, ou seja, deve ser analisado todo seu contexto extra-cinematográfico – produção, censura formas de comercialização, dentre outros – juntamente com sua especificidade cinematográficas⁴. **Resultados e Discussões:** Baseado em análises iniciais, foi possível destacar alguns aspectos que chamam atenção nessas tramas. A priori, o fato da AIDS ser associada aos homossexuais como um “merecimento” ou como algo que é procurado por eles. Muitas vezes também assimilada a um castigo “justificável”, obtido por suas práticas sexuais desviantes da conduta social padrão. Isso é bem retratado nos dois filmes, principalmente em *Philadelphia*, quando o protagonista é acusado de maneira explícita a ter procurado a doença, ou seja, responsável por tê-la adquirido. Outro ponto a ser destacado, que é discutido muito bem por Sontag em seus livros é a associação da AIDS a uma condição estigmatizante de homossexualidade³. Notamos isso bem delineado em *The Normal Heart*, quando um dos protagonistas afirma que eles – criadores da ONG que lutava contra AIDS e prestava ajuda aos afetados pela enfermidade – não poderiam fazer tanto “alarde” porque ele tinha um cargo dentro das forças armadas americanas, ou seja, se ele fosse associado à ONG, automaticamente seria colocado como homossexual. Ademais vale destacar mais um aspecto interessante dos filmes analisados que seriam as organizações tanto coletivas quanto individuais para lidar com a doença e o que ela acarreta para os sujeitos, seja se mobilizando para enfrentar a enfermidade, seja individualmente encarando o preconceito. Como bem colocado por Silveira e Nascimento, entender a doença nos possibilita conseqüentemente entender as estruturas sociais, os processos de construção indenitários tanto coletivos, quanto individuais². Em *The Normal Heart*

vemos um grupo a priori pequeno de pessoas – homens homossexuais – que se organizam, criando uma ONG que cobra medidas do governo, e também presta ajuda a outros indivíduos acometidos pela doença. Concomitante a isso, eles tentam arrecadar dinheiro e também gerar mais visibilidade ao movimento e a atual situação da nova doença. Em *Philadelphia* vemos a articulação do advogado, enquanto cidadão americano, provido de direitos, em busca de alcançá-los, quebrando quaisquer tabus a respeito de suas condutas sociais e colocando contra parede um grande escritório de advocacia, cujos sócios eram preconceituosos. **Conclusão:** Por fim, podemos perceber a medida que desenvolvemos este trabalho e após a realização desta primeira análise, que a doença é muito mais que uma simples infecção ou um microrganismo que invade um corpo sadio. Ela é carregada de significados e sentidos tanto para o doente quanto para a sociedade que convive com o mesmo. Entender a doença para além do seu viés biológico, olhando também através do seu viés cultural se faz necessário para que possamos compreender o sujeito em toda sua complexidade e não só como um portador de um vírus. Pensar a doença como um evento social e biológico nos ajuda a desmistificar estigmas e preconceitos que estão atrelados ao universo da AIDS.

Descritores: Doença; AIDS; Estigma Social.

Referências:

1. Rosenberg C. "Introduction: "Framing disease: Illness, society and history", in Rosenberg, C., Golden, J. (editors), Framing Disease - Studies in Cultural History. New Brunswick, RutgersUniversity Press; 1997.
2. Nascimento DR, Carvalho DM (orgs). Uma história brasileira das doenças. Brasília: Paralelo 15; 2004.
3. Mauro I. A doença nos filmes de Pedro Almodóvar. Um estudo de caso: tudo sobre minha mãe. 2006; Revista esboços,16.
4. Sontag S. AIDS e suas metáforas. Tradução Paulo Henrique Britto. São Paulo: Companhia das Letras; 1989.
5. Ferro M. Cinema e História. Tradução: Flávia Nascimento. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1992.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E PREVENÇÃO DO CÂNCER: INTERFACES ENTRE A PRÁXIS E OS CONSENSOS PRECONIZADOS PARA RASTREAMENTO

Dutra, Cynara Christine Ferreira¹

Ferreira, Emanuely dos Santos²

Sant'Ana, Jéssica Cristini Pires³

Ribeiro, Luciane⁴

Sá, Flávia Batista Barbosa de⁴

Toledo, Luana Vieira⁴

Mendonça, Erica Toledo de⁴

Introdução: O impacto global do câncer, em aproximadamente 30 anos, mais que duplicou nos países de médio e baixo desenvolvimento. No Brasil, a estimativa para os anos de 2016-2017 aponta a ocorrência de 600 mil casos novos, sendo os mais incidentes os cânceres de próstata (61 mil) em homens e mama (58 mil) e em mulheres¹. Neste contexto, as ações de prevenção desenvolvidas pelas equipes multiprofissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) atuantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), com destaque para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), evidenciam o papel estratégico deste nível de atenção para a prevenção e controle do câncer². **Objetivo:** avaliar as atitudes dos ACS atuantes nas UAPS frente à prevenção dos cânceres mais incidentes entre homens e mulheres, em um município do interior de Minas Gerais. **Metodologia:** estudo de natureza quantitativa, de caráter descritivo exploratório, realizado nas 15 UAPS do município de Viçosa/MG, durante o período de maio a setembro de 2013. A pesquisa teve como público alvo os ACS integrantes das ESF do referido município, que tivessem, no mínimo, seis meses de atuação como ACS. Foram excluídos os profissionais que se recusaram a participar da pesquisa e aqueles que estavam afastados do cargo. Os dados foram coletados por meio da aplicação de um questionário semiestruturado, que após a coleta, foram codificados, categorizados, digitados e analisados utilizando o programa Excel 2007. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, sob o parecer número 241.942. **Resultados:** dos 90 ACS que estavam atuando no momento da pesquisa, 66% foram entrevistados; desta amostragem, 16% se recusaram a participar do estudo e 18% não compareceram por mais de uma vez às entrevistas

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. Email: cynara.dutra@ufv.br

² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁴ Docentes do Curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

previamente agendadas, sendo excluídos. Quando indagados sobre as ações desenvolvidas para prevenir o câncer de mama, 88% responderam que o único método para a descoberta precoce desta neoplasia era a mamografia, 4% afirmaram ser apenas o exame de ultrassonografia e 8% relataram ambos. Nas respostas predominou a idade maior ou igual a 40 anos (31%) como recomendável para o rastreamento através da mamografia em mulheres assintomáticas; 27% consideraram que a idade recomendada era a partir dos 45 anos; 19% a faixa etária de 50 e 69 anos, 14% entre 45 a 60 anos e 7% para todas as mulheres acima de 35 anos. 2% dos entrevistados afirmou que mulheres acima de 30 anos com histórico de câncer de mama na família devem realizar o exame de mamografia. A maioria dos entrevistados (59%) considerou que a frequência de realização do exame de mamografia é anual, 27% dos sujeitos não se manifestaram e 14% afirmaram que o exame deve ser realizado a cada dois anos após resultados negativos. No que tange às práticas de prevenção do câncer de próstata, 48% dos ACS referiram como método utilizado o exame de PSA; 27% afirmaram ser o toque retal, 10% relataram a ultrassonografia e 3% a colonoscopia. E ainda, 76% da população não soube informar a frequência de recomendação dos exames. Apenas 24% dos entrevistados relatou que o exame deve ser realizado anualmente. Quanto à faixa etária preconizada para o rastreamento do câncer próstata, a maioria dos entrevistados (41%) referiu ser maior ou igual a 40 anos, 8% relataram idade maior ou igual a 50 anos e 5% idade acima de 45 anos e os demais não souberam responder.

Discussão: A maioria dos ACS relatou a importância da realização do rastreamento do câncer e afirmaram que estimulam a população a realizar os exames preventivos. Porém, de uma forma geral, os mesmos demonstraram pouco conhecimento sobre as indicações preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS)³, como os exames mais indicados, idade e frequência de realização. Estudo que avaliou o conhecimento e a atitude dos profissionais de saúde em relação às medidas de prevenção do câncer, tendo como base os consensos do INCA, demonstrou que os tipos de câncer com os quais os entrevistados demonstraram maior preocupação em relação às medidas de rastreamento foram o de colo de útero (75,70%) e o de mama (67,10%)⁴ o que pode ser verificado também neste estudo. No que se concerne ao câncer de mama percebeu-se uma discordância em relação aos métodos de rastreamento referidos pelos ACS dos consensos do INCA, uma vez que nenhum dos entrevistados respondeu corretamente qual a faixa etária e a frequência de realização de mamografia preconizada pelo MS, ou seja, um exame mamográfico pelo menos a cada dois anos para mulheres de 50 a 69 anos³. Em relação à recomendação das medidas de rastreamento para o câncer de próstata, percebeu-se que a maioria apresentou conhecimentos deficientes; cabe ressaltar que as evidências científicas disponíveis e as recomendações da Organização

Mundial da Saúde são conflitantes e insuficientes para tecer recomendações a favor ou contra a adoção do rastreamento para o câncer de próstata em assintomáticos com idade inferior a 75 anos, uma vez que a relação custo-benefício não pode ser determinada³. **Conclusão:** Os resultados deste estudo apontaram que os ACS apresentaram conhecimentos e atitudes deficientes em relação às medidas de rastreamento dos cânceres, uma vez que a maioria das recomendações referidas não estava em conformidade com o preconizado pelo MS/INCA. Verifica-se, a partir dos achados, a necessidade de capacitação dos ACS para atuarem no rastreamento do câncer, no intuito de minimizar a morbimortalidade decorrente das neoplasias.

Descritores: Câncer; Prevenção; Agente Comunitário de Saúde; Enfermagem.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Silva LMC, Fonseca AJ, Ferreira LP, Dalla-Benetta AC, Navarro C. Atitude e Conhecimento de Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre Prevenção e Rastreamento do Câncer. Rev bras cancerol. 2011; 57(4): 525-34.
3. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Primária – Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
4. Tucunduva LTCM et al. Estudo da atitude e do conhecimento dos médicos não oncologistas em relação às medidas de prevenção e rastreamento do câncer. Rev. Assoc. Med. Bras. 2004; 50(3): 62-257.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UM INDIVÍDUO PORTADOR DE LINFOMA: REFLEXÕES SOBRE A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Silva, Amariles Viega¹

Expedito, Adélia Contiliano²

Santos, Willians Guilherme dos²

Mendonça, Érica Toledo de³

Oliveira, Deíse Moura de⁴

Moreira, Tiago Ricardo⁵

Introdução: No Brasil, a procura por respostas aos problemas de saúde faz com que muitas vezes as pessoas peregrinem pelo sistema de saúde. Isso em parte pode ser justificado, uma vez que a busca por cuidados nem sempre ocorre conforme o fluxo de atendimento inscrito na Rede de Atenção à Saúde (RAS) preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS)¹. Nesse sentido, ganha relevância a compreensão do que vem a ser Itinerário Terapêutico (IT), como o processo pelo qual passam as pessoas pela busca por cuidados de saúde, compreendendo as experiências construídas por elas no processo de adoecimento, as quais orientam as escolhas sobre os cuidados e os tratamentos que irão realizar². O conhecimento destes fluxos e das facilidades/entraves encontradas pelas pessoas ou famílias para resolver seus problemas de saúde, pode facilitar a Enfermagem na implementação de estratégias de cuidado e orientações mais adequadas a cada caso, minimizando as idas e vindas dos indivíduos na RAS. **Objetivo:** Conhecer o itinerário terapêutico de um indivíduo portador de Linfoma Não-Hodgkin (LNH) na RAS do município de Viçosa e microrregião. **Metodologia:** estudo de natureza qualitativa, modalidade estudo de caso, desenvolvido durante a disciplina de Saúde Coletiva II, do curso de Enfermagem da UFV, em outubro de 2015. Após contato com o setor de TFD (Tratamento Fora do Domicílio) do município para a busca de pacientes com câncer da cidade, foi selecionado, aleatoriamente, um indivíduo portador de LNH, que foi entrevistado em seu domicílio por meio de um questionário semiestruturado adaptado do estudo de Ferreira². Para a construção do IT foi utilizado o software *CmapTools*, versão 6.01.01. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa

¹ Discente do 7º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. Email: amariles.silva@ufv.br

² Discentes do 7º período do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

com Seres Humanos da UFV, CAAE n. 48362715.7.0000.5153. **Resultados:** A paciente estudada seguiu o seguinte IT: no dia 09/05/14 sofreu uma queda, originando um edema no membro inferior esquerdo (MIE), motivo pelo qual procurou a emergência do Hospital São Sebastião (HSS), Viçosa, onde foi medicada com Bezetacil e encaminhada a um angiologista. A paciente procurou então este médico na rede privada de saúde, que solicitou uma ressonância magnética (RM); após, sem um resultado preciso, a encaminhou a um médico oncologista. O oncologista (da rede particular) solicitou novos exames (sangue e RM), contudo, não diagnosticou e a encaminhou para um médico ortopedista. Ainda na rede particular, o ortopedista a examinou e disse que se tratava de uma infecção, encaminhando-a assim a um infectologista. O médico infectologista, também da rede particular, solicitou exames de sangue e a encaminhou a um cirurgião. O cirurgião realizou uma linfadenectomia inguinal, o qual retirou um nódulo do “tamanho de um limão”, segundo relato da paciente. Passados 30 dias, após biópsia, a mesma foi diagnosticada com LNH, sendo encaminhada novamente ao oncologista. Este, o mesmo que a havia atendido no início de seu itinerário, pediu mais exames de sangue e RM, e, com os resultados e diagnóstico de câncer a encaminhou para dar início ao tratamento da doença em Ponte Nova, MG, município de referência da microrregião para o tratamento de neoplasias. No dia 14/09/14, deu início a quimioterapia, pelo SUS, 3 vezes por semana, totalizando 18 ciclos. Em seguida foi transferida para Juiz de Fora, para ser avaliada quanto à necessidade de um possível transplante de medula óssea. Chegando na cidade realizou vários exames e compareceu a muitas consultas, em um período de 3 meses, momento no qual não se detectou a necessidade de um transplante, sendo a paciente contra-referenciada para Ponte Nova, para continuar com a quimioterapia, periodicidade semanal. Em meio à peregrinação pela RAS, em momento algum a usuária citou em seu itinerário o contato com a Atenção Primária à Saúde (APS), o que pode significar a inexistência de vínculo entre ela e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) de sua área adstrita. **Discussão:** Existem vários fatores que podem influenciar a demora do paciente a chegar a um serviço especializado no tratamento do câncer e, conseqüentemente, ao atraso no diagnóstico, destacando-se entre eles: a demora do paciente em procurar o serviço de saúde devido à subestimação dos sinais e sintomas, a espera por uma consulta médica e erros de diagnóstico³. O caso estudado reflete um atraso considerável entre o início dos sintomas que a paciente manifestou e do tratamento, revelando uma assistência fragmentada, centrada no modelo biomédico, onde cada profissional pelo qual a paciente buscou cuidou de um órgão/uma parte do corpo em detrimento do todo, resultando em múltiplas idas e vindas a vários especialistas, que não apresentaram resolutividade ao caso. Diante desta situação, pode-se destacar o papel da APS na RAS, com destaque para a Enfermagem,

profissionais que desempenham ações imprescindíveis neste nível de atenção, uma vez que criam vínculos com a população adstrita, orientam acerca dos sinais de alerta das doenças, participam dos processos de referência e a contra-referência, ficando corresponsáveis em todos os momentos do processo saúde-doença-adoecimento. Estas questões demonstram, de fato, que a APS, quando resolutiva e bem organizada minimiza os fluxos dos indivíduos pelo sistema de saúde, impedindo que os mesmos se percam nesta busca por cuidados ou que não encontrem os profissionais adequados, conforme se verificou no caso em questão⁴. **Conclusão:** O IT da paciente analisada mostrou-se falho em muitos aspectos, uma vez que a mesma passou por uma longa peregrinação nos serviços de saúde, retardando seu diagnóstico e tratamento. É necessário que os profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem, contribuam para que a RAS seja resolutiva e garanta que os usuários recebam uma atenção qualificada, integral e humanizada, o que reflete diretamente no aumento da sobrevida e/ou a cura e da qualidade de vida de pacientes oncológicos.

Descritores: Redes; Fluxos; Câncer; Enfermagem.

Referências:

1. Silva JR. Itinerário terapêutico: tendências em teses e dissertações da enfermagem no Brasil. Saúde (Santa Maria), Santa Maria. 2014; 40 (1): 21-30.
2. Ferreira DCO. Itinerário terapêutico de pessoas convivendo com HIV. Dissertação. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora; 2011.
3. Fundato CT, Petrilli AS, Dias CG, Gutiérrez MGR. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. Rev bras cancerol. 2012; 58(2): 197-208.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

CONCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS

Sant'Ana, Jéssica Cristini Pires¹

Dutra, Cynara Christini Ferreira²

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: Segundo a Organização Mundial da Saúde, cuidados paliativos (CP) são a assistência promovida por uma equipe multidisciplinar objetivando a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares diante de uma doença que ameace a vida, realizado por meio de ações que visem a prevenção e alívio do sofrimento, com controle dos sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais¹. Estes cuidados tornam-se primordiais num contexto cuja prevalência das doenças crônicas como câncer apresenta elevada magnitude, além do fato da maior parte dos indivíduos serem diagnosticados em estadiamentos mais avançados. No Brasil, os serviços de CP existentes geralmente são mais conhecidos atrelados à atenção terciária, fato que revela que a Atenção Primária à Saúde (APS), apesar de ser considerada o melhor nível de assistência para a prestação e coordenação dos destes cuidados a seus usuários, ainda não se responsabilizam integralmente pela prestação de assistência a estes indivíduos². **Objetivo:** Discutir as concepções dos profissionais de enfermagem que atuam nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) sobre CP oncológicos. **Metodologia:** Pesquisa de natureza qualitativa, realizada nas 15 UAPS do município de Viçosa-MG, com enfermeiros e técnicos de enfermagem. Os dados foram coletados no período de setembro de 2015 a março de 2016 por meio de uma entrevista semiestruturada, da qual foi extraída uma pergunta para análise, e representam resultados parciais da pesquisa intitulada: “*Concepções e práticas de profissionais de saúde das Unidades e Atenção Primária a Saúde sobre cuidados paliativos oncológicos*”. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) da Universidade Federal de Viçosa, CAAE: 48394515.8.0000.5153. **Resultados e Discussões:** Dos 28 profissionais entrevistados, metade eram enfermeiros e os outros 14 técnicos de enfermagem. Quando questionados sobre “O

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. Voluntária de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ 2015-2016. Email: jessica.cristini@ufv.br

² Discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

que você pensa sobre os cuidados paliativos?”, os resultados da pesquisa permitiram a elaboração de duas categorias: *“Dificuldades de atuação profissional em CP: como abordar o tema?”* e *“Paradoxos conceituais em cuidados paliativos: A necessidade do cuidado x a visão de finitude”*. De uma forma geral, observou-se que as falas expressaram uma dificuldade de atuação dos profissionais, além da contradição entre a assistência humanizada e o cuidado focado no modelo biomédico. Na primeira categoria foi possível perceber que os entrevistados não compreendem ao certo o real significado dos CP. Percebeu-se que muitos têm dificuldades em conceitua-lo, ou de entender seu real papel frente a um paciente que necessite destes cuidados. Estes fatores dificultam sua atuação, o que pode ser relacionado, em parte, à falta de treinamentos acerca da temática, que muitas vezes não é abordada também nos cenários de formação. Estas dificuldades foram identificadas em outro estudo, que demonstrou que no Brasil existem vários desafios referentes à formação de profissionais de saúde no que diz respeito à terminalidade³. O mesmo apontou ainda a necessidade de o enfermeiro ter uma visão voltada para a subjetividade e a singularidade do paciente, pressupondo o desenvolvimento de posturas relacionadas ao vínculo, ao acolhimento, à afetividade e ao respeito; aspectos esses necessários à superação de um ensino fragmentado e reducionista³. O estudo revelou que as maiores dificuldades encontradas pelos participantes da pesquisa foram aquelas relacionadas à comunicação com o paciente, descritas por não saberem como se comportar, agir, abordar e conversar com o paciente e seus familiares. Somado a isso, a própria dificuldade emocional e psicológica de lidar com a morte contribui para a dificuldade desses profissionais, expressa nos termos “terminal”, “difícil”, “triste” e “não sei o que fazer” em diversos momentos da entrevista. A segunda categoria *“Paradoxos conceituais em cuidados paliativos: A necessidade do cuidado x A visão de finitude”* revelou que os entrevistados apresentaram em suas falas contradições entre afirmarem que o cuidado deve ser o mais humanizado possível quando se lida com pacientes em fase final de vida, e ainda que os pacientes realmente precisam de um cuidado diferenciado, mas não sabem qual e quando fazê-lo. Este resultado pode ser explicado pelo fato dos profissionais carregarem consigo o pensamento de um cuidado voltado ao modelo biomédico, quando eles dizem repetidamente que “não tem mais o que fazer”, e sempre falam da “cura”. Muitas vezes, não saber como lidar com pacientes ou que tipo de cuidado se deve oferecer reflete a crença de que nenhum procedimento poderá modificar o curso da doença. Ainda assim, há muitos cuidados que podem ser oferecidos para melhorar a qualidade de vida destas pessoas, focados no apoio familiar, manejo de sintomas e melhoria da qualidade de vida⁴. **Conclusão:** Foi possível identificar que a dificuldade de atuação relatada pelos profissionais se deve muitas

vezes à ausência de treinamentos que abordem a temática dos CP, o que acaba por gerar desafios no cotidiano laboral da equipe de enfermagem relativas à prestação de uma assistência adequada. Concepções divergentes sobre o assunto, desconhecimento do seu papel profissional frente a estes pacientes, e ainda a dificuldade de comunicação com os mesmos e seus familiares impedem a efetivação de uma rede de assistência em saúde realmente efetiva e que seja capaz de resolver as necessidades dos indivíduos. Sendo assim, é de extrema importância que os profissionais de Enfermagem estejam aptos e capacitados para o atendimento desta demanda crescente no país, contribuindo para que as pessoas enfrentem um processo final de vida com mais dignidade e qualidade de vida.

Descritores: Concepção; Cuidados Paliativos; Oncologia; Enfermagem.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.874/GM de 16 de maio de 2013. Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
2. Silva MLSR. O papel do Profissional da Atenção primária à Saúde em cuidados paliativos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(30): 45-53.
3. Santana JCB et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. Centro Universitário São Camilo. 2009; 3 (1):77-86.
4. Pereira LL, Dias ACG. O familiar cuidador do paciente terminal: o processo de despedida no contexto hospitalar. Psico. 2007; 38(1): 55-65.

PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE CANCÊR: ESTIGMAS E REPERCUSSÃO EMOCIONAL

Sant'Ana, Jéssica Cristini Pires¹

Ferreira, Emanuely dos Santos²

Dutra, Cynara Christine Ferreira³

Ribeiro, Luciane⁴

Sá, Flávia Batista Barbosa de⁴

Toledo, Luana Vieira⁴

Mendonça, Erica Toledo de⁴

Introdução: O câncer se configura como um importante problema de saúde pública, tanto pela sua elevada magnitude quanto pelos impactos causados ao seu portador. Ainda é reconhecido em nossa sociedade como uma doença permeada de mitos e estigmas, que influenciam o comportamento das pessoas na busca por cuidados, podendo estes fatores facilitarem ou dificultarem o diagnóstico precoce e até mesmo o tratamento da doença¹. A partir do exposto, reconhece-se a importância do desenvolvimento de ações junto aos profissionais de saúde e população com vistas à desmistificação do câncer como doença incurável, fatal e que ameaça a vida, além do compartilhamento de conhecimentos acerca da doença, de forma a facilitar o manejo dos profissionais de saúde junto a indivíduos/famílias que vivenciam o adoecimento oncológico². Neste contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), por ser o profissional de saúde que está em contato permanente com a comunidade, é considerado um elemento estratégico no desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde na área oncológica, considerando a confiança e vínculo criados com a comunidade assistida³. **Objetivo:** Avaliar as concepções dos ACS sobre o câncer em um município do interior de Minas Gerais. **Metodologia:** pesquisa de natureza qualitativa, realizada com 60 ACS atuantes nas Estratégias de saúde da Família (ESF) de um município do interior de Minas Gerais, que tivessem, no mínimo, seis meses de atuação no cargo. Foram excluídos os profissionais que se recusaram a participar da pesquisa e aqueles que estavam afastados do cargo. Os dados foram coletados através de um questionário com perguntas abertas no período de maio a setembro de 2013, e as entrevistas foram gravadas. Após a realização das entrevistas, as mesmas foram

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. Email: jessica.cristini@ufv.br

² Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁴ Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

transcritas e analisadas segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin⁴. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, sob o parecer número 241.942.

Resultados: Quando questionados a respeito de seu entendimento sobre “*O que é o câncer*”, as repostas dos entrevistados possibilitaram a criação das seguintes categorias: “*O câncer como uma doença incurável*” e “*Repercussão emocional ocasionada pelo câncer*”. A primeira categoria revelou que os ACS compreendem o câncer como uma doença estigmatizante, grave, de aspecto incurável, remetendo-a frequentemente à morte. Tal fato pode ser comprovado nos depoimentos a seguir: “*O câncer é uma doença cruel, degenerativa e que não existe meios para prevenção em massa*” (ACS04); “*Para mim é uma doença muito ruim que mata*” (ACS08); “*É uma doença que maltrata o indivíduo e não tem cura, já que volta após o tratamento*” (ACS11). Já a categoria intitulada “*Repercussão emocional ocasionada pelo câncer*” mostrou a percepção dos ACS sobre os impactos emocionais que o câncer causa na vida do paciente e de sua família, demonstrando que a maioria dos entrevistados associam o câncer à dor física e emocional e à tristeza, reforçando os estereótipos negativos e estigmatizantes desta patologia. É o que pode ser verificado nos trechos dos depoimentos que seguem: “*É uma doença muito dolorosa e ingrata, que leva muito sofrimento ao paciente e à família*” (ACS08); “*É uma doença que se manifesta nas pessoas, tornando-as mais frágeis, depressivas, desesperadas e tristes*”. (ACS09); “*É uma doença muito triste em que as pessoas não sabem lidar com a situação*” (ACS44).

Discussões: diante dos achados da pesquisa foi possível perceber a associação entre câncer e sentimentos negativos como depressão, raiva, tristeza, dor, desespero e morte. Uma pesquisa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA) sobre concepções do brasileiro em relação ao câncer encontrou resultados semelhantes, quando os sujeitos foram questionados sobre o que lhes vêm à cabeça ao pensar em câncer, demonstrando que 31,3% relataram emoções negativas como castigo, desespero e dor; 27,4% referiram morte; 23,4% doença; 9,9% esperança de superação e 7,3% não responderam^{2,5}. Já no âmbito da categoria repercussão emocional, verificou-se nos relatos dos sujeitos, que a aceitação da doença por parte do portador e envolvidos parece ser uma questão de conformação e não propriamente de esclarecimento e de reconhecimento da patologia². **Conclusão:** as concepções da população estudada sobre o câncer mostraram-se permeadas de estigmas e concepções negativas. Tais fatores podem trazer implicações diretas na assistência que prestam, uma vez que estas concepções estão imbricadas no agir cotidiano e nas orientações que estes agentes prestam aos indivíduos acerca do câncer. Estas questões alertam para a importância de atividades de educação permanente junto aos ACS, de forma a discutir aspectos

científicos relevantes associados à doença e ao processo de adoecer, otimizando, assim os desafios inerentes ao processo de cuidar em Oncologia e o impacto emocional de pacientes, familiares e dos próprios ACS.

Descritores: Estigmas; Câncer; Agente Comunitário de Saúde; Enfermagem.

Referências:

- 1- Griep CP. Investigação das concepções espontânea sobre o câncer e suas possíveis implicações como tema transversal na educação para a saúde. [Dissertação]. Santa Maria, RS, Brasil, 2010.
- 2- Barbosa LNF, Francisco A. A subjetividade do câncer na cultura: implicações na clínica contemporânea. Rev. SBPH [Internet]. 2007 ;10(1): 9-24. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582007000100003&lng=pt.
3. Marzari CK, Jungues JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. Ciênc. saúde colet. 2011;16 (1): 873-80.
4. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70; 2008.
- 5-Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde: 2º Congresso Internacional de Controle de Câncer (ICCC): documento de consenso [texto na Internet]. Brasília; 2007. Disponível em <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf>.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UM INDIVÍDUO COM CÂNCER DE RETO: CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Melo, Daiane Crisley Matos¹

Pinto, Anna Clara Santiago Nunes²

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: O câncer é uma doença multicausal que envolve fatores genéticos, ambientais, socioeconômicos, habituais e culturais. Os perfis epidemiológicos traçados em países em desenvolvimento demonstram que as neoplasias ocupam a segunda causa de morte, e que a tendência é ultrapassar as enfermidades cardiovasculares nos países desenvolvidos.¹ Portanto, as neoplasias podem ser consideradas como um importante problema de saúde pública, demandando assim de grandes subsídios não somente para a prestação de uma adequada assistência, como também para o planejamento e implementação de políticas preventivas.² O câncer de cólon ou reto se configura como uma das neoplasias mais prevalentes, sendo considerado o terceiro tipo de câncer mais incidente no mundo e o quarto tumor no Brasil, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA).³ É uma doença tratável e curável, mas depende de medidas para sua detecção precoce, como uma efetiva coleta de dados, além de uma atenção especial aos sintomas relatados pelo paciente e a realização de exames, como a pesquisa de sangue oculto nas fezes e colonoscopia⁴. No caso de patologias como o câncer, quanto mais ágil for o Itinerário Terapêutico (IT) do paciente, mais precoce será o diagnóstico e mais eficaz o tratamento. O IT é um termo utilizado para descrever a trajetória que o paciente percorre em todo o seu processo de enfermidade, desde o início dos sintomas até o tratamento, compreendendo as escolhas feitas e as experiências vivenciadas⁵. **Objetivo:** Descrever o IT de um indivíduo portador de câncer de reto residente no município de Viçosa, MG. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa teve como cenário o setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD) e a residência dos pacientes selecionados para entrevistas. Participaram da pesquisa maior intitulada “*Itinerário terapêutico de indivíduos portadores de câncer: aproximações e distanciamentos da rede de atenção oncológica*”, 8 pacientes portadores de câncer com diagnóstico nos anos de 2014 e 2015, selecionados aleatoriamente, a partir do banco de dados do TFD. Foi incluído no

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. Email: daiane.melo@ufv.br

² Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeiro. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

presente estudo uma paciente portadora de câncer de reto, selecionada randomicamente, que teve seu nome modificado para garantia do anonimato. A coleta de dados foi feita por meio de questionário adaptado do estudo de Ferreira (2012)², ocorrida no mês de janeiro 2016; a entrevista foi gravada e transcrita na íntegra. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV, CAAE: 48362715.7.0000.5153. **Resultados:** Rubi, 57 anos, residente do bairro Nova Era da cidade de Viçosa, MG, ensino fundamental incompleto, doméstica e mãe de 2 filhos. Foi diagnosticada com câncer no reto em dezembro de 2014. Procurou primeiramente a Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro queixando-se de constipação intestinal, sendo então realizado pedido de exame de sangue oculto nas fezes e receitado óleo mineral. Devido à não resolução do seu problema e à grande angústia que sentiu pelo fato de sua irmã ter falecido com câncer de intestino, Rubi voltou à unidade solicitando à médica uma colonoscopia. Após conseguir o pedido para realização do exame, ela procurou imediatamente um dos hospitais da cidade e fez o exame particular, alegando que pelo Sistema Único de Saúde (SUS) demoraria uma “eternidade”. Veio então a confirmação do diagnóstico, e segundo relato da paciente, junto com ele uma grande tristeza; porém o que a sustentou foi uma fé inabalável a qual lhe dava uma vontade imensa de lutar. A partir do resultado do exame, ela foi encaminhada à Fundação Cristiano Varella na cidade de Muriaé, MG. Lá ela realizou os seguintes exames: sangue oculto nas fezes, ultrassonografia, tomografia e colonoscopia. Foi proposto num primeiro momento o tratamento quimioterápico, e 2 meses após o diagnóstico, foi realizada a cirurgia para retirada do tumor. Atualmente ela realiza acompanhamento clínico de 4 em 4 meses na mesma instituição. **Discussão:** O IT da paciente em estudo evidenciou uma rede de atenção à saúde desorganizada e com ações desarticuladas que influenciaram diretamente na obtenção de um diagnóstico rápido e preciso, uma vez que o sistema de saúde tem como dever oferecer formas de facilitar o acesso da população.² A assistência prestada pela Atenção Primária à Saúde (APS), vista como porta de entrada para o SUS, falhou no momento em que não houve a obtenção adequada do histórico da paciente e quando não realizou uma avaliação física e pedidos de exames corretos desde a primeira busca por cuidados. Sabe-se que pacientes com história familiar de câncer de reto são considerados grupos de risco para o desenvolvimento desta patologia, devendo receber uma abordagem diferenciada visando o diagnóstico precoce⁴. A detecção do câncer de reto da paciente analisada só foi possível pelo fato de a própria paciente, angustiada e com dúvidas em relação à sua condição clínica, exigir o exame de colonoscopia, no momento em que um diagnóstico precoce possibilitaria o acesso a uma assistência qualificada. **Conclusões:** O conhecimento em relação ao IT se mostra como uma

importante ferramenta para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, além de possibilitar a correção das falhas encontradas no sistema visando o oferecimento de uma assistência humanizada e adequada. Por ser um método que procura analisar as práticas individuais, como os costumes sociais, econômicos e culturais na busca pela resolução do problema de saúde, se torna fundamental no estabelecimento de um plano de cuidados mais eficaz pelos profissionais de saúde, com destaque para a Enfermagem.

Descritores: Câncer de Cólon; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

Referências:

1. Oliveira MM et al. Estimativa de pessoas com diagnóstico de câncer no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Rev. bras. epidemiol. 2015; 18: 46-57.
2. Ferreira DC, Silva G. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. Ciênc. saúde colet. 2012; 17: 3087-98.
3. Instituto Nacional de Câncer. Brasil. Ministério da Saúde. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
4. Vilela RA et al. Escalonamento de dose em radioterapia para tratamento neoadjuvante de câncer de reto: revisão integrativa. G & S. 2016; 7 (1): 490-505.
5. Fundato CT et al. Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma. Rev bras cancerol. 2012; 58 (2): 197-208.

ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE PACIENTES EM CUIDADOS PALIATIVOS: VIVÊNCIAS DOS PACIENTES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

Felipe, Tiago da Silva¹

Martins, Vanessa Soares²

Do Carmo, Mônica Maria Lopes²

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o câncer é considerado um conjunto de mais de 100 doenças, caracterizadas pelo crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos¹. Sabe-se que grande parte das neoplasias são diagnosticadas em estágios avançados, o que demanda dos serviços de saúde uma qualificação para os cuidados paliativos (CP). Os CP são definidos como uma abordagem ou tratamento que melhora a qualidade de vida de pacientes e familiares diante de doenças que ameacem a continuidade da vida, através do controle de sintomas como dor e outros de natureza física, social, emocional e espiritual². Nesse sentido, pacientes e familiares que estão em CP necessitam desenvolver estratégias para controlar os eventos estressores ocasionados pelo câncer, no sentido de minimizar seus impactos e melhorar a qualidade de vida. **Objetivo:** Conhecer as principais estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes em CP oncológicos para o controle do câncer. **Método:** pesquisa de natureza qualitativa, integrante do projeto de iniciação científica intitulado “*Cuidados paliativos oncológicos na rede de atenção à saúde do município de Viçosa, MG: demandas e necessidades em saúde e Enfermagem*”. A coleta de dados se deu no período de agosto a dezembro de 2015, junto aos indivíduos portadores de câncer em CP do referido município. Inicialmente foi realizada visita à Associação de Assistência às pessoas com Câncer (AAPEC) do município e nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para realizar um levantamento do número de pacientes portadores de câncer em CP e pesquisa nos prontuários acerca da situação de cada paciente que integraria a pesquisa. Foram inicialmente identificados 28 pacientes, dos quais foram excluídos 12 por motivos de desinteresse, falecimento ou desconhecimento da doença. Nos 16 pacientes restantes

¹ Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. E-mail: tiago.felipe@ufv.br

² Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

foram realizadas visitas domiciliares para aplicação de questionário semiestruturado, do qual foram selecionadas algumas perguntas discursivas para análise. Ao final das entrevistas, constatou-se que 6 pacientes se encontravam em CP, sendo incluídos no estudo. Para a análise dos dados procedeu-se à técnica de Análise de Conteúdo e categorização. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) da UFV, CAAE: 48394515.8.0000.5153. **Resultados e discussão:** Quando questionados sobre “*O que te ajuda a lidar com a doença?*”, 4 dos 6 entrevistados relatou a busca de Deus e religiosidade, enquanto 2 revelaram ser a família a grande âncora no processo de enfrentamento da doença. As falas que seguem apresentam o exposto: “*Deus, meus filhos, minha mãe, meu marido e os profissionais de saúde*” (E1); “*Deus dá toda força necessária*” (E2); “*Oração amigos e família*” (E3). Estes depoimentos demonstram a importância da espiritualidade e da família como fator que minimiza o sofrimento e mantém a esperança durante o tratamento. Estudos revelam que a forma como cada indivíduo irá enfrentar o evento estressor dependerá de sua história de vida e cultura, entre outras coisas². Pesquisa que avaliou a relação entre suporte social, aspectos psicológicos e qualidade de vida em 187 mulheres em tratamento de câncer ginecológico na Turquia, verificou que níveis elevados de percepção de apoio social estavam associados a menores níveis de ansiedade e depressão e maior qualidade de vida, o que facilita o enfrentamento do câncer e reduz distúrbios de humor relacionados ao diagnóstico e tratamento desta doença³. O câncer, embora possua inúmeras formas de tratamento ainda é tido pela sociedade como doença incurável e que mantém estreita relação de proximidade com a morte. Assim, os pacientes e os familiares, diante da desesperança e do sofrimento causado pela descoberta da doença, buscam na espiritualidade um sentido positivo ou negativo às suas experiências⁴. Estudo que buscou compreender a espiritualidade sob o ponto de vista de dez enfermeiros que cuidam de pacientes em regime de CP evidenciou que esta foi considerada pelos participantes do estudo como uma dimensão importante na assistência paliativa⁵. Para eles, a espiritualidade traduz-se como fonte de força, conforto e fé, possibilitando, assim, uma melhora no quadro clínico de pacientes em regime de CP por facilitar a aceitação e o enfrentamento deles no tocante ao seu processo de adoecimento⁵. **Conclusões:** Este estudo revelou que os pacientes oncológicos em CP buscam apoio para vivenciarem seu processo de enfrentamento do câncer principalmente na família e na espiritualidade. Estes achados trazem implicações importantes para a Enfermagem, visto que sua atuação pode se pautar na aproximação para com estes indivíduos/familiares, promovendo apoio, orientações e prestação de cuidados nos principais sinais e sintomas apresentados pelo paciente, minimizando estressores e melhorando a qualidade de vida do binômio paciente-família. Destarte, é

de suma importância o enfermeiro considerar os múltiplos aspectos que envolvem o processo de cuidar em Oncologia paliativa, dentre eles os físicos, biológicos, socioculturais e espirituais, além de valorizar a relação entre espiritualidade e o enfrentamento do câncer. Este estudo é de caráter local, e por envolver um número pequeno de pacientes oncológicos, impossibilita a generalização dos resultados.

Descritores: Neoplasias; Cuidados Paliativos; Enfermagem; Espiritualidade.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Lima IL. Estratégias de enfrentamento em pacientes com recidiva de câncer ginecológico – uma abordagem qualitativa. Monografia. Faculdade de Medicina da USP; 2014.
3. Pinar G, Ayhan A, Pinar T. Emotions of Gynecologic Cancer Patients Dealing with Permanent Colostomy: A Qualitative Interview Study. *Journal of Cancer Therapy*. 2013; 4: 1060-67.
4. Guerrero GP, Zago MM, Sawada NO, Pinto MH. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Rev Bras Enferm*. 2011; 64 (1): 53-9.
5. Evangelista CB, Lopes MEL, Costa SFG, Abrão FMS, Batista PSS, Oliveira RC. Espiritualidade no cuidar de pacientes em cuidados paliativos: Um estudo com enfermeiros. *Esc Anna Nery* 2016; 20(1): 176-182.

A INICIAÇÃO CIENTÍFICA E A INTERNACIONALIZAÇÃO: EXPERIÊNCIA DISCENTE NA MODALIDADE GRADUAÇÃO-SANDUÍCHE

Polati, Amanda Morais¹

Oliveira, Deíse Moura de²

Introdução: os programas de intercâmbio buscam promover a consolidação, expansão e internacionalização da ciência e da inovação técnico-científica. Constitui uma oportunidade de compreender novas culturas, sistemas políticos e organizações sociais, aprender, aprimorar e/ou conhecer as variantes linguísticas de um novo idioma.¹ Na realidade de um intercâmbio na modalidade de graduação-sanduiche é previsto que o envolvimento do discente em atividades de investigação científica, que deve durar entre 4 e 16 semanas, seja encorajado pelos orientadores do país de destino.² Tal experiência torna-se ainda mais relevante na área da Enfermagem, cuja inserção no campo da investigação científica é historicamente recente, com maior incremento nas últimas três décadas. Entretanto, evidencia-se empiricamente que a internacionalização tem propiciado escassa experiência do estudante da área da saúde em atividades de pesquisa, sendo estas mais expressivamente observadas nos discentes da área de exatas. Considerando a relevância da experiência da pesquisa na Enfermagem durante a graduação, em especial quando em interface com a internacionalização, concebe-se como rica a oportunidade de um espaço instituído para a socialização desta experiência com a comunidade acadêmica de origem do discente intercambista, o que se pretende com o presente trabalho. **Objetivo:** relatar a experiência de iniciação científica vivenciada por uma discente da Universidade Federal de Viçosa durante o período de intercâmbio em uma universidade norte-americana. **Metodologia:** a experiência com iniciação científica ocorreu no *College of Nursing na University of Florida (UF)*, localizada em Gainesville, no Estado da Flórida, no período de maio a julho de 2015. Esta se inscreveu no percurso do intercâmbio nos Estados Unidos da América (EUA), realizado durante 16 meses, na modalidade graduação-sanduiche, no âmbito do programa do governo federal denominado “Ciência sem Fronteiras”. A participação da discente se deu na pesquisa intitulada “Cranial Stimulation for Symptom Management in Breast Cancer”, sob a orientação de uma docente da UF. Em virtude de nos EUA não ser permitido, ainda que para fins científicos, a inserção de estudantes de intercâmbio nos

¹ Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Email: amanda.polati@ufv.br

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

cenários de práticas, a participação discente concentrou-se na realização de revisões da literatura acerca da temática estudada e na codificação de escalas de dor de 165 participantes da pesquisa, que se deu após a coleta de dados realizada por estudantes de graduação e pós-graduação que compunham a equipe da pesquisa. **Resultados e Discussão:** a experiência no campo da investigação científica durante o intercâmbio mostrou-se significativa, ainda que perpassada pela impossibilidade de atuar na coleta de dados, devido ao impedimento de inserção no cenário da pesquisa pela discente, que na qualidade de estudante não tinha acesso aos contextos de prática. As potencialidades da experiência ora relatada deu-se inicialmente no aprendizado acerca de como realizar pesquisa em bases de dados, mediada por uma bibliotecária da UF e em conjunto com outros estudantes que se encontravam em intercâmbio nesta instituição. Paralelamente ao levantamento da literatura eram realizados grupos de estudo, com a professora orientadora e outras docentes que atuavam na área. Tais grupos tinham o objetivo de debater as evidências atuais emergidas por meio da revisão, momento que revestia-se de um crescimento singular, pois além de aprimorar o idioma e o intercâmbio cultural possibilitava a ampliação do conhecimento sobre o tema. Ressalta-se ainda o grande aprendizado que se deu no processo de análise dos dados, o que paralelamente às discussões com o grupo da pesquisa pôde ser amplificado, potencializando a capacidade interpretativa diante dos dados coletados no estudo. O apoio incondicional da docente orientadora e das docentes do grupo de pesquisa, durante todo o processo, foi indispensável para a realização bem sucedida das atividades propostas durante a experiência da iniciação científica. Isso vai ao encontro do que a literatura traz, ao afirmar que a aquisição de habilidades no desenvolvimento da pesquisa torna-se fundamental para a formação acadêmica no século XXI, em que o mercado de trabalho encontra-se cada vez mais competitivo, exigindo profissionais com capacidade crítico-reflexiva desenvolvida¹, capacidade esta potencializada durante a experiência discente com a investigação científica. Vivenciar tal experiência no âmbito da graduação, em outro país, transcende o crescimento somente acadêmico, contribuindo sobremaneira no desenvolvimento psicológico, na autoconfiança, amadurecimento, independência e capacidade de relacionar-se.³ Implica ainda em uma atitude de cidadania, pois permite ao estudante participar da produção da ciência, o que se constitui uma responsabilidade social importante assumida pela universidade. **Conclusão:** a experiência de pesquisa no intercâmbio foi a primeira neste campo pela estudante, suscitando na mesma o desejo de dar continuidade às atividades de pesquisa no retorno ao Brasil. Para tanto, como desdobramento atual, ressalta-se a inserção da discente em um projeto de iniciação científica na sua universidade de origem. Desse modo, conclui-se que a experiência na área da pesquisa viabilizou um

crescimento pessoal e acadêmico imensuráveis, além de contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem como ciência do cuidar. Ademais, verificou-se que o processo de internacionalização possibilitou à discente a construção de relações internacionais que contribuíram para a expansão do seu conhecimento científico global da/na Enfermagem, o que conferiu um aprendizado singular durante o seu processo formativo na Universidade Federal de Viçosa.

Descritores: Enfermagem; Intercâmbio Educacional Internacional; Educação em Enfermagem; Internacionalidade.

Referências:

1. Dalmolin IS, Pereira ER, Silva RMCRA, Gouveia MJB, Sardinheiro JJ. Intercâmbio acadêmico cultural internacional: uma experiência de crescimento pessoal e científico. Rev Bras Enferm. 2013; 66(3):442-7.
2. Institute of International Education [homepage na Internet]. Brazil Scientific Mobility Program: Academic Training. [acesso em 13 abr 2016]. Disponível em: <http://www.iiie.org/Programs/Brazil-Scientific-Mobility/Current-Students/Academic-Training#.Vw8YUfkrLIV>
3. Oliveira MG, Pagliuca LMF. Programa de mobilidade academica internacional em enfermagem: relato de experiencia. Rev Gauch Enferm. 2012; 33(1):195-8.

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE UMA PACIENTE COM CÂNCER DE ENDOMÉTRIO: APROXIMAÇÕES E DISTANCIAMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

Pinto, Anna Clara Santiago Nunes¹

Melo, Daiane Crisley Matos²

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: No último século, os países em desenvolvimento apresentaram uma mudança significativa em seu perfil epidemiológico, evidenciado pela diminuição de doenças infecto-parasitárias e pelo aumento das doenças crônicas não transmissíveis, destacando-se as enfermidades cardiovasculares e as neoplasias como principais causas de morte¹. O tempo transcorrido entre o diagnóstico de câncer e o início do tratamento influencia consideravelmente na sobrevivência do paciente, considerando que cânceres que são diagnosticados em estadiamentos mais avançados determinam menores tempos de vida e poucas possibilidades de tratamento. Nesse contexto, os caminhos que o paciente percorre na rede de atenção à saúde (RAS) e os recursos que utiliza para o cuidado com sua saúde, que podem incluir cuidados caseiros, práticas religiosas, dispositivos biomédicos (atenção primária, urgência, dentre outros) desde o momento em que percebe sinais ou sintomas da doença, até o diagnóstico, é denominado itinerário terapêutico (IT)². **Objetivo:** conhecer o IT de uma paciente com diagnóstico de câncer de endométrio. **Método:** estudo de natureza qualitativa, realizado no município de Viçosa, MG. O cenário do estudo foi o serviço de Tratamento Fora do Domicílio (TFD), que informou aos pesquisadores os pacientes que realizam tratamento para câncer no município, e a residência da paciente entrevistada, selecionada aleatoriamente através dos dados colhidos no TFD. Participou da pesquisa uma paciente portadora de câncer de endométrio, que teve seu nome modificado para garantia do anonimato. A coleta de dados foi feita por meio de questionário adaptado do estudo de Ferreira (2012)³, ocorrida no mês de janeiro 2016; a entrevista foi gravada e transcrita na íntegra. O estudo foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV, CAAE: 48362715.7.0000.5153. **Resultados:** Esmeralda, 67 anos, residente do bairro Santo Antônio na cidade de Viçosa, MG, ensino fundamental completo, auxiliar escolar e mãe de 3 filhos. Foi diagnosticada com câncer de

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. Email: annaclara.sn@gmail.com

² Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

endométrio em outubro de 2014. Num primeiro momento procurou atendimento na emergência de um dos hospitais da cidade queixando-se de hemorragia, onde foi alertada que deveria procurar um ginecologista e realizar exames para investigar os sintomas. Devido à facilidade de possuir plano de saúde, rapidamente marcou consulta e realizou os exames, e em pouco tempo foi fechado o diagnóstico. A paciente referiu ter recebido o diagnóstico de câncer de maneira tranquila, tendo mencionado *“que nunca se deixou abater”*, tendo sempre se ancorado na fé e na religiosidade como estratégias de enfrentamento da doença. Demonstrando essa dimensão religiosa, em uma das “conversas” da paciente com Ele (Deus), ela ressaltava a temporariedade daquela situação em sua vida: *“Ó, eu não nasci com isso, então isso não me pertence, então do jeito que veio o Senhor vai levar”*, demonstrando força e vontade de vencer a doença. Apesar do plano de saúde, surgiram outras dificuldades, como quando a mesma foi à consulta em uma oncologista que disse não ter certeza se conseguiria realizar a cirurgia, e essa insegurança por parte do corpo médico fez a paciente e a família optarem por realizarem o tratamento em Belo Horizonte. Do início dos sintomas até a cirurgia, Esmeralda relatou que se passaram 8 meses, período em que a paciente passou por aproximadamente 6 médicos (entre ginecologistas e oncologistas), 28 sessões de radioterapia, sessões semanais de quimioterapia e 4 sessões de braquiterapia, além de idas e vindas a Belo Horizonte. Atualmente a paciente referiu viajar a cada 3 meses para realizar acompanhamento com os 3 médicos que realizaram seu tratamento. **Discussão:** A análise do IT de Esmeralda permitiu o conhecimento da trajetória de uma paciente oncológica pelo sistema de saúde disponível na RAS de Viçosa e microrregião. Apesar de não detectarem-se dificuldades na realização de exames e marcação de consultas no âmbito particular, identificou-se uma RAS fragmentada, frágil e não resolutiva, incapaz de prestar uma atenção contínua e de qualidade ao indivíduo estudado. As RAS são sistemas integrados que, organizados através de um conjunto de ações, estabelecimentos de saúde e profissionais de diversas áreas de atuação, possibilitam uma assistência à saúde contínua, integral e completa⁴. Portanto, é indispensável uma reavaliação na assistência à saúde dos doentes crônicos, dando maior importância à atenção primária no diagnóstico precoce e prevenção, quando possível, uma distribuição dos serviços de saúde de acordo com a demanda dos municípios, investimento na formação de profissionais qualificados e uma maior comunicação entre as especializações médicas, que se mostraram incomunicáveis e repetitivas⁴. **Conclusões:** O conhecimento do IT de uma paciente oncológica permitiu a compreensão da importância de um sistema de saúde resolutivo e que mantém os pontos da RAS integrados, de forma a minimizar os fluxos desnecessários de pacientes portadores de doenças crônicas que precisam de

cuidados contínuos e resolutivos. Quando a RAS realmente se efetiva na prática, com fluxos bem organizados e resolutivos, o IT de doentes crônicos se aproxima do preconizado na rede, e o diagnóstico e tratamentos se iniciam precocemente. Nesse contexto, a Enfermagem pode planejar ações de suporte junto aos pacientes e familiares, de forma a construir um cuidar holístico, enxergando-os além da doença e minimizando agravos precocemente.

Descritores: Sistema de Saúde; Câncer; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

Referências:

1. Araujo JD. Polarização epidemiológica no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saude.* 2012; 21 (4): 533-38 .
2. Oliveira BRG et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2012; 20 (3): [9 telas].
3. Ferreira DC, Silva GA. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. *Ciênc. saúde colet.* 2012; 17 (11): 3087-98.
4. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde.* Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

QUALIDADE DE VIDA DE SUJEITOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E SUA RELAÇÃO COM FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS

Balbino, Paula¹,

Salgado, Patrícia de Oliveira²

Cardilo, Carmen Lima³

Cornélio, Marília Estevam⁴

Passos, Camila⁵

Introdução: O tratamento e controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uns dos mais prevalentes e principais problemas de saúde pública. Exige por parte dos sujeitos portadores adesão à terapia medicamentosa, que por vezes mostra-se complexa devido ao uso de diferentes classes de anti-hipertensivos, e alterações comportamentais voltadas adoção de estilos de vida saudáveis. Essas exigências, somadas às complicações da cronicidade da HAS, afetam direta e indiretamente a qualidade de vida das pessoas hipertensas¹. O termo qualidade de vida (QV) é definido como a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações² e no contexto da saúde, a qualidade de vida busca avaliar a percepção e o impacto da doença na qualidade de vida do paciente. Diferentes instrumentos para avaliar a qualidade de vida foram desenvolvidos, o que permite uma mensuração adequada, a fim de se obter o máximo de informações possíveis sobre o impacto da doença e a qualidade de vida de sujeitos hipertensos. No presente estudo, optou-se por utilizar um instrumento genérico (WHOQOL-bref) e um específico (MINICHAL) para avaliação da QV em hipertensos. Considerando a elevada prevalência e incidência da HAS no Brasil e no mundo, suas complicações e os efeitos adversos decorrentes do tratamento, bem como as exigências de mudanças no estilo de vida, se torna fundamental, por parte da equipe de saúde, avaliar o impacto da HAS sobre a qualidade de vida de sujeitos portadores desta doença. Esta avaliação oferecerá subsídios para a elaboração de intervenções de saúde mais efetivas, direcionadas para a promoção da qualidade de vida entre hipertensos. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de sujeitos portadores de

¹Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: paulaenf.ufv@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV)

³Acadêmica do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Docente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Campinas.

⁵Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UFV.

hipertensão arterial sistêmica e analisar a relação entre a qualidade de vida e fatores sociodemográficos e clínicos. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo-exploratório transversal. A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do bairro Silvestre e do bairro Nova Viçosa, situado no município de Viçosa-MG. Participaram do estudo sujeitos hipertensos, com idade superior a 18 anos, que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: possuir diagnóstico médico de HAS e estar em tratamento para HAS há pelo menos seis meses. A amostra foi constituída por 75 pacientes. Os dados foram coletados por meio de entrevista individual presencial pela pesquisadora. Primeiramente, os pacientes foram convidados a participar da pesquisa por meio de visita domiciliar realizado na presença dos agentes comunitários da unidade. Na ocasião da entrevista, os pacientes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, duração da entrevista e foi obtida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente, foram coletados os dados sociodemográficos e clínicos e mensurada a qualidade de vida, por meio da aplicação, primeiramente, do questionário específico MINICHAL, seguido do questionário genérico WHOQOL. Os dados foram trabalhados no software Lauch Epi Info 7 e submetidos a análise descritiva (frequência e média). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa com número de CAAE: 44785915.7.0000.5153. Todos os pacientes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determinado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Foram entrevistados 75 pacientes hipertensos em tratamento, sendo a maioria com idade entre 60 e 79 anos (42-56%), do sexo feminino (48-64%), raça branca (36-48%), religião católica (56-74,67%), casados (46-62%), com renda de 2 a 3 salários (25-33%), aposentados (31-41%) e ensino fundamental incompleto (37-49%). As médias da qualidade de vida relacionada a saúde (QVRS) medida pelo escore dos domínios do MINICHAL, não foram próximas, sendo 8 no domínio estado mental e 4,6 no domínio manifestações somáticas. Para o instrumento WHOQOL-Bref, no domínio físico obteve-se média de 14,7; no domínio psicológico, 14,0; no domínio relações sociais, 13,8, e no domínio meio ambiente obteve-se média de 15,1. **Discussão:** As características relacionadas ao paciente, como idade, sexo, raça, religião, estado civil, renda, ocupação e escolaridade podem ter interferência na QV. Por isso a importância de sua avaliação por meio de instrumentos que possam quantificá-la. Observou-se que a amostra apresentava baixo nível de escolaridade e possuía baixo conhecimento sobre a doença. Poucos demonstraram saber sobre os sinais e sintomas das doenças e quais as complicações futuras caso não haja o controle. Sendo assim, as chances de cumprir as prescrições médicas e os cuidados de enfermagem de maneira correta diminuem e por consequência ocorre o aumento da

probabilidade de se ter uma baixa qualidade de vida. Conforme verificado ao se investigar a qualidade de vida dos portadores de hipertensão arterial, mediante utilização do MINICHAL e WHOQOL-bref, os pacientes apresentaram comprometimento geral em sua qualidade de vida. Nesse caso, o domínio mais evidente foi aquele que investigou o “estado mental”. Roca-Cusachs et al.³ relataram que pacientes hipertensos possuíam diminuição significativa da QV quando comparados com normotensos. Portanto, é extremamente importante avaliar a qualidade de vida, já que essa avaliação serve para analisar o impacto físico e psicossocial que a enfermidade pode acarretar para a pessoa acometida, além de permitir um melhor conhecimento da adaptação do paciente com a doença. **Conclusão:** Os achados do presente estudo mostraram evidências de praticidade e viabilidade dos instrumentos MINICHAL e WHOQOL-bref, que demonstram serem úteis para avaliação da QV em pacientes hipertensos. Sendo assim, a enfermagem pode utilizá-los para a investigação de fatores que interferem na adesão ao tratamento e suas relações com o controle dos níveis pressóricos, bem como os principais planos de cuidados que podem ser implementados para melhorar a qualidade de vida dos pacientes. Com esses instrumentos é possível compreender melhor a doença, propor e avaliar melhores formas de tratamento e novas formas de intervenção.

Descritores: Qualidade de Vida; Hipertensos; Enfermagem.

Referências:

1. Brito DMS, Araújo TL, Galvão MTG et al. Qualidade de vida e percepção da doença entre portadores de hipertensão arterial. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(4): 933-940
2. The Whoqol Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. Soc. Sci. Med. 1998; 46(12): 1569-1585.
3. Roca-Cusachs A et al. Relation between clinical and therapeutic variables and quality of life in hypertension. J Hypertens. 2001;19(10):1913-9.

O PORTFÓLIO REFLEXIVO COMO ESTRATÉGIA INOVADORA DE ENSINO, APRENDIZAGEM, AVALIAÇÃO E POTENCIALIZADORA DO TRABALHO EM EQUIPE

Amaral, Ana Paula da Silva¹

Silva, Eunice Ferreira da²

Cotta, Rosângela Minardi Mitre³

Costa, Glauce Dias da⁴

Mendonça, Erica Toledo de⁵

Ferreira, Emily de Souza⁶

Introdução: O novo paradigma de ensino recomendado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos de saúde enfatiza a mudança do processo de ensino-aprendizagem, tendo os estudantes como protagonistas no processo¹. Para uma formação crítica e reflexiva, o uso de métodos ativos de ensino, aprendizagem e avaliação incentiva a participação dos estudantes em sua formação e na construção de uma lógica de cuidado ampliada e integral, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)². Nesse contexto, as metodologias ativas despontam como estratégias importantes no cenário da formação em saúde, pois permitem incorporar conhecimentos de forma significativa, duradoura, dialógica, criativa e transformadora, contrapondo-se à relação verticalizada, bancária e estática da educação tradicional³. Como método ativo, o portfólio destaca-se como instrumento/estratégia utilizado na disciplina de Políticas de Saúde do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) para promover o aprendizado sobre as políticas de saúde no Brasil e o SUS, de forma crítica, reflexiva, dialética e dialógica, estimulando o trabalho em equipe por meio do processo de construção coletiva. **Objetivo:** Analisar a percepção dos estudantes de Enfermagem sobre o processo de construção do portfólio reflexivo enquanto estratégia de ensino, aprendizagem e avaliação, na disciplina de Políticas de Saúde. **Metodologia:** Estudo de natureza qualitativa, realizado entre dezembro de 2014 a maio de 2015 com 32 estudantes de Enfermagem que cursaram a disciplina de Políticas de Saúde no segundo

¹Enfermeira. Residente em Enfermagem Obstétrica do Hospital Sofia Feldman. Belo Horizonte, MG, Brasil.

²Acadêmica de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil. e-mail: eunice.f.silva@ufv.br

³Terapeuta Ocupacional. Doutora em Saúde Coletiva. Coordenadora do Programa de Inovação em Docência Universitária (PRODUS). Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil

⁴Nutricionista. Doutora em Ciência da Nutrição. Professora Adjunto do Departamento de Nutrição e Saúde. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

⁵Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Professora Adjunto do Departamento de Medicina e Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

⁶Acadêmica de Nutrição. Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil.

semestre de 2014. Os portfólios foram construídos coletivamente por equipes de 6 ou 7 alunos e sua avaliação foi contínua e longitudinal, com três avaliações durante o semestre. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e análise documental dos 7 portfólios construídos coletivamente pelos estudantes. Para análise dos dados foi realizada a técnica de Análise do Conteúdo de Lawrence Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFV, protocolo nº 135/2012/ CEPH. **Resultados:** A análise dos dados permitiu a emergência de duas categorias temáticas: *“Processo de construção do portfólio: fatores facilitadores e dificultadores do trabalho em equipe”* e *“O portfólio como estratégia de ensino, aprendizagem e avaliação”*. A primeira categoria destacou o portfólio como potente indutor e potencializador do trabalho em equipe, estimulando o exercício do respeito entre pares, da interação, da escuta qualificada e da alteridade. Como fragilidade do processo de construção dos portfólios coletivos, os estudantes salientaram a dificuldade de gerirem o tempo para reuniões em horários compatíveis para os membros dos grupos, em virtude do grande acúmulo de tarefas comuns em currículos disciplinares e tradicionais. Os resultados apresentados na segunda categoria revelaram que os estudantes evidenciaram o portfólio como estratégia que permite (re)significar e aprofundar o conteúdo da disciplina, configurando-se como um método que potencializa o processo de ensino, aprendizagem e avaliação. **Discussão:** O portfólio é uma estratégia que promove a competência do aprender a conviver e a trabalhar em equipe, com base no protagonismo dos estudantes e na comunicação dialógica entre os diferentes sujeitos¹. Seu processo de construção permite com que os estudantes (re)pensem, analisem, reflitam, questionem e critiquem os problemas que são postos, o que contribui para uma participação interativa, dinâmica, reflexiva, comprometida e criativa⁴. O processo de desenvolvimento do portfólio facilitou a compreensão do conteúdo, o interesse e o envolvimento do estudante, que aponta que o processo de aprendizagem propiciado é profundo, como algo que fica na memória, que não se esquece⁵. A construção do portfólio como estratégia de ensino viabilizou ao educando possibilidades para a produção e (re)construção do saber ensinado³. Como competências adquiridas e desenvolvidas ao longo do semestre letivo, destacam-se a inquietude, a curiosidade, a postura indagadora, a interação coparticipativa entre todos, alunos e professores¹. **Conclusão:** A percepção dos estudantes de Enfermagem sinalizou que a utilização do portfólio como estratégia de ensino, aprendizagem e avaliação na disciplina de Políticas de Saúde foi positiva no que tange ao desenvolvimento de competências pelos estudantes, como o trabalho em equipe. A gestão do tempo foi uma dificuldade dos estudantes. Investir em metodologias inovadoras é investir em possibilidades de aprendizagem que transcendem o ambiente

universitário, e alcancem dimensões pessoais e profissionais. O portfólio reflexivo estimulou a capacitação de futuros profissionais de saúde aptos para o trabalho em equipe, competência imprescindível para o cuidado integral e efetivo dos indivíduos, famílias e comunidades. A construção do portfólio permitiu o desenvolvimento de competências nas quais o estudante e futuro profissional enfermeiro necessitam desenvolver para a atuação em equipes interdisciplinares, como a escuta qualificada, a capacidade crítica, reflexiva e argumentativa, o respeito entre pares, a interação, a alteridade e o conhecimento sobre o SUS. O portfólio mostrou-se como um grande potencial para ampliar, (re)pensar e inovar o ensino de graduação.

Descritores: Enfermagem; Ensino; Aprendizagem; Avaliação; Inovação.

Referências:

1. Cotta RMM, Costa GD, Mendonça ET. Portfólio reflexivo: uma proposta de ensino e aprendizagem orientada por competências. *Cienc Saude Colet.* 2013; 18 (6):1847-56.
- 2 Cotta RMM et al. Construção de portfólios coletivos em currículos tradicionais: uma proposta inovadora de ensino-aprendizagem." *Cienc Saude Colet.* 2012;17 (3):787-96.
3. Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa/ Paulo Freire.* 45 ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 2013.
4. Vaz DR, Prado C. Prática pedagógica reflexiva de licenciados de enfermagem: o portfólio como instrumento. *Rev Esc Enferm USP.* 2014; 48 (6):1103-10.
5. Costa GD, Cotta RMM. "Learning-by-doing": social representations of healthcare students regarding reflective portfolio as a teaching, learning and assessment method. *Interface - Comunic., Saude, Educ.* 2014; 18 (51): 771-84.

A PRÁTICA DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DA FAMÍLIA: ENTRE A AUTONOMIA E A DOMINAÇÃO DOS SUJEITOS

Caçador, Beatriz Santana¹

Dias, Mylene Mayara Santos Dias²

Brito, Maria José Menezes³

Ramos, Flavia Regina Souza⁴

Caram, Carolina da Silva⁵

Rezende, Lilian Cristina⁵

Introdução: A prática profissional do enfermeiro é permeada por conflitos éticos, os quais podem gerar vivências de sofrimento moral, que está associado à perda da capacidade de cuidar, bem como ao desenvolvimento de esgotamento profissional, impactando na configuração da identidade do enfermeiro. O termo sofrimento moral tem sido usado para descrever um tipo de sofrimento físico, emocional e psicológico que enfermeiros e outros profissionais vivenciam quando sua ação é incoerente com seus valores éticos e com seu julgamento moral¹. Há que se ressaltar que tanto no contexto hospitalar quanto na Atenção Primária à Saúde (APS) os enfermeiros referem angústia por terem sua prática limitada por forças externas, que os impelem a agir de modo incoerente ao seu julgamento moral. Se comparadas com as questões dramáticas que envolvem vida e morte no contexto hospitalar, as questões éticas inscritas no cotidiano da APS tendem a se apresentar de modo mais sutil e de difícil discernimento. A autonomia do enfermeiro no contexto da APS é maior, assim, o nível de responsabilidade também aumenta². Isto porque se amplia a complexidade das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais de saúde e aumentam seus limites e suas possibilidades de atuação, requerendo novas habilidades bem como o (re) pensar de suas identidades e dos processos de subjetivação a ela relacionados³. Importa destacar que, embora sejam reconhecidas as consequências do processo de sofrimento moral, as vivências e situações potencialmente geradoras na APS ainda são uma incógnita, assim como, é desconhecida a forma com a qual os enfermeiros de APS manejam e

¹ Enfermeira e Professora Assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais.

² Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa. E-mail: mylene.dias@ufv.br

³ Enfermeira e Professora Associada II do Departamento de Enfermagem Aplicada da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Doutora em Administração pela UFMG.

⁴ Enfermeira e Professora Titular da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Pós-doutorado em Educação pela Universidade de Lisboa.

⁵ Enfermeira e Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

enfrentam os problemas éticos. Nesse sentido, é fundamental compreender o processo, pois, caso contrário, se tornam inviáveis estratégias de enfrentamento, seja no âmbito individual e/ou organizacional². **Objetivo:** Compreender vivências de sofrimento moral de enfermeiros na saúde da família. **Metodologia:** O presente estudo pertence a um projeto multicêntrico, envolvendo Minas Gerais, Santa Catarina e Rio Grande do Sul, cujo objetivo é investigar o processo de angústia/sofrimento moral em enfermeiros em diferentes contextos de trabalho. Considerando a subjetividade que permeia o tema em questão, revelou-se a natureza qualitativa do estudo, para auxiliar o pesquisador na busca e na apreensão da subjetividade dos participantes do estudo, a qual é expressa por seus depoimentos. Os depoimentos revelam as vivências, os sentimentos, as associações e sentidos que os profissionais lidam no cotidiano de trabalho e da vida e, nesse estudo, será o substrato para a compreensão das vivências de sofrimento moral por enfermeiros. Trata-se de um recorte de tese de doutorado, na qual participaram treze enfermeiros de ESF, que atuam em dez centros de saúde de um município da região metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais. Os dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2015, por meio de entrevista orientada por roteiro semiestruturado, até que fosse alcançada a saturação teórica⁴. A análise dos dados foi orientada por três etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados e; a inferência e interpretação dos dados. Com relação aos aspectos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos, o projeto foi submetido e aprovado pelo comitê de ética da universidade proponente da pesquisa e também pelo comitê de ética do município que abriga os cenários deste estudo, em consonância com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12 (Protocolo: 18835013.0.0000.5324). **Resultados e Discussão:** Por natureza, a prática profissional de enfermagem traduz-se em um esforço moral, de tal modo que, problemas morais se tornam inerentes ao fazer do enfermeiro. Quando problemas morais não são resolvidos, compromete-se a integridade moral do enfermeiro, resultando em experiências de angústia/sofrimento moral, caracterizada por raiva, impotência, culpa e frustração. Tais vivências têm sido associadas com a perda da capacidade de cuidar, além de certa tendência em evitar o contato com o paciente. Assim, quanto maior o sofrimento, maior a probabilidade de abandono da profissão. Na saúde pública, tem sido pauta de debate e reflexão as questões bioéticas relativas ao limite tênue entre responsabilização e a autonomia dos sujeitos. Assim, os enfermeiros vivenciam sofrimento moral por não considerarem, do ponto de vista moral, legítima a intervenção que lhes é outorgada de controlar os comportamentos e a vida dos sujeitos sob sua responsabilidade sanitária. Entendem que essa prática, de algum modo, fere a autonomia dos sujeitos e o desenvolvimento de seu processo de responsabilização com seus modos singulares de viver. Neste caso,

consideram como conduta eticamente adequada, sustentar sua prática profissional em ações, que de algum modo, contribuam para o processo de autonomia dos usuários e, não, em práticas que reforcem dependência dos usuários ao serviço de saúde e aos profissionais. Os enfermeiros, mesmo não concordando com este processo e julgando-o inadequado moralmente, são os agentes que operam, no cotidiano, esta prática. Dessa contradição emergem as vivências de angústia e sofrimento moral. Nessa perspectiva, quando os enfermeiros encontram no cotidiano de trabalho obstáculos para efetuar uma prática por eles considerada a mais adequada e eticamente fundamentada, sentem-se impelidos a comprometerem seus valores e padrões morais pessoais e até profissionais, configurando vivências de sofrimento moral⁵. **Conclusão:** O estudo permitiu compreender as vivências de sofrimento moral de enfermeiros que atuam na saúde da família. Tais vivências se relacionam com a prática profissional que lhes é outorgada pela gestão macro e micropolítica. Assim, sentem que seu fazer reforça estratégias de dominação dos sujeitos, fortalecendo sua dependência aos serviços de saúde e aos profissionais. Assim, os usuários não se responsabilizam pelo seu processo de cuidado e esta lógica é perpetuada pela gestão, a qual delibera sobre o trabalho do enfermeiro na saúde da família, fazendo com que sua prática reforce esse paradigma. Revela-se a importância de estudos qualitativos para aprofundar análises teóricas sobre sofrimento moral no âmbito da atenção primária no sentido de identificar as situações potencialmente geradoras do processo para que seja possível elaborar dispositivos de enfrentamento institucionalmente respaldados.

Descritores: Enfermagem; Sofrimento Moral; Estratégia Saúde da Família.

Referências:

1. McCarthy J & Gastman CS. Moral distress: A review of the Argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*. 2015; 22(1): 131–152.
2. Laabs CA. Primary care nurse practitioners' integrity when faced with moral conflict. *Nursing Ethics*. 2007; 14(6).
3. Caçador BS, Brito MJM, Moreira DA., Rezende LC, Vilela GS. Ser enfermeiro na estratégia de saúde da família: desafios e possibilidades. *Rev. Min. Enferm.* 2015; 19(3): 612-619.
4. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 389-394.
5. Dalmolin GL, Lunardi VL, Barlem ELD, Silveira RS. Implicações do sofrimento moral para os (as) enfermeiros (as) a aproximações com o bournaut. *Texto & contexto enferm.* 2012; 21(1): 200-208.

A TAXONOMIA III DA NANDA-I: CARACTERÍSTICAS E ESCLARECIMENTOS

Santos, Willians Guilherme dos¹

Balbino, Paula Coelho¹

Valente, Pâmela Torres¹

Beirigo, Brenda Alves¹

Santiago, Anna Clara¹

Melo, Daiane Crisley Matos¹

Ladeira, Ana Karolina¹

Toledo, Luana Vieira²

Introdução: A North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) internacional é uma organização profissional para enfermeiros que tem somado esforços para padronizar a terminologia de enfermagem. Para isso, desde sua fundação em 1982, desenvolve pesquisas, dissemina e refina as nomenclaturas, os critérios e a taxonomia dos diagnósticos de enfermagem¹. A Taxonomia I, monoaxial, da NANDA-I organizava os diagnósticos a partir de nove categorias, chamadas padrões de respostas humanas. Diante da identificação e aprovação de novos diagnósticos de enfermagem, percebeu-se que a classificação em padrões de respostas humanas não seria mais suficiente para o elenco de diagnósticos presentes. Assim, entre os anos de 1994 e 1996, iniciaram-se estudos conduzidos pelo Comitê de Taxonomia da NANDA com o objetivo de propor possíveis maneiras de reorganizar os diagnósticos de enfermagem, culminando em quatro formas: a primeira delas baseada na análise “Q-sort” naturalístico; a segunda a partir de Jenny¹; a terceira seguindo-se a organização da Nursing Outcomes Classification (NOC) e a quarta, compreendendo a organização por Padrões Funcionais de Saúde, proposto por Gordon¹. Em 1998 aprovou-se, na Conferência NANDA-I, a Taxonomia II, multiaxial, adotando-se os Padrões Funcionais de Saúde como método de organização, o qual tem sido adotado até o momento. De forma a aprimorar a taxonomia II, na Conferência NANDA-I, realizada em 2014, foi apresentada a Taxonomia III, que emprega um novo modelo de organização dos diagnósticos. Assim, o presente trabalho surgiu dos questionamentos em relação ao motivo que levou a mudança na Taxonomia II e como foi estruturada a Taxonomia III. **Objetivo:**

¹Graduando(a) do Curso de Enfermagem na Universidade Federal de Viçosa. wguilhermesantos@gmail.com

² Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Docente do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

Compreender as características da Taxonomia III dos Diagnósticos de Enfermagem, proposto pela NANDA-I. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional com abordagem descritiva a partir de uma pesquisa bibliográfica. De modo a permitir um aprofundamento, buscou-se identificar a autora principal da proposta da Taxonomia III, sendo esta a professora da Oslo University College Gunn von Krogh. Com este dado, foi realizada uma pesquisa na biblioteca *Willey online Library*, em cuja *International Journal of Nursing Terminologies and Classification* está indexada. Incluíram-se na pesquisa todos os textos publicados pela autora, independente da data. Foram encontrados 10 trabalhos, entre 2008 e 2012. Após a leitura do título e do resumo, observou-se que um artigo original e dois relatórios da diretoria executiva da NANDA-I corroboraram com a proposta do presente trabalho. **Resultados/Discussão:** Identificou-se que maiores esclarecimentos sobre a Taxonomia III foram fornecidos na Conferência Internacional da NANDA-I, realizada no ano de 2010, em Madri, no 39º Simpósio Latino Americano de NANDA-I ocorrido no ano de 2011, na cidade de São Paulo e na Conferência Internacional da NANDA-I realizada no ano de 2014, em Porto.^{3,4} Primeiramente, Krogh concluiu que a Taxonomia II apresenta inúmeros problemas, destacando-se a incapacidade de atender ao critério de completude do domínio para o eixo cliente, razão pelo qual o nível de abstração de muitos domínios é baixo². A autora afirma que para aumentar o nível de abstração, seria necessária a criação de outros domínios, o que tornaria a Taxonomia II inviável na prática clínica². Verificou-se que há problemas associados com a filiação e a relação natural entre domínios e classes, levando a divergir na localização taxonômica, materializando a necessidade de rever a taxonomia no sentido de estabelecer uma ontológica correspondência entre domínios, classes e conceitos². A Taxonomia II reflete uma orientação pragmática, o que limita as orientações existenciais e fenomenológicas. Diante dessa necessidade, Krogh propôs a Taxonomia III, a fim de avaliar o indivíduo em relação aos aspectos da saúde humana sob a ótica de três domínios: fisiológico, mental e existencial. Inserem-se no domínio fisiológico as classes que abordam a circulação, a respiração, a regulação física, a nutrição, a eliminação, a pele, os tecidos e a resposta neurológica. No domínio mental, incluem-se as classes de cognição, autoconceito e regulação de humor. No existencial pode-se avaliar questões referentes às classes de conforto, bem estar, princípios de vida e enfrentamento. A potencialidade e a vulnerabilidade humana compreendem dois domínios, sendo estes o funcional e o da segurança. Dentro do domínio funcional estão as classes processos de vida, habilidade física, balanço energético, comunicação, função social, autocuidado e promoção da saúde. No domínio segurança, encontram-se as classes autodestruição, violência, perigo à saúde e ocupacional. Quanto aos aspectos de influências na saúde

humana ou problemas próprios de saúde, a taxonomia compreende dois domínios, os quais são descritos como família e ambiente. No domínio família estão as classes relacionadas à reprodução, aos papéis de cuidado e à unidade familiar. O domínio ambiente compreende as classes saúde comunitária e sistemas de saúde. Assim, a partir dos sete domínios e 30 classes, os 469 diagnósticos de enfermagem validados foram reorganizados, materializando a Taxonomia III da NANDA-I⁵. **Conclusão:** Acredita-se que a redução de domínios facilitará, na prática clínica, o uso da taxonomia, além de permitir a correta relação ontológica entre domínios, classes e conceitos. Além disso, será mais palpável a ligação entre as Nursing Intervention Classification e Nursing Outcomes Classification, reafirmando a necessidade da aliança NNN.

Descritores: Enfermagem; Processos de Enfermagem; Classificação.

Referências:

1. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification: 2001/2002. Philadelphia: NANDA; 2001.
2. Krogh G. Na examination of the NANDA International Taxonomy for Domain Completeness, Ontological Homogeneity, and Clinical Functionality. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 19(2), April-June, 2008.
3. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International News. Report of the Executive Director. 2010.
4. North American Nursing Diagnosis Association. NANDA International News. Report of the Executive Director. 2010.
5. North American Nursing Diagnosis Association. Nursing Diagnoses: definitions and classification: 2015/2017. Philadelphia: NANDA; 2015.

O USO DO DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO (DEA) EM LOCAIS PÚBLICOS: ANÁLISE DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA

Sacramento, Débora de Oliveira¹

Sá, Flávia Batista Barbosa de²

Paiva, Luciano Côrtes³

Carneiro, Nicoli Souza⁴

Santos, Mateus de Souza⁵

Alves, Katiusse Rezende⁶

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) é um evento súbito que tem vitimado cerca de 200.000 pessoas, por ano, no Brasil, sendo que metade destes ocorrem em ambientes extra-hospitalares, em locais com alta circulação de pessoas como shoppings, aeroportos, residências, estádios, entre outros ⁽¹⁾. A Fibrilação Ventricular (FV) e a Taquicardia Ventricular (TV) são os ritmos cardíacos mais comuns detectados em PCR extra-hospitalar e estes podem ser reversíveis utilizando-se um Desfibrilador Externo Automático (DEA). O DEA é um equipamento portátil, que libera energia elétrica por choque bifásico em Joules (watts/segundo) através de pás com eletrodos que são colocadas sob o tórax da vítima. Diferente dos outros desfibriladores, sua menor complexidade em tamanho e manuseio permite que ele seja utilizado por leigos que passaram por treinamentos ⁽²⁾. A *AHA (American Heart Association)* define o sucesso da ressuscitação cardiopulmonar como a precoce realização de compressões torácicas e a rápida desfibrilação ⁽³⁾. Associando tal informação às altas taxas de PCR extra-hospitalares, observamos a necessidade dos locais públicos disponibilizarem o DEA de forma fácil e rápida, porém acredita-se que este dispositivo não tornou-se usual no Brasil. Com intuito de conhecer a realidade da legislação brasileira sobre a disponibilidade do DEA é que propôs-se este estudo. **Objetivo:** Realizar um levantamento bibliográfico da legislação brasileira no que se refere à normatização do uso do DEA em locais públicos. **Metodologia:** Trata-se de um levantamento bibliográfico de cunho legislativo no que tange às leis referentes à normatização do uso

¹Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: deboraosacramento18@gmail.com

² Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF.

³Enfermeiro Especialista em Urgência e Emergência. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁵Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

⁶Enfermeira. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Enfermagem.

do DEA em locais públicos. Foram investigadas leis nacionais e estaduais, sem recorte temporal, sendo analisadas e apresentadas a seguir as leis encontradas no território nacional que dispõem sobre a temática. **Resultados e Discussão:** Considerando a sua importância e seguindo as orientações das diretrizes da AHA, o governo federal brasileiro criou o projeto de Lei N.º 4.050-A, de 2004, que dispõe sobre a obrigatoriedade de equipar com desfibriladores cardíacos os locais públicos específicos para intervenções em caso de PCR, porém não são todos os estados que possuem a lei e a aplicam ^(4,5). Dos 27 estados brasileiros apenas 8 dispõem da lei que versa sobre a obrigatoriedade do DEA ⁽⁴⁾. O estado do Amazonas (AM) possui a Lei Promulgada 260/2015 e abrange locais com mais de mil e quinhentas pessoas circulando e empresas com mais de cinquenta funcionários; rodoviárias, portos, aeroportos, estádios e centros comerciais como locais obrigatórios ⁽⁴⁾. O Distrito Federal (DF) com o Projeto de Lei nº 4.050/2004 estende a obrigatoriedade do DEA às estações rodoviárias e ferroviárias, portos, aeroportos, centros comerciais, estádios e ginásios esportivos, hotéis, templos e outros locais com aglomeração ou circulação igual ou superior a duas mil pessoas por dia ⁽⁵⁾. Em Minas Gerais (MG) a lei nº 15.778 de 26/10/2005, preconiza locais de eventos com previsão de concentração ou circulação diária igual ou superior a mil e quinhentas pessoas ⁽⁴⁾. Na Paraíba (PB), a lei nº 10.469 de 03/06/2015 torna obrigatória em centros de compras, aeroportos, rodoviárias, estádios, feiras de exposição e outros eventos ⁽⁴⁾. Em Pernambuco (PE), a lei nº 13.109 de 28/09/2006 exige em todos os locais públicos onde circulem, diária ou periodicamente, número igual ou superior a duas mil pessoas ⁽⁴⁾. Já em Santa Catarina (SC), com a lei nº 15.078 de 30/12/2009, estádios, ginásios esportivos, centros comerciais, outros estabelecimentos, atividades e eventos com mais de mil e quinhentas pessoas são locais obrigatórios ⁽⁴⁾. No estado de São Paulo (SP), a lei nº 12.736 de 15/10/2007, abrange centros de compras, aeroportos, rodoviárias, estádios de futebol, feiras de exposições e outros eventos ⁽⁴⁾. No Rio Grande do Sul (RS), com a lei nº 13.109 de 2008, tornam-se obrigatórios estádios, ginásios esportivos, centros comerciais e outros estabelecimentos, eventos com previsão de concentração ou intensa circulação igual ou superior a cinco mil pessoas ⁽⁴⁾. **Conclusão:** Embora as estatísticas epidemiológicas sobre agravos cardiovasculares e mortalidade apontem um crescente aumento no número de morte e ocorrências relacionadas à PCR, mesmo com a existência de uma lei federal que determina a obrigatoriedade do DEA em locais públicos, observa-se a existência das leis em muito menos da metade dos estados brasileiros. Sendo assim, ainda é necessária a criação de projetos que contribuam para o treinamento de leigos em como agir diante de uma PCR e como utilizar o DEA. O fato de existir uma lei não isenta o poder público de capacitar os leigos a utilizar adequadamente o DEA e a realizar

as manobras de ressuscitação cardiopulmonar. Além disso, a lei existe, porém falta fiscalização que assegure o seu cumprimento e estatísticas que demonstrem seu efetivo funcionamento.

Descritores: Parada Cardíaca; Leis; Ressuscitação Cardiopulmonar; Desfibriladores.

Referências:

1 Gonzalez MM, Timerman S, Gianotto-Oliveira R, Polastri TF, Canesin MF, Lage SG, et al. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq. Bras. Cardiol. 2013;101 (2 supl): 3.

2 Souza BC, Romanelli BB, Silva KR. Ressuscitação Cardiocerebral Básica Precoce. Considerações sobre o treinamento dos leigos no Brasil. NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências. 2015; 4(8): 36-44.

3 Hazinsky MF, Shuster M, Donnino MW, Travers AT, Samson RA, Schexnayder SM, et al. American Heart Association. Atualização das Diretrizes de RCP e ACE, 2015.

4 Portal da Legislação do Governo Federal. Legislação Estadual [acesso em 14 de abril de 2016]. Disponível em: www4.planalto.org.br/legislação/legislação-estadual/legislações-estaduais.

5 Brasil. Lei nº 4.050 de 2004. Coordenação de Comissões Permanentes do Distrito Federal, 10 de dezembro de 2004.

CATETERISMO NASOENTÉRICO: O DESENVOLVIMENTO DE UM MATERIAL DIDÁTICO COMO FERRAMENTA DE APOIO NAS ATIVIDADES DE ENSINO E APRIMORAMENTO DAS HABILIDADES EM ENFERMAGEM

Santos, Willians Guilherme¹

Vieira, Jéssica Caroline Louzada¹

Lopes, Amanda Martins¹

Ribeiro, Luciane²

Souza, Cristiane Chaves de ³

Salgado, Patrícia de Oliveira ⁴

Junior, Pedro Paulo do Prado ⁵

Introdução: O cateterismo nasoentérico (CNE) é uma técnica que consiste na instalação de um cateter no interior do estômago ou intestino delgado. Tem como objetivo estabelecer uma via para administração de dieta e medicamentos em pacientes com trato gastrointestinal funcionante, mas que se encontram com ingestão oral insuficiente¹. É a via de escolha para administração de suporte nutricional por período curto, de até quatro semanas. São indicações para a realização desse procedimento: desnutrição, distúrbios gastrointestinais como fístulas, colite ulcerativa, Doença de Crohn, pancreatite leve; condições hipermetabólicas, coma, cirurgia maxilofacial, alcoolismo, anorexia nervosa, e terapia do câncer¹. Apesar de ser uma técnica relativamente simples, pode ocasionar complicações importantes como o posicionamento inadvertido do cateter na árvore brônquica e consequente aspiração da nutrição enteral para o interior dos pulmões. O CNE é uma ação fundamental na assistência de enfermagem ao paciente com necessidade de suporte nutricional. De acordo com a Resolução do COFEN nº0453/2014², o acesso ao trato gastrointestinal é uma atividade privativa do Enfermeiro. Dessa forma, faz-se necessário que os enfermeiros tenham conhecimento científico e habilidade técnica para realizar esse procedimento de forma correta e segura. Neste sentido, a Liga Acadêmica de Fundamentos de Enfermagem (LAFEN) composta por docentes e discentes do Curso

¹ Discente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. jessica.louzada@ufv.br

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da UFJF. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Assistente II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa. Professor Assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa propôs a elaboração de um material educacional sobre a realização do CNE a fim de facilitar o ensino e aprimoramento das habilidades de enfermagem referentes a essa técnica. É importante destacar que dentre as atividades desenvolvidas pela LAFEN, destaca-se a contribuição com o Laboratório de Habilidades de Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV para a produção de materiais educacionais que serão utilizados como facilitadores no ensino das habilidades de enfermagem. **Objetivo:** relatar a experiência de construção de um material educacional para ser utilizado no ensino e aprimoramento da técnica de CNE. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência na produção de material educacional por discentes e docentes integrantes da LAFEN do curso de Enfermagem da UFV. O trabalho foi desenvolvido no mês de abril de 2016 no Laboratório de Habilidades em Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Utilizou-se dos materiais e simulador de baixa fidelidade disponíveis no Laboratório para simular a execução do procedimento e fotografar o passo a passo de cada etapa da realização do CNE. Para registro fotográfico foi utilizada a câmera digital Sony HX400v 20.4 MP. O material foi impresso em papel fotográfico nas dimensões de 80x60 cm. **Resultados:** Foi produzido um material educacional do tipo quadro ilustrativo contendo o passo a passo para a realização do CNE. Para tanto, após a revisão da literatura, os membros da LAFEN realizaram a técnica de CNE em simulador no Laboratório de Habilidades e, durante a execução da técnica pelos estudantes de enfermagem, realizou-se o registro fotográfico do passo a passo. Posteriormente, foi montado um quadro com a descrição da técnica ilustrado com as fotografias correspondentes a cada passo. **Discussão:** Considerando que o CNE é um procedimento invasivo que envolve complicações importantes e que os alunos apresentaram demandas e dificuldades durante o ensino desta habilidade de enfermagem, percebeu-se a necessidade da construção do material educacional, pois a utilização de metodologias ativas proporciona a possibilidade de construir novas formas de trabalhar a formação em saúde no Ensino Superior, superando assim os modelos tradicionais de ensino³. Toda a atividade foi coordenada pelos docentes membros da LAFEN. O material educacional construído tem sido utilizado por estudantes de Enfermagem durante as aulas práticas e monitorias da disciplina Habilidades em Enfermagem II do curso de graduação em Enfermagem da UFV. Além disso, o material tem sido utilizado, de forma itinerante, em atividades desenvolvidas pela LAFEN, aos quais envolvem simulações realísticas e de educação permanente com enfermeiros do município de Viçosa e região. Aos estudantes de enfermagem, o material didático possibilitou o desenvolvimento da autonomia no aprendizado e na interação entre os participantes⁴. Por conseguinte, tem contribuído no desenvolvimento das capacidades técnicas de enfermagem, ampliando

a destreza manual, a segurança, a ética, a competência de observação, o conhecimento, a fixação dos conteúdos ministrados, correlacionando assim, a teoria com a prática⁵. E, desta forma, torna os acadêmicos mais confiantes ao entrarem em contato com o paciente, durante as aulas práticas e estágio nas instituições de saúde. Aos enfermeiros, o instrumento didático permite a busca contínua pela educação no que tange a atualização e o aprimoramento do conhecimento, como também o desenvolvimento de novos saberes, que proporciona o preparo para atuar na assistência e vivenciar cada cuidado de modo transformador. **Conclusão:** a LAFEN tem desenvolvido diversas ações, dentre elas a construção do material educacional para o ensino e aprimoramento da técnica de CNE, contribuindo, assim, para a formação de futuros Enfermeiros e atualização dos profissionais por meio da educação permanente. Como perspectiva, vislumbra-se a construção de outros materiais didáticos abordando as demais técnicas inerentes à assistência de Enfermagem.

Descritores: Nutrição Enteral; Cateteres; Ensino; Educação Continuada; Enfermagem.

Referências:

1. Hinkle JL, Cheever KH. Brunner & Suddarth - Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2016.
2. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN Nº 0453/2014: Aprova a Norma Técnica que dispõe sobre a Atuação da Equipe de Enfermagem em Terapia Nutricional, 2014.
3. Abreu AG, Freitas JS, Berte M, Ogradowski KRP, Nestor A. O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência. *Ciência e Saúde*. 2014; 7(3).
4. Correa MA. Os materiais didáticos como recursos fundamentais de potencialização da qualidade do ensino e aprendizagem na EAD. *E-Tech: Tecnologias para Competitividade Industrial*, Florianópolis. 2013; 6 (1):125-140.
5. Schmitt MD, Ribeiro MC, Adamy EK, Brum MLB, Zanotelli SS. Contribuições da monitoria em semiologia e semiotécnica para a formação do enfermeiro: relato de experiência. *UDESC em ação: Revista de Extensão*. 2013; 7(1).

O CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA COMO CAMPO DE ESTÁGIO SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM, UMA OPORTUNIDADE DE CRESCIMENTO PROFISSIONAL E PESSOAL PARA O ESTUDANTE

Costa, Geisiane de Souza¹

Silva, Rosilene Celço²

Pardinho, Valéria Pereira²

Lopes, Cláudia Aparecida³

Mendonça, Érica Toledo de⁴

Lorenzoni, Daniela Peixoto⁵

Introdução: Na atualidade o ensino da enfermagem entrelaça e interpassa o teórico-prático, onde a teoria construída em sala de aula é posta em pratica nos campos de ensino inseridos nos serviços de saúde, que abrem suas portas tornando-se locais de construção de conhecimento¹. As experiências vivenciadas possibilitam ao estudante a oportunidade de desenvolver habilidades e competências específicas que ajudam a compor o perfil do profissional de saúde¹. Segundo as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) a articulação de atividades teóricas e práticas durante toda a formação do enfermeiro são parte fundamental da estrutura curricular da Graduação em Enfermagem, que deve ocorrer de forma integrada e interdisciplinar². O estágio supervisionado compõe uma obrigatoriedade a ser incluída no currículo do Curso de Enfermagem, constituindo-se de uma carga horaria mínima de 20% do total de horas do curso de graduação em questão². Este deverá ser realizado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica dos serviços de saúde e comunidades, com a supervisão do aluno pelo docente e participação efetiva dos enfermeiros do serviço de saúde, garantindo assim uma maior integração ensino-serviço². Neste contexto, o Centro de Terapia Intensiva (CTI), que é um complexo formado de várias Unidades de Terapia Intensiva (UTI) caracterizada como uma área crítica destinada a internação e tratamento de pacientes graves, cujo atendimento requer atenção especializada e de forma continua para o diagnóstico, monitorização e terapia³, configura-se então um setor de alta complexidade, com tecnologias de alta densidade que possibilitará ao estudante a oportunidade de vivenciar experiências únicas e com características distintas de

¹Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG. Email: geisy_desouza@yahoo.com.br

² Enfermeiro (a) do Centro de Terapia Intensiva do Hospital São João Batista, Viçosa - MG

³ Enfermeiro (a) Coordenadora do Centro de Terapia Intensiva do Hospital São João Batista, Viçosa - MG

⁴ Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG.

⁵ Enfermeira, Especialista em Gestão da Clínica na Atenção Primária a Saúde. Enfermeira no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

outros campos da prática de assistência à saúde. **Objetivo:** Relatar a experiência vivenciada no CTI do Hospital São João Batista (HSJB) durante estágio supervisionado do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo que relata a experiências de um discente de Enfermagem durante as primeiras atividades do estágio supervisionado, a partir das observações e vivências práticas. As atividades foram realizadas nas dependências do CTI do HSJB durante o mês de março de 2016. **Resultados/Discussão:** O CTI do HSJB é constituído de 9 leitos, sendo 1 leito de isolamento, dispostos de forma a permitir a visualização contínua do paciente, garantindo assim possibilidade de intervenções rápidas quando necessário. A equipe de enfermagem é composta por uma enfermeira coordenadora, enfermeiros assistenciais e técnicos de enfermagem que se organizam entre si a fim de prestar a melhor assistência possível ao paciente internado. Dentro do setor o discente tem a oportunidade de observar e desenvolver competências e habilidades assistenciais e gerenciais que fazem parte da rotina do serviço de saúde, sem contudo dissociar a humanização do cuidado mesmo em meio a equipamentos com alta densidade tecnológica. O estágio supervisionado é uma atividade acadêmica extremamente rica em experiências que trazem grandes contribuições à formação profissional do estudante. Sendo assim, é uma oportunidade de desconstruir a dissociação entre o aprender e o fazer assimilados na academia, a fim de que o discente seja capaz de compreender e intervir na realidade, assim como desenvolver o pensamento crítico-reflexivo do serviço ao qual será posteriormente inserido⁴. Das atividades desenvolvidas pelo aluno, estão: reconhecimento do setor (estrutura e funcionamento), desenvolvimento e elaboração do diagnóstico situacional, acompanhamento da passagem de plantão, provisão de recursos materiais, planejamento da assistência humanizada priorizando as principais necessidades do paciente, participação em reuniões multidisciplinares, prescrição e execução de cuidados de enfermagem, realização das etapas do processo de enfermagem, realização de procedimentos privativos do enfermeiro (passagem de cateter vesical de demora ou de alívio, cateter nasoentérico, nasogástrico, avaliação de feridas, aferição de pressão venosa central, entre outros) sob supervisão direta do enfermeiro do setor, realização de procedimentos de rotina (administração de medicamentos e dieta, banho, troca de curativos, aspiração, mudança de decúbito, aprazamento e checagem de prescrições de medicação, exame físico, entre outros), auxílio em pequenos procedimentos invasivos característicos do setor (passagem de cateter central, cateter hemodialítico, entubação, colocação de dreno torácico, desbridamento microcirúrgico de úlceras e feridas), entre outros. Neste contexto, o discente tem a oportunidade de desenvolver competências e habilidades de ambiência, administrativas, assistenciais, educativas e ético-políticas necessárias ao

profissional de saúde formado “com”, “no” e “para” o Sistema Único de Saúde, atendendo as necessidades do paradigma assistencial baseado no modelo da produção social da saúde. **Conclusão:** O estágio supervisionado possibilita a construção do conhecimento do que é ser enfermeiro para os acadêmicos. Deste modo, faz-se necessário no processo de formação do profissional de saúde, a fim de possibilitar o desenvolvimento de competências e habilidades práticas para que o acadêmico, ao se tornar um profissional de saúde, tenha consciência crítica e reflexiva da realidade ao qual está inserido e preste uma assistência integral, humanizada e de qualidade ao paciente/família/comunidade.

Descritores: Educação em Enfermagem; Ensino; Serviços de Integração Docente-Assistencial; Estágio.

Referências:

1. Merighi MAB, Jesus MCP, Domingos SRF, Oliveira DM, Ito TN. Ensinar e Aprender no Campo Clínico: perspectivas de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2014; 67 (4): 505-11.
2. Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição. Parecer CNE/CES nº 1.133, de 7 de agosto de 2001.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010.
4. Lima TC, Paixão FRC, Cândido EC, Campos CJG, Ceolim MF. Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. Rev Bras Enferm. 2014; 67(1): 133-40.

O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A GESTÃO DA QUALIDADE: UMA ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Barral, Rita de Cássia Vaz¹

Tavares, Greicy Kelly Franco¹

Siman, Andréia Guerra²

Carvalho, Camilo Amaro³

Amaro, Marilane de Oliveira Fani⁴

Introdução: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) é uma das principais estratégias indutoras de qualidade criada pelo Ministério da Saúde¹. Este programa foi instituído pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde (MS) em 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, debateram e formularam soluções para viabilizar um programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica (AB) em todo o Brasil². O principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da AB, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB em Saúde³. O PMAQ está organizado em quatro fases que se complementam e que constituem um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da AB. A primeira fase consiste na etapa formal de adesão ao programa. A segunda fase consiste na etapa de desenvolvimento do conjunto de ações que serão empreendidas pelas equipes de Atenção Básica, pela gestão municipal e estadual juntamente com o MS. A terceira fase consiste na avaliação externa e a quarta fase é a reconstrução com o incremento de novos padrões e indicadores de qualidade, estimulando a institucionalização de um processo cíclico e sistemático a partir dos resultados alcançados pelos

¹Acadêmica(s) de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, email: rita.barral@ufv.br

²Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora assistente I do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³Farmacêutico. Doutorado em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa. Professor Adjunto II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴Enfermeira. Doutorado em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa. Professora Adjunto II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

participantes do PMAQ². **Objetivo:** Descrever as dificuldades para a implantação do PMAQ nas unidades de ESF sob a ótica dos Agentes Comunitários de Saúde das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa em que foram sujeitos 47 agentes comunitários de saúde atuantes nas ESF's de uma cidade do interior de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2015 e foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado utilizando como critérios de inclusão todos os agentes comunitários de saúde que trabalhavam nas unidades de ESF do município e que não estavam afastados do cargo por qualquer motivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob parecer nº 1.146.811. Os dados coletados foram analisados sob a ótica da Análise de Conteúdo de Bardin⁴. **Resultados e Discussão:** A idade dos sujeitos variou entre 25 e 51 anos. Da análise dos dados coletados emergiu uma categoria temática: *Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: dificuldades e fragilidades*. Percebeu-se que há uma deficiência em relação a estrutura física nas unidades de ESF, pois a maioria funcionava em casas alugadas, resultando em um ambiente pouco acolhedor. Segundo o Manual Instrutivo do programa ainda há grandes desafios em relação a precariedade da rede física, com parte expressiva de UBS em situação inadequada, ambiência pouco acolhedora das UBS, transmitindo aos usuários uma impressão de que os serviços ofertados são de baixa qualidade e negativamente direcionados à população pobre, confirmando o que apontam os entrevistados². É de responsabilidade da Secretária Municipal de Saúde garantir a estrutura física necessária para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas, podendo contar com apoio técnico e/ou financeiro das Secretarias de Estado da Saúde e do Ministério da Saúde⁵. Verifica-se também que há uma fragilidade relacionada aos recursos humanos. Algumas equipes de ESF apresentaram número de agentes comunitários insuficientes. A sobrecarga das equipes de ESF com número excessivo de pessoas sob sua responsabilidade é um grande desafio para a qualificação da atenção básica, pois compromete a cobertura e a qualidade das ações ofertadas². Assim como a estrutura física, selecionar, contratar e remunerar os profissionais que compõem as equipes multiprofissionais da Atenção Básica também é de responsabilidade da gestão municipal⁵. **Conclusão:** A qualidade da assistência à saúde na atenção primária é cada vez mais preocupante. Há uma exigência pela qualidade do serviço, o que faz com que as práticas sejam cada

vez mais aprimoradas. Em contrapartida, muitos problemas ainda são encontrados, como a precariedade da rede física e recursos humanos inadequados. É de suma importância que os desafios encontrados possam ser superados para que se tenha uma prestação de serviços de qualidade no âmbito da atenção primária e que o PMAQ possa cumprir sua finalidade aprimorando o cuidado prestado aos indivíduos e a coletividade.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Agentes Comunitários de Saúde; Qualidade da Assistência à Saúde.

Referências:

1. Brasil, MS. Auto avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade; 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde) Brasil- DF, 2013.
2. Brasil, MS. Saúde mais perto de você - Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Manual instrutivo; 62 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Brasília- DF, 2012.
3. Cartilha PMAQ - Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica, Material adaptado do Manual Instrutivo do PMAQ. Cuiabá-MT; 2012.
4. Bardin, L. Análise de Conteúdo. 6 ed. Lisboa, Portugal: Edições 70; 2011.
5. Brasil, MS. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

A ENFERMAGEM E A GESTÃO DA QUALIDADE: UMA ANÁLISE SOBRE O PROGRAMA NACIONAL DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA

Tavares, Greicy Kelly Franco¹

Barral, Rita de Cássia Vaz Barral¹

Siman, Andréia Guerra²

Carvalho, Camilo Amaro³

Amaro, Marilane de Oliveira Fani⁴

Introdução: O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) tem como objetivo incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos nas unidades básicas de Saúde por meio das equipes de Atenção Básica à Saúde¹. Foi instituído pela Portaria nº 1.654 do Ministério da Saúde (MS) em 19 de julho de 2011, e foi produto de um importante processo de negociação e pactuação das três esferas de gestão do SUS que contou com vários momentos, nos quais o MS e os gestores municipais e estaduais, representados pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), respectivamente, debateram e formularam soluções para viabilizar um desenho do programa que possa permitir a ampliação do acesso e melhoria da qualidade da atenção básica em todo o Brasil². O principal objetivo do PMAQ é induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde³. Todas as equipes de saúde da atenção básica, incluindo as equipes de saúde bucal, podem aderir ao PMAQ, desde que se encontrem em conformidade com os princípios da Atenção Básica. As adesões são voluntárias e pressupõem um processo inicial de pactuação entre equipes de Atenção Básica e gestores municipais, que devem anteceder a formalização de adesão dos

¹ Acadêmica(s) de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: greicy.tavares@ufv.br

² Enfermeira. Doutoranda em enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Professora assistente I do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Farmacêutico. Doutorado em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa. Professor Adjunto II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeira. Doutorado em Biologia Celular e Estrutural pela Universidade Federal de Viçosa. Professora Adjunto II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

municípios com o Ministério da Saúde³. **Objetivo:** Descrever as dificuldades para a implantação do PMAQ nas unidades de ESF sob a ótica dos enfermeiros das unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de um município do interior de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa em que foram sujeitos 12 enfermeiros atuantes nas ESF's de uma cidade do interior de Minas Gerais. A coleta de dados ocorreu no período de abril a agosto de 2015 e foi realizada por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado utilizando como critérios de inclusão todos os enfermeiros que trabalhavam nas unidades de ESF do município e que não estavam afastados do cargo por qualquer motivo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, inscrito sob parecer nº 1.146.811. Os dados coletados foram analisados sob a ótica da Análise de Conteúdo de Bardin⁴. **Resultado e Discussão:** A idade dos sujeitos variou entre 31 e 51 anos e tempo de atuação em ESF entre 6 meses a 15 anos. Da análise dos dados coletados emergiu uma categoria temática: *Vivenciando o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: aspectos dificultadores*. Pode-se perceber uma grande preocupação dos sujeitos em relação aos recursos materiais que são insuficientes pois as metas preconizadas pelo PMAQ dependem de insumos materiais que não estão sendo oferecidos pelos gestores. Segundo a Política Nacional da Atenção Básica, compete às secretarias municipais de saúde garantir recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o funcionamento das Unidades Básicas de Saúde e para a execução do conjunto de ações propostas⁵. No manual instrutivo do PMAQ, torna-se evidente a importância dos recursos materiais para que o serviço possa ser oferecido à população com maior qualidade possível, pois um dos itens de monitoramento pertencente à gestão local dos centros de saúde diz respeito aos equipamentos, insumos, imunobiológicos e medicamentos². Outro aspecto dificultador é o desconhecimento da população sobre o PMAQ. Sabe-se que é necessário um maior empenho dos usuários em cobrar melhorias nos serviços ofertados, porém percebeu-se que há um distanciamento dos usuários nas decisões sobre o serviço de saúde do seu bairro, fazendo-se necessário um maior esclarecimento sobre o assunto para a população adscrita, com intuito de se ter participação social nos assuntos que tangem à saúde de cada localidade. Estimular o controle social e conseqüente melhoria das condições de saúde é um objetivo muito importante do PMAQ². **Conclusão:** A qualidade dos serviços de saúde é muito exigida atualmente, e isso tem se tornado uma preocupação constante entre os profissionais de saúde da Atenção Básica. Muitos são os

aspectos dificultadores encontrados para que o PMAQ cumpra sua finalidade e a falta de recursos materiais impede que os profissionais consigam cumprir os objetivos preconizados. Também urge a necessidade dos usuários assumirem seu papel na participação das decisões de saúde em sua localidade. É de suma importância que os desafios ressaltados possam ser superados para que se tenha uma prestação de serviços de qualidade no âmbito da atenção básica.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Qualidade da Assistência à Saúde.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Brasil. Auto avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade; 134 p.: il. – (Série B. Textos básicos de saúde). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Ministério da Saúde. Brasil. Saúde mais perto de você - Acesso e Qualidade Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), Manual instrutivo; 62 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Cartilha PMAQ. Programa Nacional de Melhoria e da Qualidade da Atenção Básica, Material adaptado do Manual Instrutivo do PMAQ. Cuiabá-MT; 2012.
4. Bardin, L. Análise de Conteúdo. 6 ed. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2011.
5. Ministério da Saúde. Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 110 p.: il. – (Série E. Legislação em Saúde) Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCACIONAL PARA ENSINO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM “SONDAGEM VESICAL DE DEMORA”: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Boscarol, Gabriela Tavares¹

Carneiro, Tayse Brandão¹

Lima, Carmen Cardilo¹

Oliveira, Raphaela¹

Souza, Cristiane Chaves de²

Ribeiro, Luciane³

Salgado, Patrícia de Oliveira⁴

Prado Junior, Pedro Paulo do⁵

Introdução: A cateterização da bexiga consiste na introdução de um cateter de látex ou plástico através da uretra para o interior da bexiga. A sondagem vesical de demora (SVD) é indicada em casos de retenção urinária severa com episódios de Infecção do Trato Urinário (ITU), aparecimento de erupções cutâneas, úlceras, ou feridas decorrentes do contato com a urina, e ainda em caso de doença terminal, quando as trocas de roupas de cama são desconfortáveis para o cliente. Se executada de forma incorreta, a SVD pode trazer sérios problemas para o paciente, sendo a infecção do trato urinário a complicação mais comum desta técnica. O uso correto da técnica estéril, cuidados após a inserção do cateter, além da remoção o mais precoce possível e o uso adequado do sistema fechado de drenagem de urina são medidas importantes para prevenção de infecção associada à SVD¹. A inserção de cateter vesical é função privativa do enfermeiro, em função dos conhecimentos científicos e do caráter invasivo do procedimento². Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos acerca dos fundamentos de enfermagem, foi criada a Liga Acadêmica de Fundamentos de Enfermagem (LAFEN), composta por discentes e docentes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). Dentre as atividades desenvolvidas pela LAFEN, destaca-se a contribuição com o Laboratório de Habilidades de Enfermagem (LH) do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV para a produção de materiais educacionais que serão utilizados como facilitadores no ensino das habilidades de enfermagem. Sabe-se que o uso adequado de tecnologias da informação e da

¹Discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: gabiboscarol@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela EEUFMG. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁵Enfermeiro. Doutor em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Docente e coordenador do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

comunicação podem favorecer o ensino dos cuidados de enfermagem, e o desenvolvimento de materiais educacionais podem contribuir para um ensino mais participativo, disponibilizando aos estudantes conteúdos que poderão ser acessados e utilizados de acordo com suas necessidades de aprendizagem³. Dentre as diferentes habilidades de enfermagem ensinadas no laboratório de habilidades, destaca-se a SVD. Atualmente o laboratório não conta com materiais ilustrativos para o ensino deste procedimento. Tendo por referência que esta é uma atividade privativa do enfermeiro, e que é ensinada durante a graduação, considera-se importante o desenvolvimento de materiais educativos que atuem como facilitadores do processo de ensino-aprendizagem desta habilidade de enfermagem. **Objetivo:** Relatar a experiência da construção de material educacional para ser usado no ensino da habilidade de enfermagem de SVD. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência sobre a produção de material educacional desenvolvido por discentes e docentes integrantes da LAFEN do curso de Enfermagem da UFV. O trabalho foi realizado no mês de abril de 2016 no LH do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Utilizou-se dos materiais e simuladores tipo “*Part task trainers*” disponíveis no laboratório para simular a execução do procedimento e fotografar o passo a passo de cada etapa da realização da intervenção de SVD. Para registro fotográfico foi utilizada a câmera digital Sony HX400v 20.4 MP. O material foi impresso em papel fotográfico nas dimensões de 80x60 cm. **Resultados:** Foi produzido um material educacional do tipo quadro ilustrativo contendo o passo a passo para a realização da intervenção de enfermagem “Sondagem vesical de demora”. O mesmo continha, de forma detalhada, o registro fotográfico de todas as etapas do procedimento, bem como a descrição das mesmas seguindo o referencial teórico base adotado para o ensino de Habilidades em Enfermagem no curso de Enfermagem da UFV¹. **Discussão:** Sabe-se que a cateterização urinária é um procedimento invasivo, onde é inserido um cateter uretral até a bexiga com diversas finalidades, entre elas a mais usada é a de drenagem da urina em pacientes com algum problema de eliminação urinária. Por se tratar de um procedimento invasivo, tem-se grandes chances da ocorrência de infecção do trato urinário (ITU), em que a mesma é responsável por mais de 30% de todas as infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS), sendo a maioria relacionada à instrumentação do trato urinário. Por causa da alta incidência de ITU em ambiente hospitalar, medidas preventivas devem ser adotadas para reduzir complicações e custos de tratamento. Neste contexto, as ações de enfermagem devem ser totalmente corretas, sendo baseadas em evidências clínicas atualizadas, visando assim a garantia de qualidade e segurança na assistência⁴. De acordo com as demandas e dificuldades apresentadas pelos alunos durante o ensino-aprendizagem desta habilidade de enfermagem, percebeu-se a necessidade da

construção deste material educacional, pois a utilização de metodologias ativas proporciona a possibilidade de construir novas formas de trabalhar a formação em saúde no Ensino Superior, superando assim os modelos tradicionais de ensino⁵.

Conclusão: O enfermeiro deve executar a técnica de SVD de maneira correta, pautado nas melhores evidências disponíveis, para evitar possíveis complicações relacionadas ao procedimento e para garantir a qualidade da assistência prestada. Deste modo, acredita-se que o material educacional produzido servirá como um facilitador no ensino da habilidade de SVD para o professor, e será um reforço no aprendizado do aluno. Assim, espera-se que o mesmo possa contribuir para a aquisição de conhecimento e competências relacionadas à habilidade de SVD, bem como propiciar maior segurança na aquisição desta técnica, resultando em um profissional mais seguro e mais bem preparado para o desenvolvimento desta habilidade na prática clínica com o paciente.

Descritores: Enfermagem; Cateterismo Urinário; Educação em Enfermagem.

Referências:

1. Potter PA, Perry AG. Fundamentos de Enfermagem. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013. p. 1066-1104
2. COFEN- Conselho Federal de Enfermagem - Resolução nº 450/2013- Parecer normativo para atuação da equipe de enfermagem em sondagem vesical. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/wpcontent/uploads/2014/01/ANEXO-PARECER-NORMATIVO-PARA-ATUACAO-DA-EQUIPE-DEENFERMAGEM-EM-SONDAGEM-VESICAL1.pdf>.
3. Fonseca LMM, Leite AM, Mello DF, Silva MAL, Lima RAG, Scochi CGS. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. Esc. Anna Nery [Internet]. 2011; 15(1):190-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100027&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452011000100027>.
4. Ercole FE, Macieira TGR, Wenceslau LCC, Martins AR, Campos CC, Chianca TCM. Revisão integrativa: evidências na prática do cateterismo urinário intermitente/demora. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2013 [acesso em: 10/04/2016];21(1): [10 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n1/pt_v21n1a23.pdf.
5. Abreu AG, Freitas JS, Berte M, Ogradowski KRP, Nestor A. O uso da simulação realística como metodologia de ensino e aprendizagem para as equipes de enfermagem de um hospital infanto-juvenil: relato de experiência, Ciência e Saúde. 2014; 7(3): (2014).

PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCACIONAL PARA ENSINO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM TUBO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Pinheiro, Thaís dos Santos¹

Oliveira, David Geraldo Santos²

Paula, Thayane Fraga de³

Ribeiro, Luciane⁴

Junior, Pedro Paulo do Prado⁵

Souza, Cristiane Chaves de⁶

Salgado, Patrícia de Oliveira⁷

Paiva, Rosana da Silva Pereira⁸

Introdução: A necessidade de uma via respiratória artificial se dá quando o indivíduo não tem uma oxigenação correta e concomitante a isso uma remoção inadequada do dióxido de carbono, ou seja, quando o paciente não consegue respirar por si só⁽¹⁾. Existem diversas vias que possibilitam implantação de uma via respiratória artificial, sendo a mais comum a intubação orotraqueal, que é realizada através da inserção de um tubo pela boca do paciente. A intubação orotraqueal viabiliza a assistência ventilatória em pacientes anestesiados ou sob ventilação mecânica podendo ser de curta ou longa duração⁽²⁾. A assistência de enfermagem aos pacientes com tubo é de suma importância para promover a perviedade das vias respiratórias, obter os efeitos terapêuticos esperados e minimizar o dano à via respiratória natural do paciente. Assim, esses cuidados de enfermagem devem ser aprendidos pelos enfermeiros em formação. Com o objetivo de aprofundar os conhecimentos acerca dos fundamentos de enfermagem, foi criada a Liga Acadêmica de Fundamentos de Enfermagem (LAFEN), composta por discentes e docentes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). São também objetos de discussão da LAFEN conteúdos relacionados a História

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Email: thais.s.pinheiro@ufv.br

²Graduando em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

³Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Viçosa (UFV).

⁴Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

⁵Enfermeiro. Doutor em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa (UFV). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

⁶Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

⁷Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

⁸Técnica de enfermagem do Laboratório do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

de Enfermagem, Ética e Bioética, Exercício Profissional de Enfermagem, Habilidades em Enfermagem I e II, Enfermagem na Administração de Medicamentos e Tecnologia do Cuidar. Dentre as atividades desenvolvidas pela LAFEN, destaca-se a contribuição com o Laboratório de Habilidades de Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV para a produção de materiais educacionais que serão utilizados como facilitadores no ensino das habilidades de enfermagem. Sabe-se que o uso adequado de tecnologias da informação e da comunicação podem favorecer o ensino dos cuidados de enfermagem, e o desenvolvimento de materiais educacionais podem contribuir para um ensino mais participativo, disponibilizando aos estudantes conteúdos que poderão ser acessados e utilizados de acordo com suas necessidades de aprendizagem⁽³⁾. Dentre as diferentes habilidades de enfermagem ensinadas no laboratório de habilidades, destacam-se os cuidados com tubo orotraqueal. Atualmente o laboratório não conta com materiais ilustrativos para o ensino deste procedimento. Tendo por referência que esta é uma atividade do enfermeiro, e que é ensinada durante a graduação, considera-se importante o desenvolvimento de materiais educativos que atuem como facilitador do processo de ensino-aprendizagem desta habilidade de enfermagem. **Objetivo:** Relatar a experiência de construção de um material didático para o ensino de cuidados de enfermagem com tubos. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência na produção de material educacional desenvolvida por discentes e docentes integrantes da LAFEN do curso de Enfermagem da UFV. O trabalho foi desenvolvido no mês de abril de 2016 no Laboratório de Habilidades em Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Utilizou-se dos materiais e simulador tipo “*Modelo Avançado de Enfermagem*” disponíveis no laboratório de Habilidades em Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV, para simular a execução do procedimento e fotografar o passo a passo de cada etapa dos cuidados de enfermagem com tubo. Para registro fotográfico foi utilizada a câmera digital Sony HX400v 20.4 MP. O material foi impresso em papel fotográfico nas dimensões de 80x60 cm. **Resultados e Discussão:** O primeiro passo para a confecção do material se deu após breve revisão da literatura com busca nas bases de dados Lilacs, Medline e Scielos e em livros de enfermagem sobre o tema. Buscava-se aprofundar acerca do tema e verificar se haviam novas evidências em relação à técnica e sobre a construção de material didáticos. Em seguida foram tiradas fotografias do passo a passo das técnicas, com os materiais necessários para a execução das mesmas. As imagens têm o intuito de explicitar todos os cuidados necessários da equipe de enfermagem a pacientes intubados, suas principais complicações e como preveni-las. Ao final da construção obteve-se um método de ensino alternativo, expositivo e prático sobre as técnicas envolvidas no cuidado de pacientes intubados. Por meio do

material didático construído, os acadêmicos são convidados a resgatarem seus saberes e suas práticas, renovar suas pesquisas acerca do tema proposto e aprimorar seu potencial de transmutar seu conhecimento em algo concreto e aplicado à prática clínica. Ademais, desenvolvem-se habilidades e competências para o trabalho em equipe, tendo em vista que é preciso um consenso acerca de quais fontes, arquivos e técnicas serão apresentadas. Por se tratar de um processo de construção livre, possibilita a criatividade e proporciona o desenvolvimento de autonomia. Permite ainda, a articulação entre a execução da técnica na teoria e prática. A construção desse instrumento promove transformações no ensino de habilidades, e acerca das reflexões da técnica e sua execução no cotidiano de trabalho. **Conclusão:** A intubação é um método com grande frequência e prevalência em ambientes hospitalares de tratamento intensivo. Após a instalação de uma via endotraqueal para respiração artificial cabe à enfermagem executar os cuidados básicos indispensáveis durante o período necessário para manter a viabilidade deste método. Devido à escassez de materiais didáticos acerca deste tema específico, conclui-se ser necessária a criação de materiais alternativos à didática tradicional de ensino. Este material visa auxiliar estudantes no desenvolvimento correto do procedimento a fim de evitar diversas complicações decorrentes de maus cuidados durante a efetuação das técnicas e cuidados pós intubação. Cabe a enfermagem intervir no ensino e na prática assistencial, buscando um aprimoramento maior da técnica e conseqüentemente melhora na assistência prestada ao paciente, minimizando danos e iatrogenias.

Descritores: Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; Educação em Enfermagem.

Referências:

1. Martins RHG, Dias NH, Braz JRC, Castilho EC. Complicações das vias aéreas relacionadas à intubação endotraqueal. Revista Brasileira de Otorrinolaringologia. 2004; 70 (5): 671-677.
2. Morton PG. Cuidados críticos de enfermagem: uma abordagem holística. 9th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
3. Fonseca LMM, Leite AM, Mello DF, Silva MAI, Lima RAG, Scochi CGS. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. Esc. Anna Nery. 2011;15(1):190-196.

A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA SOB ÓTICA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM – APLICAÇÃO DA TEORIA DE DOROTHEA OREM

Beirigo, Brenda Alves¹

Balbino, Paula Coelho¹

Torres, Pamela Valente¹

Pinto, Anna Clara Santiago Nunes¹

Polati, Amanda Morais¹

Santos, Willians Guilherme dos¹

Carneiro, Nicoli Souza¹

Toledo, Luana Vieira²

Introdução: A sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) corresponde a uma metodologia utilizada para oferecer aos clientes um cuidado individual, no qual as ações podem ser planejadas, executadas e avaliadas.¹ Para a aplicar a SAE, a equipe de enfermagem precisa fundamentar-se em uma teoria e a partir dela considerar as particularidades de cada indivíduo ou grupo que receberão os cuidados.² Dorothea Orem criou uma teoria de notável contribuição para a enfermagem ao permitir que as condutas assumidas pelo enfermeiro possuíssem bases científicas, evitando o uso de cuidados empíricos e sem comprovação de eficácia. Orem dizia que autocuidado corresponde a capacidade do indivíduo em realizar satisfatoriamente as atividades que visam ao seu próprio bem-estar.² Diante desse contexto, foi criada a teoria denominada de Teoria do Déficit do Autocuidado, a qual abrange três construtores teóricos inter-relacionadas, quais sejam, a Teoria do Déficit do autocuidado, a teoria do autocuidado e a dos sistemas de enfermagem. Inclusos a essas três teorias existem outros conceitos que permitem melhor determinar qual é a individualidade na qual a conduta será realizada, são eles o autocuidado, o déficit do autocuidado, a ação do autocuidado, a demanda do autocuidado, o serviço de enfermagem e sistema de enfermagem.² Os princípios da teoria de Orem são congruentes com as expectativas diante das condutas que deveriam ser realizadas durante o período pré e pós gestacional, já que a condição gravídica puerperal se configura como um cenário no qual as gestantes precisam realizar o auto cuidado qualificado, se tornando função do enfermeiro assumir o papel de cuidador e educador quando as mesmas se tornam incapazes de realizar o auto cuidado de forma satisfatória.³ **Objetivo:** Buscar na literatura artigos que abordem a utilização da Teoria de Dorothea Orem como

¹Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: abeirigo.brenda@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

base para o cuidado de enfermagem prestado à gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal. **Metodologia:** Refere-se a um estudo descritivo realizado por meio de uma revisão de literatura, cuja base de dados utilizada foi a Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizou-se os termos “enfermagem” and “gravidez” and “autocuidado”. Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis na íntegra e publicados no idioma português, independente do ano de sua publicação. Foram encontrados 15 artigos, dos quais quatro foram selecionados para este estudo, por contemplarem o objetivo. **Resultados/Discussão:** Cada mulher vivencia sua condição gravídica puerperal de uma maneira, porém mudanças físicas e comportamentais, o medo e as variadas emocionais correspondem ao grupo de sinais e sintomas que as gestantes apresentam.³ Diante de cada nova experiência vivenciada pela mulher durante a gestação, cabe ao profissional oferecer a ela uma assistência que visa à resolutividade do problema e apoio emocional. Para isso o enfermeiro pode fazer uso da teoria de Orem como subsídio da sua assistência, já que assim será capaz de desenvolver ações que visam a atender as necessidades individuais, programar suas condutas através da avaliação peculiar de cada gestante assistida, utilizando, para tanto, de seus conhecimentos científicos.⁴ A teoria do déficit do autocuidado de Orem evolve três construções que precisam ser selecionadas de acordo com o contexto em que se aplica.² A primeira construção corresponde ao autocuidado, que deve ser estimulado pelo profissional em prol da saúde e se baseia em três requisitos de acordo com a demanda do paciente. O primeiro deles é o universal que será aplicado no dia a dia incentivando a realização de atividades que visam o bem-estar geral do indivíduo. Além dele, tem-se o requisito de desenvolvimento, o qual objetiva promover a adaptação do paciente diante de sua nova condição. E por último o requisito desvio de saúde, oportunamente aplicado caso o paciente seja acometido por alguma condição que necessite de intervenções dos profissionais para corrigi-la. Já a construção déficit do autocuidado será utilizada quando se faz necessário um acompanhamento maior por parte da enfermagem, devido a uma circunstância que impossibilite o paciente de cuidar de si.² A última construção corresponde a teoria de sistemas de enfermagem, sendo empregada através da análise da capacidade do indivíduo em realizar o autocuidado. No que se refere ao maior volume de trabalho da equipe de enfermagem destaca-se o sistema totalmente compensatório, no qual o paciente é incapaz de realizar quaisquer atividades que visam ao autocuidado, tornando-se dependentes da equipe de enfermagem. O sistema parcialmente compensatório corresponde à realização de algumas atividades por parte do indivíduo, porém cabe ao enfermeiro atuar na execução das demais tarefas para que o cuidado seja realizado satisfatoriamente. Por fim tem-se o sistema de apoio a educação, no qual o enfermeiro realizaria educação em saúde com intuito de incentivar o autocuidado.⁵ **Conclusão:** O uso da SAE corresponde a uma função do enfermeiro,

visando o cuidado qualificado e individualizado, baseado em conhecimentos científicos. Para a sua utilização se faz necessária a aplicação de uma teoria que estabelecerá o cuidado a ser prestado. A teoria de Orem se encaixa dentre as teorias de enfermagem e pode, inclusive, ser aplicada em diversos cenários, tais como a condição gravídica puerperal. Nesta situação, o enfermeiro, diante das alternativas oferecidas pela teoria para a realização do autocuidado, selecionará uma ou mais em busca da assistência ideal para as gestantes durante toda a gestação, parto e puerpério.

Descritores: Gravidez; Autocuidado; Enfermagem.

Referências:

1. Zanardo GM, Zanardo GM, Kaefer CT. Sistematização da Assistência de enfermagem. Revista Contexto & Saúde. 2011; 10 (20).
2. Pires AF et.al. A importância da teoria do autocuidado de Dorothea Orem no cuidado de enfermagem. Revista Rede de Cuidados em Saúde. 2015; 9 (2).
3. Pereira MVS. Análise da implementação de uma abordagem de cuidar da enfermagem junto a mulher no ciclo gravídico puerperal: uma aproximação do Modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e diretrizes de humanização do parto. Dissertação(Mestrado) – Universidade Federal de Goiás; 2005.
4. Herculano MMS, Sousa VEC, Galvão MTG, Caetano JÁ, Damasceno AKC. Aplicação do processo de enfermagem a paciente com hipertensão gestacional fundamentada em Orem. Rev. Rene; 2011.
5. Faria MCAD de, Nóbrega MML. Diagnósticos de enfermagem numa gestante de alto risco baseados na teoria do autocuidado de Orem: estudo de caso. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2000; 8 (6).

PRODUÇÃO DE MATERIAL EDUCACIONAL PARA ENSINO DA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM “DRENAGEM DE TÓRAX E CUIDADOS COM O DRENO”: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Viana, Mara Cristina Barcelos¹

Teixeira, Silas¹

Coutinho, Juliana¹

Silva, Eunice Ferreira da¹

Ribeiro, Luciane²

Souza, Cristiane Chaves de³

Salgado, Patrícia de Oliveira⁴

Junior, Pedro Paulo do Prado⁵

Introdução: A drenagem torácica consiste na introdução de dreno tubular no interior da cavidade pleural.¹ A finalidade dessa técnica é a remoção de ar, líquido, linfa, pus ou sangue do espaço pleural; restaurar a pressão negativa desse espaço; reexpandir o pulmão total ou parcialmente colabado e impedir o refluxo do material drenado de volta ao tórax.² O primeiro relato sobre este procedimento foi de Hipócrates, no tratamento de empiema pleural com um tubo metálico.¹ A drenagem de tórax pode ocorrer por método natural, gravitacional ou sucção de acordo com o mecanismo de drenagem escolhido. Atualmente existem sistemas fechados com apenas um frasco, sistema fechados com selo d'água e sistemas fechados sem água.³ A utilização do sistema de selo d'água foi descrita pela primeira vez, em 1875, por Playfair¹. A inserção do dreno de tórax é um procedimento realizado pelo médico, na sala cirúrgica, no serviço de emergência ou junto ao leito do paciente.¹ O papel da enfermagem consiste no preparo do paciente e seus familiares; no preparo do material para o procedimento; na avaliação, do sistema de drenagem, do material drenado, das condições do paciente; e na realização da troca do curativo.² O acompanhamento do paciente também é realizado pelo enfermeiro, que avalia, documenta e permanece alerta para qualquer alteração significativa, tomando as decisões necessárias indicadas ou comunicando ao médico responsável.² Visto a importância dos cuidados de enfermagem no acompanhamento dos pacientes

¹ Acadêmicos do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Viçosa, MG, Brasil. Email:maraviana18@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Faculdade de Medicina da UFJF. Professora Assistente II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Assistente II do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Adjunta do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa. Professor Assistente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, Brasil.

submetidos ao dreno de tórax, é fundamental uma atenção sobre o ensino dessa prática nos cursos de enfermagem. Seja por intermédio de atividades teóricas, de simulação ou aprimoramento, como em cursos e/ou grupos de estudos. Objetivando aprofundar os conhecimentos acerca dos saberes técnicos de enfermagem, fundou-se a Liga Acadêmica de Fundamentos de Enfermagem – LAFEN, composta por discentes e docentes do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV). São também objetos de discussão da LAFEN conteúdos relacionados a: História de Enfermagem, Ética e Bioética, Exercício Profissional de Enfermagem, Habilidades em Enfermagem I e II, Enfermagem na Administração de Medicamentos e Tecnologia do Cuidar. Ainda como atividades desenvolvidas pela LAFEN, destaca-se a contribuição com o Laboratório de Habilidades de Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV para a produção de materiais educacionais que serão utilizados como facilitadores no ensino das habilidades de enfermagem. Estes materiais são caracterizados como metodologia ativa, esta proporciona ao aluno um gerenciamento do seu processo de aprendizagem.⁴ **Objetivo:** Relatar a experiência na construção de material educacional para utilização no ensino da habilidade de enfermagem no cuidado com dreno de tórax. **Metodologia:** Trata-se de relato de experiência na produção de material educacional desenvolvida por discentes e docentes integrantes da LAFEN do curso de Enfermagem da UFV. O trabalho foi desenvolvido no mês de abril de 2016 no Laboratório de Habilidades em Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV. Utilizou-se dos materiais e simuladores do tipo manequim completo para enfermagem ANATOMIC TZJ-0502-A, disponíveis no laboratório de Habilidades em Enfermagem do Departamento de Medicina e Enfermagem da UFV, para simular a execução do procedimento e fotografar o passo a passo de cada etapa da realização da intervenção do Dreno de Tórax e seus cuidados. Para registro fotográfico foi utilizada a câmera digital Sony HX400v 20.4 MP. O material foi impresso em papel fotográfico nas dimensões de 80x60 cm. **Resultados:** Foi produzido um material educacional, do tipo quadro ilustrativo contendo passo a passo para a realização dos cuidados de enfermagem na drenagem de tórax, abrangendo desde a inserção até os cuidados específicos de enfermagem com esse dispositivo. Nesse material era disposto, de forma detalhada, o registro fotográfico de todas as etapas do procedimento de inserção do dreno, bem como a descrição dos cuidados com o dispositivo de drenagem, curativo e avaliação da secreção drenada, seguindo o referencial teórico base adotado para o ensino de Habilidades em Enfermagem no curso de Enfermagem da UFV.³ **Discussão:** Assim as novas metodologias devem estimular o indivíduo a pensar, refletir, criar, indagar-se e ressignificar continuamente suas descobertas, por meio de possibilidades integrativas e associativas, levando assim a

construção do conhecimento.⁴ Portanto o Painel proporcionará uma interação e associação com o conhecimento teórico-prático sobre cuidados com Dreno de Tórax, assegurando maior compreensão sobre o conteúdo, além de contribuir para formação de enfermeiros com uma visão ampliada do cuidado, com uma prática qualificada, resolutiva, eficiente e segura, mas acima de tudo uma prática com embasamento científico.⁴ **Conclusão:** levando em consideração à ausência de materiais facilitadores sobre o tema, o material produzido poderá contribuir para o ensino e a construção de autonomia do enfermeiro no cuidado com os drenos de tórax. Por fim notamos então que é importante a criação de materiais didáticos, porque além de facilitar a execução da técnica, o estudante poderá recorrer ao material sempre que tiver alguma dúvida, propiciando o aprendizado da técnica de forma correta.

Descritores: Treinamento por Simulação; Cuidados de Enfermagem; Materiais de Ensino.

Referências:

1. Amato, ACM. Procedimentos médicos: técnica e tática. São Paulo: Roca; 2008. 482p.: il.
2. Morton PG, Fontaine DK. Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011. 1500p.:il.
3. Potter PA, Perry AG, Hall AM, Stockert PA. Fundamentos de Enfermagem. 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
4. Backes DS et al. Repensando o ser enfermeiro docente na perspectiva do pensamento complexo. Rev. bras. enferm. 2010; 63(3): 421-42.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES DE CIRURGIAS CESARIANAS EM PRIMÍPARAS EM UMA MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA, MINAS GERAIS: RESULTADO PARCIAL

Lima, Vanessa Doriquetto¹

Berigo, Brenda Alves²

Cnossen, Raquel Elizabeth²

Buonicontró, Edimara Aparecida²

Moreira, Tiago Ricardo³

Silva, Érika Andrade⁴

Ayres, Lilian Fernandes Arial⁵

Introdução: O parto era compreendido como um evento fisiológico, de caráter íntimo e privado, protagonizado pela mulher. Entretanto, a partir do século XX, com o desenvolvimento das práticas médicas, a assistência ao parto se configurou em novo cenário mundial, gerando discussão no que se refere à escolha da via de parto.¹ Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconize taxas de parto cesáreo inferior a 15%, sabe-se que no Brasil os percentuais da cirurgia atingem níveis epidêmicos. As primíparas possuem maiores chances de serem submetidas a uma cesárea, podendo esta prevalência estar associada ao fato de os profissionais acreditarem que elas não saberiam lidar com a dor do trabalho de parto.^{1,2} Compreende-se que as altas taxas de parto cesáreo em primíparas são particularmente preocupantes porque implicam alta probabilidade de futuras cesarianas, pois um parto cirúrgico prévio constitui indicação quase absoluta para uma nova cesárea.² As indicações absolutas para cesariana são extremamente conflitantes na literatura, entre elas: prolapso de cordão com dilatação não completa, descolamento prematuro de placenta com feto vivo fora do período expulsivo, placenta prévia completa (total ou centro-parcial), situação transversa, ruptura de vasa prévia e herpes genital com lesão ativa no terceiro trimestre.³ As principais complicações deste procedimento, são: maior risco de morte materna, infecção puerperal, prematuridade iatrogênica, internações em unidades de tratamento intensivo, problemas respiratórios neonatais, alterações imunológicas no bebê, dentre

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: vanessa.doriquetto@ufv.br

² Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor Adjunto do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Professora Assistente da Universidade Federal de Viçosa.

⁵Enfermeira. Doutora em Biociências pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Professora Adjunta do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

outras. **Objetivo:** Analisar as principais indicações de cesariana em primíparas atendidas em uma maternidade do município de Viçosa, Minas Gerais, conforme evidências científicas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal que se encontra em andamento (resultados parciais), vinculado ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC – CNPq) e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Viçosa sob o parecer 1.147.446. A amostra total será composta por 222 puérperas primíparas. Para o cálculo foi considerada uma população de 739 primíparas no ano de 2014. Os resultados parciais deste estudo são provenientes de 92 puérperas primíparas entrevistadas e seus respectivos prontuários analisados no período de novembro de 2015 a março de 2016. A variável utilizada foi via/indicação de parto, descrita na seção V do instrumento de coleta. Os dados foram organizados em planilha Excel, sendo a análise descritiva das variáveis feita por meio de tabelas de distribuição de frequências (relativas e absolutas). **Resultados/discussão:** Das 92 mulheres, 64% tiveram parto cesárea, sendo 52,5% das cirurgias realizadas pelo SUS e 47,5% por convênios/particular. As principais justificativas foram: pedido da gestante (25,4%), desproporção cefalopélvica - DCP (23,7%), pós-datismo (11,9%), apresentação pélvica (6,8%), distócia de colo (5%), dentre outras menos recorrentes (27,2%). As elevadas taxas de cesariana eletiva, a pedido da gestante, têm se tornado um problema de saúde pública, pois possui taxas 4 a 5 vezes maiores de mortalidade materna e maiores chances de complicações perinatais se comparados ao parto por via vaginal. A maior parte das mulheres que optam pela cesariana, o fazem pelo medo da dor no momento do parto.² A DCP representa uma das indicações mais frequentes, entretanto, é rotineiramente diagnosticada de forma inadequada. Este diagnóstico só pode ser constatado durante o trabalho de parto, baseado na sua evolução e conforme registro do partograma.³ Das mulheres diagnosticadas com DCP, 42,8% não estavam em trabalho de parto ativo. Pós-datismo é o que denomina idade gestacional entre 40 e 42 semanas. Algumas condições deste podem estar associadas a um aumento no risco de morbimortalidade materna e perinatal. Diante disso, em gestações que se prolongam por mais de 40 semanas, quando os benefícios do nascimento superam os riscos de se manter a gestação no que diz respeito ao binômio mãe-filho, recomenda-se a indução do parto normal como estratégia para minimizar o risco de sofrimento e óbito fetal intrauterino.⁴ No que se refere a amostra, o pós-datismo foi erroneamente utilizado como indicação de cesariana, tendo em vista que em 50% das mulheres não foram utilizadas quaisquer formas de indução. A apresentação pélvica ocorre em cerca de 4% de todas as gestações únicas. A versão cefálica externa (VCE) apresenta-se como uma alternativa efetiva, recomendada a partir da 36ª semana de gestação, visando diminuir as complicações de um parto pélvico. Deve ser realizada em ambiente hospitalar por

profissional experiente. Em situações nas quais a VCE não obtiver êxito, a gestante deve ser informada quanto às evidências científicas de um parto vaginal pélvico e em relação à cesariana. Caso a cirurgia seja indicada, recomenda-se aguardar o início do trabalho de parto.⁵ A prática da VCE não é realizada no local de estudo, sendo, portanto, mais comum a realização de cesariana em casos de apresentação pélvica, como observado em 100% das mulheres que compuseram a amostra parcial. A distócia de colo ou falha na progressão do trabalho de parto representa um terço das causas de partos cesáreos nos países desenvolvidos. O diagnóstico é realizado quando a dilatação cervical se encontra abaixo da média esperada, identificado a partir do preenchimento do partograma. Em geral, a falha está relacionada a contrações uterinas deficientes ou a uma DCP. Na prática, diante de um quadro de distócia de colo, a recomendação é estimular as contrações uterinas através da ruptura artificial das membranas ovulares e/ou a administração de ocitocina.³ Na amostra, das mulheres com esta indicação para parto cesáreo, 75% não entraram em trabalho de parto ou sequer foram utilizadas formas de indução. **Conclusão:** Conclui-se a partir dos dados apresentados e da análise das evidências científicas sobre as indicações de parto cesáreo, que no local de estudo, as taxas apresentam-se superiores às recomendadas pela OMS e que as principais indicações para a cirurgia não estão pautadas nas evidências mais atuais. Espera-se que os resultados parciais aqui apresentados venham a contribuir para a discussão sobre a redução da cesárea desnecessária e seus malefícios, bem como para o empoderamento das mulheres para que contestem esse tipo de prática.

Descritores: Cesárea; Parto Obstétrico; Maternidades; Estudos Transversais.

Referências:

1. da Silva Araújo KR, de Sousa ECS, Ribeiro JF, de Moraes TV, de Oliveira ACM. Fatores determinantes para a indicação do parto operatório em maternidade pública de Teresina-PI. *Gestão e saúde*. 2016; 7(1): 48.
2. dos Anjos CDS, Westphal F, Goldman RE. Cesárea desnecessária no Brasil: revisão integrativa. *Enfermagem Obstétrica*. 2014; 1(3):86-94.
3. Amorim MMR, Souza ASR, Porto, AMF. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*. 2010; 38(8).
4. Saldanha FAT, de Araújo RAB, Araújo Filho JDAB, Bezerra EM, Barreto BAB. Estudo da gestação entre 40 e 42 semanas: avaliação ultrassonográfica. dopplervelocimétrica e resultados neonatais. *Revista Saúde & Ciência Online*. 2011; 2(1): 111-119.
5. Ministério da Saúde. Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Diretrizes de Atenção à Gestante: a operação cesariana. 2016. 115p.

PRIMEIROS SOCORROS PARA ESCOLARES: A IMPORTÂNCIA DA DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO NA EDUCAÇÃO BÁSICA

Santana, Monalise Mara Rocha¹

Expedito, Adélia Contiliano²

Costa, Geisiane de Souza²

Santos, Mateus de Souza²

Carmo, Mônica Maria Lopes do²

Sá, Flávia Batista Barbosa de³

Toledo, Luana Vieira³

Moreira, Tiago Ricardo³

Introdução: A urgência se define por uma ocorrência imprevista de danos à saúde em que não há risco de morte, enquanto que a emergência implica em risco iminente de morte¹. Os primeiros socorros constituem-se no atendimento imediato que deve ser prestado com agilidade a uma pessoa, vítima de acidente ou de mal súbito, cujo estado físico põe em perigo a sua vida². Percebe-se que o ensino de primeiros socorros deveria ser disponibilizado e democratizado para todos, porém, atualmente, aprender sobre primeiros socorros ainda é um privilégio restrito aos profissionais de saúde. Todavia, a educação básica é referida como a base para a aprendizagem e o desenvolvimento humano permanentes, sendo seu espaço por excelência a escola. Assim sendo, ensinar primeiros socorros nas escolas é uma alternativa capaz de formar cidadãos mais conscientes e responsáveis por si próprio e pela comunidade, que se tornarão pessoas capazes de agir frente a situações de urgência e emergência, prestando os primeiros socorros de forma qualificada. Vale destacar que situações de urgência e emergência podem ocorrer em qualquer local e os primeiros socorros podem ser prestados por qualquer pessoa. **Objetivo:** Comparar o conhecimento dos escolares de uma escola municipal da cidade de Viçosa/MG antes e após uma intervenção sobre o tema primeiros socorros. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quase experimental, de caráter intervencionista, do tipo antes e depois, cuja intervenção empregada foram capacitações em primeiros socorros realizadas com escolares do ensino básico. O cenário da pesquisa envolveu a Escola Municipal Coronel Antônio da Silva Bernardes (CASB) do município de Viçosa, Minas Gerais. As capacitações foram desenvolvidas utilizando-se metodologia dinâmica, com abordagem teórico-prática. Os temas abordados nas capacitações foram: parada cardiorrespiratória (PCR), ressuscitação cardiopulmonar (RCP), crise convulsiva, hemorragia, epistaxe, fratura, luxação e

¹Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Viçosa. Email: monalisedmrsantana@gmail.com

²Acadêmicos (as) do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³Enfermeiro. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

entorse. A coleta de dados foi realizada no período de setembro a outubro de 2015, momento em que ocorreram as capacitações e a aplicação de instrumentos para avaliação dos conhecimentos prévios e adquiridos. Os dados foram tabulados no Epi Info™ versão 7 e analisados através das ferramentas de estatística descritiva. Além disso, para comparar o conhecimento antes e após a atividade foi aplicado o teste de McNemar pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20 para Windows, considerando nível de significância de 0,05%. Todas as atividades foram realizadas mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento (TA). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa sob o protocolo de número 870.833. **Resultados e Discussão:** Dos 75 alunos regularmente matriculados no oitavo ano, participaram da pesquisa 67 escolares (89,3%) concentrados entre as faixas etárias de 12 a 13 anos (40,3%), 14 a 15 anos (46,3%) e 16 a 17 anos (13,4%), sendo a maioria do sexo masculino (52,2%). O presente estudo evidenciou que 98,5% dos escolares nunca realizaram nenhum curso ou capacitação em primeiros socorros e possuíam poucos ou nenhum conhecimento sobre o tema, o que comprova a necessidade e a importância de se implantar este tipo de ensino na educação básica brasileira. Saber prestar os primeiros socorros às vítimas em situações de urgência e emergência pode fazer a diferença entre a vida e a morte. Notou-se que a respeito do tema PCR-RCP, 83,6% dos participantes não sabiam como identificá-la, 88,1% não sabiam como proceder após a sua constatação e 91% não sabiam realizar a compressão torácica efetivamente. Sabe-se que a PCR é um problema mundial de saúde pública, sendo estimado cerca de 200.000 casos ao ano³. Diante disso, torna-se fundamental capacitar escolares para prestar o Suporte Básico de Vida (SBV) a este tipo de ocorrência. Quanto ao conhecimento sobre o tema hemorragia e epistaxe, 74,6% dos estudantes não sabiam identificar uma hemorragia, 86,6% não conheciam os diferentes tipos de hemorragia e 82,1% não sabiam como proceder após identificar uma hemorragia. A hemorragia é a perda de sangue dos vasos sanguíneos, ela pode ser externa ou interna e é controlada através da pressão direta realizada por um socorrista (leigo ou profissional) sobre o foco do sangramento². Em relação ao conhecimento sobre crise convulsiva, observou-se que 67,2% não sabiam identificar uma crise convulsiva, 92,5% desconheciam o tempo médio de duração de uma crise e não sabiam como proceder após identificá-la, e 89,6% não sabiam quais cuidados devem ser tomados com a vítima após a crise. Sabe-se que a crise convulsiva gera perda da consciência e contratura involuntária da musculatura que provoca movimentos desordenados na vítima, o que muitas vezes deixa leigos atônitos e sem reação diante da situação⁴. É importante que os escolares saibam reconhecer a crise, compreendendo o que ocorre

durante e após a mesma, para que as medidas corretas sejam tomadas por eles. Por fim, ao abordar o conhecimento sobre os temas fratura, luxação e entorse, verificou-se que 31,3% dos participantes desconheciam o que seria uma fratura, 91,0% o que seria uma luxação e 92,5% o que seria uma entorse. Segundo a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT), as fraturas são caracterizadas como a ruptura de ossos que dão suporte às articulações. A luxação seria a separação de dois ossos de uma articulação que promovem a sua estabilidade, podendo ser de caráter leve ou grave. E a entorse caracteriza-se por um movimento violento realizado pela articulação além do seu grau de amplitude, podendo gerar um estiramento ou ruptura de ligamentos⁵. Percebeu-se após a intervenção, uma melhoria estatisticamente significativa ($P < 0,05$) do conhecimento dos participantes sobre todos os temas supracitados abordados durante as capacitações. Nesse sentido, é importante e fundamental a educação permanente dos indivíduos que recebem capacitação em primeiros socorros, visto que as habilidades adquiridas com os treinamentos sofrem influência na qualidade e execução com o tempo decorrido das capacitações e pela mudança dos protocolos, como é o caso do SBV que se atualiza a cada cinco anos.

Conclusão: O presente estudo demonstrou que os escolares participantes da pesquisa apresentaram considerável melhoria no conhecimento sobre os temas abordados após a intervenção, porém, algumas fragilidades ainda permanecem. Neste sentido, observa-se a grande necessidade de capacitações constantes nestes espaços (escolas) para que dúvidas e possíveis falhas possam ser sanadas.

Descritores: enfermagem, primeiros socorros, educação em saúde, estudantes.

Referências:

1. Santos NCM. Urgência e emergência para enfermagem. 5ed. São Paulo: Iátria; 2009.
2. Ministério da Saúde. Brasil. Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Vice Presidência de Serviços de Referência e Ambiente. Núcleo de Biossegurança. Manual de Primeiros Socorros. Rio de Janeiro; 2003.
3. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de Ressuscitação Cardiopulmonar e Cuidados Cardiovasculares de Emergência da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2013;101(2):Supl. 3:1-221.
4. Silva LR, Mendonça DR, Moreira DEQ. Pronto-atendimento em pediatria. 2ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
5. Manual de trauma ortopédico/SBOT – Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; coordenadores, Isabel Pozzi [et al.]. São Paulo: SBOT - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia; 2011.

ZIKA VÍRUS E MICROCEFALIA: O PAPEL DA ENFERMAGEM DIANTE DAS CONSEQUÊNCIAS QUE AFETAM A QUALIDADE DE VIDA DA POPULAÇÃO

Cupertino, Giovane de Lelis¹

Luiz, Franciane Silva²

Toledo, Luana Vieira³

Introdução: A infecção pelo Zika Vírus afeta homens e mulheres, de todos os grupos etários, sendo caracterizada como uma doença febril aguda, autolimitada, que requer baixa necessidade de hospitalização.¹ Tal infecção pode causar sinais e sintomas semelhantes a outras infecções virais como: febre baixa, exantema máculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais.¹ São raras as formas graves e atípicas da doença, porém, quando estas ocorrem, podem evoluir para óbito.¹ Recentemente com a epidemia de infecção pelo vírus Zika no Brasil e sua possível associação com a microcefalia, diversos estudos começaram a ser desenvolvidos com o intuito de encontrar uma explicação científica acerca da relação do vírus com a malformação congênita dos recém nascidos.² Um estudo recente publicado pela *Massachusetts Medical Society* demonstrou fortes indícios de como o vírus estaria agindo no organismo do feto causando a microcefalia.² Uma das características mais importantes do vírus é o neurotropismo, ou seja, ele tem preferência para se replicar nas células do tecido cerebral, uma vez que encontra um ambiente imunologicamente favorável para o seu desenvolvimento.² Entretanto, essa replicação ocasiona a destruição de células do cérebro gerando áreas de necrose tecidual, as quais serão calcificadas e levarão a um retardo do desenvolvimento do córtex cerebral impedindo o seu crescimento de forma adequada, caracterizando assim o quadro de microcefalia.^{2,1} Os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, devem conhecer a fisiopatologia das alterações ocorridas pela infecção por Zika Vírus, para que consiga instrumentalizar a família sobre o cuidado necessário. **Objetivo:** Buscar na literatura o embasamento teórico sobre a infecção pelo Zika Vírus e sua relação com a microcefalia. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão bibliográfica realizada através do banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se os termos: “Zika Vírus” and “Microcefalia” descritos no

¹Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. E-mail: giovane.cupertino@ufv.br

² Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

título, resumo ou assunto. Foram encontrados 17 artigos em inglês, 1 em Francês e 11 documentos em português sendo: 6 protocolos, 3 informes técnicos e 2 informativos do Ministério da Saúde (MS) sobre a relação da infecção pelo Zika vírus e a microcefalia. Após a leitura dos arquivos encontrados, foram escolhidos 2 artigos originais em inglês do ano de 2016 e um protocolo do MS do ano de 2015, os quais se relacionavam com o objetivo do estudo. **Resultados e Discussão:** Os estudos relacionados ao Zika vírus e a microcefalia são recentes no meio científico. Embora esse *Flavivírus* tenha sido identificado pela primeira vez em 1947, os registros de sua relação com malformações ou com outro tipo de complicação, não havia sido identificado no Brasil desde o ano de 2015.³ Atualmente as maiores preocupações acerca das consequências da infecção por Zika partem dos pais que tiveram seus bebês com microcefalia, pois as incertezas e dúvidas em relação à forma de cuidar dessas crianças são inúmeras já que demandarão um cuidado diferenciado, exigindo da família um conhecimento mais profundo sobre o quadro de saúde do seu filho.¹ Nesse cenário, torna-se necessária a atuação de uma equipe multiprofissional qualificada e capaz de orientar a família e de atender o recém-nascido de forma integral e contínua.¹ O profissional de enfermagem incluído nessa equipe deve estar apto a exercer o cuidado humanizado e holístico, preocupando-se com os impactos permanentes que essa infecção pode gerar. Recentemente, um anúncio feito pelo Ministério da saúde divulgou que foi firmada uma parceria entre o instituto Carlos chagas e a Universidade do Texas (EUA) para a produção de uma vacina contra o vírus Zika que deverá ser liberada para testes dentro de um ano.¹ Entende-se que tal avanço trará um grande benefício a nível mundial, pois consiste em uma esperança para a erradicação do vírus. Contudo, faz-se necessário algumas reflexões acerca de como esta vacina poderia contribuir para uma desassistência aos bebês que já possuem a malformação, pois a erradicação do Zika não significa que a microcefalia deixará de existir e que as famílias e as crianças não mais necessitarão de assistência contínua. Nessa vertente, ressalta-se a importância de futuras pesquisas que não se limitem ao combate do problema no presente, mas que tenham uma visão voltada para o futuro, de modo a desenvolver novas estratégias e complementar as já existentes auxiliando no processo de desenvolvimento neuropsicomotor das crianças portadoras de microcefalia. **Conclusão:** Diante da gravidade da epidemia do vírus Zika, poucos são os recursos científicos a que os profissionais de saúde podem recorrer. Ainda não existem trabalhos que orientem sobre o mecanismo concreto pelo qual o vírus causa a microcefalia e sobre uma linha de tratamento eficaz para as crianças portadoras da malformação. Entretanto, o Ministério da Saúde lançou em 2015 o protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus zika, que tem por finalidade auxiliar os profissionais de saúde no desenvolvimento

de ações para a atenção às mulheres em idade fértil, gestantes e puérperas e recém-nascidos com microcefalia, o que demonstra a preocupação dessa instituição com o grave problema mundial. Ressalta-se a importância do governo nesse cenário, que além de fomentar as pesquisas relacionadas ao vírus Zika, deve também iniciar planejamentos direcionados à capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento integral às crianças com microcefalia, uma vez que elas necessitarão de cuidados especiais e contínuos para que possam ter uma melhor qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem; Microcefalia; Zika Vírus.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolo de atenção à saúde em resposta a ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
2. Mlakar J, Korva M, Tul N et al. Zika Vírus Associated with Microcephaly. *New England Journal of Medicine*. 2016; 374(10): 951-958.
3. Ventura VC, Maia M, Ventura VB *et al*. Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection. *Arq Bras Oftalmol*. 2016; 79(1):1-3.

ÁREA TEMÁTICA 4
EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O USO DO LÚDICO NO TREINAMENTO EM PRIMEIROS SOCORROS DE IDOSOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fontes, Bárbara Barboza¹

Sá, Flávia Batista Barbosa de²

Expedito, Adélia Contiliano³

Novais, Maria Eduarda Ferreira³

Carmo, Mônica Maria Lopes³

Santos, Mateus de Souza³

Alves, Katiusse Rezende⁴

Introdução: Em decorrência da mudança na transição demográfica e da elevação da expectativa de vida no Brasil, percebe-se um aumento do número de idosos no Brasil¹. No entanto, os riscos à saúde se tornam elevados para essa faixa etária, devido ao surgimento de doenças crônicas, perda da eficácia sensorial e demências, podendo ocasionar assim cenários de pequenas urgências e emergências, além de elevar os gastos nos setores da saúde, devido a tripla carga de doenças (doenças infecciosas, doenças crônicas não transmissíveis e causas externas)¹. Portanto torna-se necessário a implementação de estratégias de educação em saúde acerca dos primeiros socorros a fim de orientar a população idosa a atuar de maneira correta, rápida e eficaz no cuidado à sua saúde. Através da maneira lúdica busca-se adequar a forma de ensino para a realidade do idoso, prendendo sua atenção e fixando o conteúdo, fazendo com eles se tornem protagonistas no processo de prevenção e de manutenção da vida. **Objetivo:** Relatar a experiência acerca do treinamento em suporte básico de vida (SBV) e pequenas urgências realizado com idosos do Programa Municipal da Terceira Idade (PMTI) do Município de Viçosa, MG. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência que utilizou-se de metodologia lúdica, com intuito de gerar uma aprendizagem efetiva, para um determinado assunto (intencionalidade / reciprocidade), fazendo que o tema apresentado gere uma discussão entre todos os participantes e conseqüentemente o conhecimento gerado a partir da atividade lúdica possa ser transportado para o campo da realidade, caracterizando a transcendência no ensino-aprendizagem². Esta atividade faz parte do projeto de extensão “Primeiros Socorros: educando a comunidade e os profissionais de saúde do município de Viçosa - MG e região”. A capacitação foi

¹Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Endereço Eletrônico: bahbfontes@gmail.com

²Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF.

³Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Enfermagem.

realizada na sede do programa situado na Vila Gianetti da Universidade Federal de Viçosa (UFV), em outubro, perfazendo uma carga total de 2 horas. Para tal utilizamos o bingo como atividade lúdica, por ser algo que faz parte do cotidiano dos idosos. Foram disponibilizadas a cada idoso uma cartela numerada aleatoriamente, em que cada número correspondia a uma determinada pergunta relacionada aos temas: primeiros socorros em ressuscitação cardiopulmonar (RCP), acidente vascular cerebral (AVC), hemorragias, engasgo, desmaio e crise convulsiva

Resultados e Discussão: O projeto “Primeiros Socorros: educando a comunidade e os profissionais de saúde do município de Viçosa - MG e região”, apresenta como um de seus objetivos capacitar a comunidade para o atendimento em primeiros socorros. Dessa forma, utiliza-se de metodologias ativas que se baseiam na problematização como estratégia de ensino-aprendizagem na construção do conhecimento³. Visando a otimização da participação e a compreensão dos participantes, buscou-se adequar o método de acordo com o público-alvo. Participaram do treinamento 25 idosos. A capacitação se deu por meio do uso do bingo, onde eram sorteados números (1 a 25) e cada número correspondia a um questionamento sobre os temas propostos: RCP em adultos e crianças, “*O que é uma parada cardiorrespiratória, como verificar uma parada e o que fazer?*”, AVC “*Quais são os tipos de AVC, sinais e sintomas, como verificar e o que fazer?*”, engasgo “*O que é engasgo, quais os tipos de engasgo, como ajudar uma pessoa que está engasgada?*”, hemorragias “*O que fazer em caso de hemorragia?*”, epistaxe “*O que se pode e o que não pode fazer?*”, desmaio “*O que causa o desmaio, porque ele acontece, o que fazer quando sinto que vou desmaiar, como ajudar alguém desmaiado?*”, crise convulsiva “*O que fazer e o que não se pode fazer?*”. Se o participante que possuía o número sorteado respondesse corretamente a pergunta, avançaria no jogo. Caso não respondessem corretamente ou caso surgissem dúvidas, a equipe responderia aos questionamentos enfatizando a resposta e realizando demonstrações práticas (RCP, engasgo, desmaio e crise convulsiva) para uma melhor compreensão e fixação dos temas abordados. Ganhou o participante que marcou todos os números primeiro. A capacidade do sujeito de lidar com seus próprios pensamentos, criatividade e concentração relaciona-se intimamente com a brincadeira, principalmente em jogos que geram sentimento de competição, pois acabam aumentando o interesse dos participantes em compreender o assunto abordado⁴. Foi percebido pelos participantes do projeto o entusiasmo dos idosos em saber como agir em determinadas situações, e em responder corretamente as questões. Nesse sentido percebe-se a importância de aplicar métodos que consigam deter a atenção do público, para que se tenha uma maior eficácia na aprendizagem.

Conclusão: Em suma, foi possível perceber durante a capacitação dos idosos a importância da utilização de metodologias ativas de ensino-aprendizado, onde o

participante é atuante no processo de construção do conhecimento, não recebendo passivamente informações que ele não consegue aplicar em sua vida cotidiana, permitindo desse modo que os mesmos sejam capazes de realizar os primeiros socorros com qualidade.

Descritores: Primeiros Socorros; Capacitação; Idosos; Enfermagem.

Referências:

1. Closs VE, Schwanke CHA. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*. 2012; 15(3): 443-458.
2. Coscrato G, Pina JC, Mello DF de. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. *Acta Paul Enferm*. 2010; 23(2): 257-63.
3. Mitre SM, Batista RS, Mendonça JMG de et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13(2): 2133-44.
4. Sanches EO, da Paz RCN. A utilização do lúdico como estratégia na promoção da saúde de sujeitos portadores de deficiência física. *Rebes*. 2013; 3(3): 9-13.

SALA DE ESPERA SOBRE CÂNCER DE MAMA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Tavares, Amanda Tamires Drumond Vilas Boas¹

Luiz, Franciane Silva²

Caçador, Beatriz Santana³

Introdução: O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação descontrolada de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos¹. O câncer de mama é o mais incidente em mulheres, representando 23% do total de casos de câncer no mundo, em 2008, com aproximadamente 1,4 milhão de casos novos naquele ano. É a quinta causa de morte por câncer em geral (458 mil óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres¹. Devido a sua magnitude epidemiológica, percebemos a necessidade de promover estratégias de educação em saúde no intuito de socializar informações sobre o assunto e promover práticas de prevenção primária da doença. Temos como pressuposto que a educação em saúde no âmbito da Atenção Primária à Saúde possibilita maior capilaridade do debate e reflexão sobre a temática, aumentando o saber de mulheres sobre o assunto, empoderando-as com relação a prevenção de fatores de risco modificáveis. Nesta ótica, ressaltamos a sala de espera como um lugar privilegiado de socialização e disseminação de informações em saúde, uma vez que capta os sujeitos com maior facilidade por aproveitar o momento em que já se destinaram aos serviços de saúde para atender distintas necessidades de saúde. A sala de espera constitui-se também em espaço para dar visibilidade às ações dos profissionais de saúde no que tange a abordagem ampliada da concepção e saúde atual, que transcende a perspectiva biológica e medicamentosa². **Objetivo:** Relatar uma experiência de educação em saúde sobre câncer de mama, na sala de espera de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Viçosa-MG. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a realização uma atividade de educação em saúde por meio de uma sala de espera sobre câncer de mama, desenvolvida na disciplina de Saúde Materna do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, na Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Viçosa-MG. A educação em saúde foi realizada por 3 alunas e uma docente no mês de setembro de 2014. A sala de espera contou com a presença de Agentes Comunitários de Saúde e usuárias da ESF, totalizando 19 pessoas. O

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: amanda.tavares@ufv.br

²Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais (2012). Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais.

planejamento da atividade foi realizado previamente pela equipe, que definiu os objetivos da oficina bem como viabilizou a logística de sua operacionalização. Como metodologia participativa da oficina, optou-se pelo uso de uma dinâmica, que procedeu da seguinte forma: foram distribuídas perguntas para as participantes relacionadas ao tema, incentivando a reflexão e com o intuito de nortear a abordagem. Todos participantes foram estimulados à refletirem sobre as proposições. Aqueles participantes que se sentiam a vontade e o desejassem, respondiam as indagações. Todas as questões respondidas ou não pelas participantes foram problematizadas pelas facilitadoras. Em seguida, foi ensinada a técnica do autoexame de mama demonstrando o passo a passo de sua realização, evidenciando sua importância. Reforçou-se que o auto-exame não é considerado método isolado para diagnóstico, sendo portanto, recomendado como ação de educação para o reconhecimento de alterações na região, oferecendo uma oportunidade de detecção precoce do câncer³.

Resultados e Discussão: Percebemos que a maioria dos participantes possuíam um déficit de conhecimento sobre o autoexame e sobre o intervalo de tempo de realização da mamografia, bem como os fatores de risco associados ao câncer de mama. Na avaliação da atividade, as participantes relataram ter sido uma boa iniciativa, pois estas ficam ali aguardando a consulta e é uma forma de passar o tempo aprendendo sobre como cuidar da saúde. Percebemos um grande interesse dos participantes com a atividade, houve um grande envolvimento com o tema em prol do autoconhecimento, autocuidado e reflexão sobre as necessárias mudanças dos hábitos visando à qualidade de vida e bem estar. A realização desta prática educativa mostra-se relevante para o âmbito da saúde em virtude dos altos índices de câncer de mama na população feminina, sendo de extrema valia discutir este saber no cotidiano das mulheres, informatizando-as sobre os fatores de risco genéticos e modificáveis, bem como quando e como realizar os exames, além de explicitar a realização do toque de mama como promoção do autocuidado e autoconhecimento. A promoção da saúde na sala de espera realizada pelos profissionais de saúde garante o estabelecimento de vínculo, influenciando as pessoas a compartilharem suas dúvidas e anseios, a fim de amenizar e esclarecer as dúvidas, bem como a mudança de hábitos de vida em prol da melhor qualidade de vida. A sala de espera consiste de um instrumento que possibilita a troca de informações a respeito da saúde bem como viabiliza a identificação dos profissionais de saúde. Com isso, enfatiza a importância de realizar práticas educativas neste cenário, sendo essas planejadas de acordo com a demanda local, cabendo ao profissional um pensamento crítico e reflexivo sobre a realidade inserida.

Conclusão: A Educação em Saúde na sala de espera configura-se como uma estratégia que possibilita acolher os usuários de forma mais abrangente. Requer poucos recursos

materiais e aproveita o contexto dos cenários de saúde. Tem como potencial contribuir para a formação de sujeitos com mais competências e habilidades para pensar e agir sobre seu processo saúde e doença, tanto em âmbito individual quanto coletivamente. Cabe aos profissionais de saúde utilizar deste espaço para desenvolver o cuidado como a educação e promoção da saúde, proporcionando a melhora da qualidade de vida. Nesta perspectiva, o tema proporcionou conhecimentos sobre as formas de prevenção que iniciam desde o conhecimento dos fatores de risco até as mudanças necessárias e as medidas de rastreamento, bem como a adoção de medidas preventivas estimuladas pelo autoexame proporcionando que estas mulheres se conheçam e sejam capazes de identificar possíveis alterações bem como ser agente de propagação de informações em suas redes particulares de vida e afetos.

Descritores: Educação em Saúde; Saúde da Mulher; Enfermagem; Neoplasias da Mama.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Brasil. Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres de Colo do Útero e Mama. 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
2. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto & Contexto-Enferm.* 2006; 15(2):320-25.
3. Bushatsky M *et al.* Educação Em Saúde: Uma estratégia de Intervenção frente ao câncer de mama. *Cienc Cuid Saude.* 2015; 14(1):870-878.

DISSEMINANDO O CONHECIMENTO EM PRIMEIROS SOCORROS NA EDUCAÇÃO INFANTIL

Tavares, Amanda Tamires Drumond Vilas Boas¹

Sá, Flávia Batista Barbosa de²

Andrade, Laís Bonfim³

Correia, Izabella Ferreira³

Carmo, Mônica Maroa Lopes do³

Exedito, Adélia Contiliano³

Viana, Karine Afonso³

Introdução: As situações de urgência podem ocorrer com qualquer pessoa e em qualquer local, entretanto, nota-se que há uma falta de conhecimento da população leiga para lidar com vítimas nestas condições, fato que pode ocasionar inúmeros problemas. Considerando-se a quantidade de agravos à saúde que acontece cotidianamente no trânsito, nos domicílios, no ambiente de trabalho e em outros locais, no Brasil o ensino de primeiros socorros ainda é pouco difundido, prevalecendo o desconhecimento sobre o tema¹. Desta forma, salienta-se que a educação sobre primeiros socorros deveria ser mais difundida entre o público leigo, visto que a maioria das vezes o atendimento é realizado por essa população que se encontra próxima a vítima ou no local da intercorrência¹. Ressalta-se que o processo de educação em primeiros socorros demanda capacidade de raciocínio lógico, crítico, resolução de problemas, tomada de decisão e comunicação efetiva³. Portanto o treinamento deve permear um processo de ensino aprendizagem que permitam que os educandos alcancem esses quesitos. Para isso, buscamos abordar os primeiros socorros ao público leigo, em especial para os acadêmicos do curso de Educação Infantil da Universidade Federal de Viçosa (UFV), através de uma metodologia ativa, permitindo que estes tenham um encontro com o tema de forma mais dinâmica e efetiva, tornando-os possuidores do conhecimento, com capacidade de agir de forma crítica e reflexiva diante das situações que necessitam de atendimentos de primeiros socorros. **Objetivo:** Relatar a experiência em realizar um treinamento em “Condutas em Pequenas Urgências e Emergências” para um grupo de acadêmicos do Curso de Educação Infantil da UFV. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre uma das atividades do projeto de extensão intitulado como

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email:amanda.tavares@ufv.br

² Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

³ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

“Primeiros Socorros: Educando a comunidade e os profissionais de saúde do município de Viçosa, Minas Gerais e região” realizada sob formato de minicurso na Semana Acadêmica de Educação Infantil que ocorreu em setembro de 2015 na UFV, totalizando uma carga horária de 4 horas e 30 minutos. O minicurso foi realizado mediante solicitação da coordenação do evento, onde foram abordados os seguintes temas: parada cardiorrespiratória; hemorragias e epistaxe, atendimento às vítimas de fratura, luxação e entorse; engasgo, intoxicação, queimaduras, convulsão, mordedura de cão e arranhadura de gato e acidente por animais peçonhentos (aranhas, cobras e escorpiões). O treinamento se deu de forma expositiva (uso de slides) e prática (simulações realísticas). O mesmo foi realizado utilizando metodologias ativas, com o objetivo de proporcionar uma melhor compreensão dos conteúdos abordados, além de buscar proporcionar uma maior aproximação dos participantes com uma situação real, possibilitando-os adquirirem e aprimorarem seus conhecimentos, habilidades e atitudes frente a uma situação de urgência e emergência. A prática foi avaliada através da observação direta dos participantes, verificando se os mesmos foram capazes de executar as manobras de forma adequada. **Resultados:** O treinamento se iniciou com a fundamentação teórica, abordando os temas mencionados, e após cada abordagem, realizaram as manobras práticas. O minicurso contou com a colaboração de 6 ministrantes acadêmicas do curso de Enfermagem e com a participação de 11 acadêmicas do curso de Educação Infantil da UFV, todas eram do sexo feminino e com faixa etária entre 20 à 30 anos. Das participantes, 27% possuíam conhecimento prévio sobre o assunto, no entanto, nos casos como RCP (Ressuscitação Cardiopulmonar) não sabiam certamente como lidar, e nos outros temas houve dificuldade na descrição correta da técnica. Em casos como RCP e engasgo 54,54% já sabia que existe a diferença no atendimento de criança e adultos, porém não souberam descrevê-las. As demais participantes nunca tiveram contato com minicurso nessa área e notou-se que todas apresentavam conhecimentos defasados acerca da temática, problema este que pode ser solucionado no decorrer do minicurso. Após o curso concluído, foi realizado um pós teste na qual indagava sobre o minicurso estruturalmente (duração, desempenho dos ministrantes, exibição do conteúdo e prática) e como foi pessoalmente (aprendizado). **Discussão:** Observou-se durante a realização das manobras práticas, que todas foram capazes de executá-las de forma adequada, atingindo o objetivo proposto. Quanto à estrutura do conteúdo exposto, as avaliações foram bastante positivas, mostrando que o minicurso apresentou um conteúdo de grande valia, as ministrantes possuíam conhecimento científico e prático e este foi apresentado de forma interativa e proveitosa para os participantes. A avaliação pessoal mostrou que as participantes puderam aprender e aprimorar os conhecimentos sobre o assunto e

retirando dúvidas sobre os mesmos. Porém, surgiram alguns eventos desfavoráveis na realização do minicurso, tais como o curto tempo para exposição dos temas e a pouca pró-atividade de algumas participantes em realizar o treinamento prático. Ao final, foi possível identificar a importância deste momento de aprendizado e discussão para o cotidiano das discentes. **Conclusão:** Diante da exposição dos resultados e da discussão, comprovou-se a necessidade de se ter práticas educativas para leigos que abarquem o atendimento em primeiros socorros, uma vez que imprevisibilidade de uma intercorrência existe em qualquer momento, requerendo intervenções adequadas. Pode-se reconhecer então, o importante papel da Enfermagem no processo de educação em saúde capacitando leigos, tornando-os protagonistas de suas ações e disseminadores do conhecimento.

Descritores: Enfermagem; Capacitação; Primeiros Socorros.

Referências:

1. Nardino J et al. Atividades Educativas em Primeiros Socorros. Revista Contexto & Saúde. 2012; 2 (23).
2. Perin EMF et al. Capacitação de primeiros socorros para leigos: a universidade perto da comunidade. UDESC em Ação. 2013; 7(1).
3. Nascimento RL, Silveira RMCF, Aguiar RV. Objeto de aprendizagem como recurso didático na disciplina de primeiros socorros: desenvolvimento, implementação e avaliação. Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências. 2014; 14(1).

OFICINA SOBRE “AMAMENTAÇÃO E SUAS INTERCORRÊNCIAS” PARA AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Caneschi, Juliana Aparecida¹

Pinto, Anna Clara Santiago Nunes²

Souza, Camila Ribeiro de²

Silva, Eunice Ferreira da²

Santos, Willians Guilherme dos²

Souza, Silas Teixeira de²

Pimentel, Raphael Vicente Ignacchiti de Andrade³

Caçador, Beatriz Santana⁴

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é entendida como dispositivo político e organizacional prioritário de reorganização das práticas de assistência no Brasil, viabilizando, sobretudo, o acesso das famílias aos serviços de saúde. Tem como eixo de cuidado a família entendida e percebida em seu contexto social e físico. Assim, imprime uma visão ampliada ao processo de saúde-doença-adoecimento, incorporando para o debate e para as práticas, questões psicossociais e a determinação social da produção de saúde⁽¹⁾. O processo de trabalho na saúde da família sustenta-se a partir de equipes multiprofissionais compostas por médicos generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem e o agente comunitário de saúde (ACS). O ACS é um personagem fundamental na saúde da família por ser membro da comunidade onde atua. Seu papel é orientar as famílias sobre cuidados com a saúde da família e comunidade e estabelecer uma ponte entre a equipe e a comunidade, fortalecendo os vínculos da ESF com a população a ser atendida⁽²⁾. Por estar tão próximo e conhecer tão bem o bairro onde trabalha, o ACS pode oferecer intervenções sobre aspectos como educação, saneamento básico, condições de vida e trabalho dos pacientes e transformar a vida de muitas famílias, estimulando na comunidade um sentimento de pertencimento e corresponsabilidade na melhoria da qualidade de vida e saúde da população⁽¹⁾. Entretanto, percebe-se que os ACS possuem dificuldades em oferecer orientações sobre determinados temas de natureza mais técnica e também com interface clínica. Assim, eles demandam do processo de educação permanente, com frequência,

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa – Email: juliana.caneschi@ufv.br

² Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³Enfermeiro. Pós-graduado em oncologia. Professor Substituto do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa – MG.

⁴Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa – MG.

capacitações relacionadas a temáticas da saúde como condições clínicas e estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde. Nesse sentido, solicitaram uma abordagem sobre amamentação haja vista que em seu cotidiano são responsáveis por orientações importantes às gestantes e puérperas sendo fundamental para a promoção de práticas de aleitamento materno na comunidade. **Objetivo:** Relatar experiência de realização de oficina de amamentação junto aos agentes comunitários. **Metodologia:** Realizamos a oficina no dia 25 de setembro no auditório do Instituto Municipal de Assistência aos Servidores (IMAS). A oficina teve como facilitadora uma nutricionista que atua no Banco de Leite Humano do Hospital São Sebastião. Como recursos, utilizou-se o Datashow e o método de problematização se deu por meio de exposição dialogada. Foram abordadas questões técnicas, científicas e práticas sobre o leite materno, sua produção, a importância de amamentar, como amamentar, como terminar a mamada e problemas mais frequentes, como abcesso mamário e baixo ganho de peso da criança. Além disso, foram discutidas orientações para os casos de intercorrências. Ao final, foi entregue uma cartilha contendo informações sobre o que foi discutido. A oficina teve duração de duas horas e o momento final foi destinado ao esclarecimento de dúvidas pelos agentes comunitários. **Resultados e Discussão:** Foi possível perceber que os agentes comunitários se mostraram muito receptivos com a oficina, que teve linguagem acessível, a qual facilitou a compreensão sobre o assunto. Como o tema da oficina foi sugestão dos mesmos, o interesse foi notório e se preocuparam em prestar atenção, sanar dúvidas, interagir com a facilitadora. Os ACS's realizaram anotações e relataram situações do cotidiano onde poderiam intervir com o novo saber oferecido pelo PEP-ACS. Assim, houve integração das experiências cotidianas com as reflexões propostas pela oficina. A facilitadora se mostrou muito atenta aos questionamentos dos agentes, demonstrou com próteses e bebês como funcionaria uma amamentação adequada, como deveria ser a pega correta do bebê, esclareceu dúvidas sobre alimentação das lactantes, os benefícios da amamentação para o bebê, o fortalecimento do vínculo do binômio mãe-filho. Ademais, esclareceu sobre a quantidade que o lactente consegue ingerir de acordo com a faixa etária, e o porquê da preocupação da mãe achar que o bebê está sendo mal amamentado, como funciona a limpeza de mamadeiras, chupetas e bicos, como deve ser o armazenamento correto do leite em geladeiras e incentivou os agentes comunitários a divulgarem o serviço do Banco de Leite Humano e a necessidade de doações que existe lá. Para nós alunos envolvidos no projeto de educação permanente, a oficina foi importante haja vista que muitos de nós, por sermos de períodos iniciais do curso, ainda não tínhamos conhecimento sobre o assunto. Aprendemos ainda com as experiências compartilhadas pelos ACS's, de modo que a oficina configurou-se como um rico espaço de trocas entre

saberes. Com os relatos do cotidiano nas comunidades conseguimos pensar criticamente sobre como deveremos intervir enquanto acadêmicos de enfermagem e enquanto futuros profissionais de saúde. Pode-se reforçar a importância da amamentação para o desenvolvimento e a saúde da criança, bem como enfatizar o papel fundamental do agente comunitário na orientação e aconselhamento da comunidade com relação à promoção da amamentação. Há que se destacar que é complexo o processo de manutenção da lactação de modo que seu aprendizado exige persistência, acompanhamento do processo para sanar as dúvidas bem como a existência de vínculo. Assim, ressalta-se a importância da abordagem do ACS e seu potencial em contribuir para a melhoria dos indicadores maternos infantis e, por conseguinte, a melhoria da qualidade de vida das famílias⁽³⁾. **Conclusão:** Enquanto membros do Programa de Educação Permanente – Agentes Comunitários de Saúde, devemos nos preocupar com os assuntos que eles têm interesse em aprender mais profundamente, e perceber nessas sugestões necessidades das comunidades em que estão inseridos. Quando realizamos as oficinas temos responsabilidades sociais envolvidas, que não devem ser deixadas de lado, pois trabalhando com os agentes comunitários, contribuimos para melhorar a prática profissional do ACS e com isso, vislumbrar melhorias na qualidade das relações estabelecidas e das orientações dos ACS's para a comunidade. É uma forma de estarmos próximos de uma realidade que não estamos inseridos diretamente e por isso a participação no projeto tem sido tão gratificante.

Descritores: Enfermagem; Amamentação; Educação Permanente.

Referências:

1. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. *Interface*. 2007; 11(23): 439-447.
2. Ferraz L, Aerts DRGC. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. *Ciênc. Saúde coletiva*. 2005; 10(2): 347-355.
3. Azevedo, M, Mendes, ENW. Manutenção da lactação: um desafio para mães de prematuros hospitalizados. *Rev Gaúch Enferm*. 2008; 29(1): 68-75.

O PREPARO DAS GESTANTES PARA O TRABALHO DE PARTO E PARTO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Beirigo, Brenda Alves¹

Silva, Nathalia Bastos¹

Novais, Maria Eduarda Ferreira¹

De Souza, Carla Elisia¹

Monteiro, Mickaela Cunha¹

Andrade, Gisele Muniz²

Ayres, Lilian Fernandes Arial³

Introdução: O processo de gestar, parir e maternar corresponde a um momento ímpar na vida da mulher e de sua família. Este se inicia com a descoberta da gravidez e se estende até o nascimento do bebê. Durante todo este percurso, a mulher trilha uma experiência nova que envolve mudanças físicas, emocionais e sociais. Tal situação promove o surgimento de sentimentos dicotômicos como: alegria, confiança, bem estar, medo, tristeza, ansiedade, incertezas, dúvidas, sobretudo, relacionado ao trabalho de parto. A assistência que ela recebe durante esta fase e o apoio emocional que lhe é oferecido, influencia no modo como ela vivenciará esta experiência. A mulher durante toda gravidez precisa ser preparada para o momento do parto. E a ausência de apoio intraparto (emocional, físico e espiritual) interfere no nível da dor, no medo e ansiedade, na progressão do trabalho de parto/parto e no grau de satisfação materna¹. O uso de boas práticas obstétricas como: apoio contínuo, mudança de posição e deambulação da parturiente, hidroterapia, acupressão, aromaterapia, musicoterapia, massagens, respiração, termoterapia e crioterapia, uso de bola suíça, entre outros cuidados não farmacológicos, contribuem no alívio da dor, da ansiedade e medo durante o trabalho de parto/parto e no tempo de duração². Além disso, em algumas situações, baseada em evidências científicas, será necessário o uso de medidas farmacológicas (anestésicos e analgésicos), indutores do parto e a episiotomia. Acredita-se que as mulheres e seus familiares precisam estar cientes destas boas práticas e intervenções obstétricas para que eles sejam os principais atores no processo de parir³. E ainda, depreende-se que os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao ciclo gravídico-puerperal devem conhecer e aplicar os cuidados mencionados acima a fim de promover um parto singular, qualificado, humano, digno e respeitoso. Neste sentido, compete a eles oferecer todo o subsídio necessário para que a mulher e a família entendam sobre o

¹Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: abeirigo.brenda@gmail.com

² Discente do curso de Medicina da Universidade Federal de Viçosa.

³Enfermeira. Doutora. Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

processo de parto, tipos de partos, seus direitos, entre outras questões⁴. **Objetivo:** Relatar a experiência dos estudantes de enfermagem e medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV) da utilização de roda de conversa sobre trabalho de parto e parto como ferramenta educativa. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência de um grupo educativo que teve como tema o trabalho de parto e parto. O público alvo foram as gestantes residentes do bairro Santa Clara do município de Viçosa-MG. Foi realizado no dia 18 de novembro de 2015 com duração de 90 minutos e com 8 participantes. Os integrantes do projeto extensão, “O grupo educativo como forma de cuidado à saúde do casal grávido, puérpera e familiares”, foram os responsáveis em desenvolver a atividade. Como método de ensino foi utilizado um plano de parto que se configura como um excelente artifício para o profissional, pois apura a comunicação entre a equipe e parturiente, permitindo que esta explique seus desejos para com o trabalho de parto e parto⁵. O plano foi submetido a uma adaptação a fim de conduzir o grupo educativo baseado no tema proposto e não oferecer as parturientes possibilidades discrepantes às proporcionadas pela maternidade de Viçosa–MG. **Resultados/discussão:** O plano de parto adaptado foi composto por alternativas que correspondiam às boas práticas e intervenções obstétricas, são elas: Qual acompanhante você deseja ter durante seu trabalho de parto e parto? Quais métodos de alívio da dor que deseja ter como opção? Líquidos que deseja ingerir durante o trabalho de parto? Deseja que seja feita episiotomia (“PIC”)? Deseja receber ocitocina (“sorinho”)? Qual posição deseja ter o parto? Deseja amamentar na primeira hora de seu bebê? Quanto ao corte do cordão umbilical, deseja que seja realizado por quem? Como você deseja que o ambiente esteja durante o trabalho de parto e parto? No decorrer do grupo, cada gestante expôs seu conhecimento sobre os temas discutidos, expressando seus anseios e desejos em relação ao seu trabalho de parto e parto. Concomitantemente, apresentou-se a lei que garante o direito ao acompanhante. Como alternativa lúdica e prática, para que as gestantes interagissem entre si e com o tema do grupo, tiveram a oportunidade de fazer uso de bola suíça, trabalhar controle da respiração, modificações de posições e realizarem a massagem corporal. Através de um diálogo aberto, reflexivo, horizontal e participativo, elas foram orientadas quanto às opções que teria e como cada escolha influencia na progressão do trabalho de parto e parto. **Conclusão:** O parto corresponde a um momento da vida da mulher que é repleto de novas experiências e sentimentos. Para que trabalho de parto e o parto progredam satisfatoriamente e se encaixe conforme as demandas e necessidade de cada mulher, se faz necessário que a equipe assista a parturiente de forma integral, singular e humanizada. Compreende-se que o uso do plano de parto contribui para efetivação destes cuidados considerando que o mesmo permite que a equipe tenha conhecimento

das escolhas gestante frente ao seu parto. A experiência do grupo educativo para discentes do curso de Enfermagem e Medicina permitiu que estes contribuíssem de forma direta com o modo pelo qual as gestantes vivenciarão o momento do parto, se qualificando como verdadeiros veículos de informações que visam a assistência de qualidade e o parto humanizado. Para mais, cabe ao profissional de saúde atuar no trabalho de parto e parto como um mediador do processo, para que a díade mãe-bebê sejam os verdadeiros protagonistas, que a parturiente seja contemplada com informações acerca de seus direitos, que a permitam opinar frente as condutas que pretendem realizar, que suas vontades sejam acatadas e que o parto se configure como uma experiência única e especial.

Descritores: Parto Humanizado; Assistência ao Parto; Saúde da Mulher; Trabalho de Parto; Parto.

Referências:

1. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2013; Issue 7.
2. Ricci SS. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. Tradução: Azevedo MF. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2015.
3. Almeida CSO; Gama RE; Bahiana MP. Humanização do Parto- a atuação do enfermeiro. Revista Enfermagem Contemporânea. 2015;4(1):79-90.
4. Motta SAMF et al. Implementação da humanização da assistência ao parto natural. Rev. enfermagem UFPE online. 2016; 10(2):593-9.
5. Silva SG, Silva SG, Silva EL, Souza KV; Oliveira DCC. Perfil de gestantes participantes de rodas de conversa sobre o plano de parto. Enfermagem Obstétrica. 2015; 2(1):9-14

GRUPO EDUCATIVO COM GESTANTES NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA-MG
“INCENTIVANDO O CUIDADO: ZIKA VÍRUS” - UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Monteiro, Mickaela Cunha¹

Assunção, Lorrane Stefany Ribeiro¹

Beirigo, Brenda Alves¹

De Souza, Carla Elisia¹

Polati, Amanda Morais¹

Gimenes, Laura Carolina²

Silvério, Marcela Renata Costa³

Ayres, Lilian Fernandes Arial⁴

Introdução: Zika vírus é um vírus recente, transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Inicialmente identificado no Uganda, em 1947, em macacos Rhesus, através de uma rede de monitorização de febre amarela selvagem. Foi identificado em humanos em 1952, porém existem poucos documentos publicados sobre o assunto antes do ano de 2015. Zika pertence ao grupo de vírus que inclui Dengue e Chikungunya, mas parece estar associado às consequências mais graves para a saúde¹. No Brasil, no ano de 2015, até o mês de outubro, foram identificados 2.700 bebês nascidos com microcefalia, suspeitos por infecção do Zika virus, marcando um aumento em relação aos casos de microcefalia (150 casos) em 2014. Recentemente, este país declarou estado de emergência e as autoridades locais de saúde têm observado um aumento na síndrome de Guillain-Barré, que coincidiu com infecções por Zika vírus no público em geral, bem como um aumento nos recém-nascidos com microcefalia no nordeste do Brasil. Segundo o Ministério da Saúde (2015), a infecção humana por Zika na maioria dos casos é assintomática e os sintomas são geralmente ligeiros, portanto, a infecção materna pode passar despercebida. As complicações fetais incluem morte fetal, restrição do crescimento fetal e insuficiência placentária.² Medidas de prevenção de infecção para as mulheres grávidas e a população em geral são: uso de vestimentas (de preferência de cor clara) que cobrem todo o corpo; utilização de barreiras físicas, como telas nas janelas, tela de mosquiteiro para camas e berços, portas e janelas fechadas; uso de repelentes de insetos aprovado pela ANVISA (por exemplo, composição DEET ou Icaridina) para proteção individual. E ainda, é

¹Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: mickaelacunham@gmail.com

² Discente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Viçosa.

³ Discente do Curso de Dança da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeira. Doutora em Biociências. Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

importante que os criadouros do mosquito estejam limpos ou removidos, incluindo vasos de flores, pneus usados e calhas do telhado, pois esta é a medida principal que pode interromper a cadeia de transmissão. As comunidades devem apoiar os esforços do governo local para reduzir a densidade de mosquitos em sua região.³ Os profissionais de saúde devem promover o controle do mosquito e orientar todas as medidas supracitadas. Adiciona-se que o cuidado prestado por eles durante o pré-natal é essencial, sobretudo, ao desenvolver práticas que minimizem sentimentos como ansiedade, medo e o estresse da gestante frente às informações sobre Zika vírus e uma das principais complicações, a microcefalia. **Objetivo:** Relatar a experiência da utilização do grupo educativo como estratégia educativa promotora da reflexão sobre o Zika vírus e os cuidados de prevenção. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência do qual descreve a prática e a vivência dos discentes de enfermagem e medicina inseridos no projeto de extensão: “O grupo educativo como forma de cuidado à saúde do casal grávido, puérpera e familiares”. A atividade foi desenvolvida para gestantes residentes no bairro Nova Viçosa do município de Viçosa-MG, ocorrido no dia 29 de março de 2016. Foi realizado um debate acerca das questões sobre Zika vírus com o uso de técnicas participativas para criar espaços dialógicos, conforme o referencial teórico-filosófico de Paulo Freire. **Resultados e Discussão:** O encontro contou com a participação de 5 gestantes e 2 acompanhantes, das quais todas já haviam participado anteriormente do grupo *GestaVida*, com idade variando de 18 a 26 anos, sendo duas primigestas. Iniciou-se com uma dinâmica de apresentação e posteriormente, as gestantes tiveram a oportunidade de falar se já teve dengue e Zika ou se conhece algum vizinho que apresentou a patologia. A maioria das gestantes relatou estar ciente do Zika vírus e microcefalia por meio da televisão, mas poucas sabiam o que significava este termo e as consequências para a saúde da futura criança. O grupo sucedeu-se com uma conversa acerca do tema “Zika Vírus” através de frases para serem julgadas “verdadeira ou falsa”, e a partir disso, elas tiveram a oportunidade de expor suas opiniões e conhecimentos. As assertivas usadas foram: “Nem todos os repelentes são seguros para gestantes”; “O mosquito da febre Zika só pica de dia”; “A amamentação deve ser suspensa no caso de risco de Zika”; “O Zika é transmitido na amamentação”; “Prevenir é o melhor remédio”; “Fazer exame é o melhor meio de saber se tenho o Zika”; “Quem teve Zika no passado não pode engravidar”; “Os três primeiros meses de gravidez são mais críticos, mas depois pode relaxar”; “Pegar o Zika enquanto está grávida não significa certeza de que o bebê terá microcefalia” e “Depois do nascimento, crianças não desenvolvem malformações de pegarem o Zika”. No decorrer do grupo, as gestantes relataram sobre histórias (individual ou coletiva) e expuseram suas dúvidas que foram esclarecidas baseadas em estudos. Todas as gestantes estavam fazendo o uso do repelente, no entanto, não o faziam de

forma correta, pois algumas o aplicavam mais que três vezes ao dia e dormiam com ele no corpo. Foram orientadas quanto ao uso correto de acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Dermatologia (2015): aplicar o repelente somente nas áreas que ficarão expostas; não aplicar mais do que três vezes ao dia; após o uso de hidratante ou filtro solar, esperar secar e aplicar o repelente 15 minutos após o uso desses produtos; não aplicar o repelente próximo às mucosas (olhos, nariz, boca); não dormir com o repelente; e lavar a mão após o uso.⁴ **Conclusão:** A recente introdução Zika vírus levanta muitas preocupações à saúde pública brasileira e as autoridades de saúde, especialmente por causa de uma geração de crianças nascidas com microcefalia, o que podem impor severas limitações a elas. Isto exige que os profissionais de saúde e governos encontrem respostas eficazes para atenuar a corrente crise, conheçam e saibam lidar com a infecção, enfatizando sua prevenção. A experiência com o grupo educativo sobre um tema polêmico e com estudos recentes permitiu ao acadêmico de enfermagem e medicina perceber o quanto o medo e a ansiedade estão presentes no cotidiano da gestante, principalmente pela possibilidade de infecção pelo Zika vírus e complicações futuras para o feto. Compreende-se que cabe aos profissionais de saúde atuar na redução da angústia destas mulheres, através de esclarecimentos das dúvidas, orientações e principalmente o estabelecimento de ações que visem à prevenção. Ademais, é evidente que o profissional de saúde possui um papel importante neste processo, devendo atuar no incentivo as mulheres e seus parceiros para se envolverem no planejamento da gravidez.

Descritores: Enfermagem; Zika Vírus; Microcefalia.

Referências:

1. Schuler-Faccini L, Ribeiro EM, Feitosa IM, et al. Possible Association Between Zika Virus Infection and Microcephaly - Brazil, 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016; 65(3): 59-62.
2. Ministério da Saúde. Brasil. Microcefalia - Ministério da Saúde divulga boletim epidemiológico 2015. Available at: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal /agencia-saude/20805-ministerio-da-saude/divulga-boletim-epidemiologico> (Acessado 01 de abril de 2016).
3. World Health Organization (WHO). Pregnancy management in the context of Zika virus. Interim Guidance. 2 march 2016.
4. Sociedade Brasileira de Dermatologia. Nota importante: repelentes e outras medidas de prevenção contra Zika, Dengue e Chikungunya. 2015. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/nota-importante-repelentes-e-outras-medidas-de-prevencao-da-zika-dengue-e-chikungunya/>

A PROMOÇÃO DO ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL NA TERCEIRA IDADE: EXPERIÊNCIAS DE AÇÕES ANCORADAS NO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

Sampaio, Nádia Vaz¹

Amâncio, Franciele Carolina¹

Oliveira, Raphaela Amanda Loiuze¹

Silva, Angelina Aparecida¹

Pereira, Júnia Aparecida¹

Amaral, Vanessa de Souza¹

Oliveira, Deíse Moura de²

Introdução: o aumento no número de idosos nas últimas décadas tem sido alvo de interesse dos estudiosos e profissionais de saúde, com o intuito de investigar e promover a qualidade de vida neste grupo populacional. No Brasil, destaca-se importantes avanços no campo da saúde, os quais podem operar ações voltadas para a busca do envelhecimento saudável. Destaca-se neste contexto a Estratégia Saúde da Família (ESF), compreendida no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) como um cenário de potência para investir em ações voltadas para a pessoa idosa¹. As ações de saúde, neste sentido, devem estar pautadas na ótica do conceito ampliado de saúde. É nesta direção que se assenta os saberes e práticas em saúde coletiva junto à população idosa, em que as ações de promoção da saúde, pautadas no empoderamento comunitário, devem assumir lugar privilegiado no modo de produzir saúde no cotidiano do SUS². Isso reforça a necessidade de investimento em ações que se proponham trabalhar nesta perspectiva, o que será relatado no presente trabalho. **Objetivo:** relatar a experiência de ações pautadas no conceito ampliado de saúde voltadas para a promoção do envelhecimento saudável de idosos inscritos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Viçosa, Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência realizado na área de abrangência de uma USF de Viçosa, Minas Gerais. Teve como público-alvo idosos pertencentes a um grupo que participa de atividades físicas realizada no bairro em que residem, o qual se reúne para realizar caminhada e alongamento. O grupo, constituído por uma média de 40 idosos, se reúne há aproximadamente cinco anos, vinculado inicialmente a um projeto de extensão universitária. Atualmente os idosos se mantêm na atividade física imbuídos de vontade própria, pois percebem os benefícios que a mesma provocou em suas vidas. O campo

¹ Discente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa nadia.sampaio@ufv.br

² Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

de prática de saúde coletiva do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV) atua no bairro onde encontra-se este grupo de idosos e vislumbrou neste um contexto de potência para promover ações voltadas para a promoção da saúde na terceira idade, tendo como eixo orientador o conceito ampliado de saúde. Para tanto, estão sendo planejadas e realizadas ações que potencializam a identidade já construída de promoção da saúde destes idosos, com vistas a fortalecer a busca por qualidade de vida neste período do ciclo vital. Tais ações são realizadas semanal e/ou periodicamente por discentes de Enfermagem da UFV e uma docente da disciplina “Enfermagem em Saúde Coletiva I”. **Resultados e Discussão:** as experiências de promoção ao envelhecimento saudável agenciadas pelos discentes e docente de Enfermagem junto ao grupo de idosos têm como eixo orientador a busca pela construção da saúde sob a perspectiva da integralidade e do empoderamento do sujeito/comunidade. Para fins de relato destacam-se as atividades de aferição da pressão arterial, ações de socialização entre os idosos – como café da manhã comunitário e aulas de danças – e oficinas educativas. No tocante à aferição da pressão arterial, que se dá semanalmente anteriormente à atividade física, evidencia-se que tem transcendido um procedimento técnico e oportunizado uma criação de vínculo entre os idosos e discentes/docente com o uso da tecnologia leve na abordagem, o que permite aos discentes potencializar este espaço para realizar ações de educação em saúde, pautadas no agenciamento do autocuidado apoiado a esta população. Além destas práticas, no intuito de horizontalizar a relação com os idosos, os discentes também participam da atividade física com eles, provocando processos interativos significativos, dotados de reciprocidade e compartilhamento de experiências. A atividade física termina com uma sessão de alongamento, feito em uma grande roda, momento em que são trabalhados temas de interesse dos idosos na modalidade de sala de espera. Ressalta-se ainda, no sentido de aumentar o processo de socialização do grupo, a promoção do café da manhã comunitário, fomentado em um momento pelos discentes da enfermagem e realizado após a caminhada. Neste ocorreu o envolvimento de todos os idosos e equipe UFV, tornando este contexto propício ao diálogo, interação e descontração do grupo. Nesta mesma perspectiva inscreve-se a atividade de dança, veiculada por meio de uma rede estabelecida entre os discentes, a docente e um educador físico do Programa da Melhoria da Terceira Idade, que a partir do mês de abril irá trabalhar com os idosos ritmos variados de dança. Finalmente destaca-se a realização da prática educativa grupal, que até o momento pautou-se na temática “Dia Mundial da Saúde”, sendo ancorada na metodologia participativa. Teve como objetivo trabalhar as concepções e práticas agenciadoras de saúde pelos idosos. Os conceitos de saúde tecidos pelo grupo reforçaram a percepção dos discentes com relação ao mesmo, isto é, a identidade

assumida de promotores da saúde. Ao pautarem saúde associaram-na à lazer, família, poder estar participando do grupo da caminhada, fazer o que gosta, poder sair de casa, ter autonomia, etc. Isso reflete que o conceito ampliado de saúde é o prisma sob o qual as ações dos discentes e docente da enfermagem da UFV se assentam, mas também sob o qual os idosos estão imersos, refletindo sobre maneira na qualidade de vida deste grupo. Isso é reforçado pela literatura, ao afirmar que o bem-estar proporcionado pela participação do idoso em atividades grupais contribui para que ele vivencie trocas de experiências que viabilizem a conscientização para a importância do autocuidado. Ademais, compreende-se que as pessoas se “constroem” em grupos, empoderando-se mutuamente na busca pelo cuidado à saúde¹. Evidências demonstram que o contato do discente com o meio em que as pessoas estão inseridas, seu modo de vida, suas principais necessidades e os conhecimentos de comunidade, permitirão aos estudantes de Enfermagem intervir de modo integral na saúde das populações, utilizando ferramentas resolutivas e coerentes com as necessidades dos indivíduos e coletividades³. **Conclusão:** evidencia-se a importância das ações de promoção da saúde junto à população idosa, tendo em vista a qualidade de vida conquistada pela mesma e o empoderamento relacionado ao autocuidado, evidenciado no grupo em pauta. Salienta-se ainda a relevância dessa experiência se dar no contexto da graduação em Enfermagem, tendo em vista permitir aos discentes experimentar a construção do conceito ampliado da saúde instituído nos saberes e práticas da pessoa idosa.

Descritores: Enfermagem; Promoção da Saúde; Envelhecimento; Estratégia Saúde da Família.

Referências:

1. Tahan J, Carvalho ACD. Reflexões de Idosos Participantes de Grupos de Promoção de Saúde Acerca do Envelhecimento e da Qualidade de Vida. São Paulo. Saúde Soc. 2010; (19)4: 878-88.
2. Araújo LF, Coelho CG, de Mendonça ET, Vaz AVM, Siqueira-Batista R, Cotta RMM. Evidências da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. Rev Panam Salud Publica. 2011; 30(1): 80-6.
3. Vendruscolo C, Trindade LL, Adamy EK, Correia AM. Promoção da Saúde: Percepções de Estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem. Rev Enferm UFSM. 2014; 4(1): 19-28.

ÁREA TEMÁTICA 5
CUIDADO EM ENFERMAGEM

AVALIAÇÃO DA *PERFORMANCE STATUS* DE INDIVÍDUOS EM CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NO ÂMBITO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Martins, Vanessa Soares¹

Felipe, Tiago da Silva²

Do Carmo, Mônica Maria Lopes²

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2030 a carga global de novos casos de câncer será de 21,4 milhões de pessoas acometidas, sendo as estimativas para os anos de 2016-2017 no Brasil a ocorrência de 600 mil novos casos¹. As neoplasias se configuram, portanto, como um relevante problema de saúde pública, devido aos altos índices de morbimortalidade, além de atingirem todas as faixas etárias, sexos e classes sociais, sendo de suma importância sua inserção em políticas públicas de saúde, visando sua prevenção e controle. Uma área de grande relevância na Oncologia são os cuidados paliativos (CP), definidos, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, como a assistência prestada por uma equipe multidisciplinar para melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio de ações que previnam e aliviem o sofrimento, além do controle de sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais². Um dos instrumentos utilizados em CP é a Escala de desempenho de Karnofsky, que avalia os pacientes de acordo com o grau de suas inaptidões ou deficiências funcionais, sendo um sistema de score que classifica os pacientes em uma escala de 0 a 100, onde 100 corresponderia à "saúde perfeita" e 0 à morte³. Esta escala indica, portanto, o comprometimento do paciente no seu autocuidado e na realização de atividades da vida diária, dados de suma importância para a Enfermagem avaliar o quanto a neoplasia pode interferir no bem-estar do paciente oncológico. **Objetivo:** Avaliar a aptidão na realização das atividades da vida diária em pacientes em CP oncológicos de um município do interior de Minas Gerais. **Metodologia:** pesquisa de natureza quantitativa, transversal, integrante do projeto de iniciação científica intitulado "*Cuidados paliativos oncológicos na rede de atenção à saúde do município de Viçosa, MG: demandas e necessidades em saúde e Enfermagem*". O cenário do estudo foi a rede de atendimento ao paciente com diagnóstico de câncer residente no município de Viçosa, MG. A coleta de dados se deu

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Estudante de Iniciação Científica do PIVIC/UFV 2015-2016. Email: vanessa.s.martins@ufv.br

² Discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem. Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

no período de agosto a dezembro de 2015, junto aos indivíduos portadores de câncer em CP do referido município. Inicialmente foi realizada visita à Associação de Assistência às pessoas com Câncer (AAPEC) do município e Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para realizar um levantamento do número de pacientes portadores de câncer em CP e pesquisa nos prontuários acerca da situação de cada paciente que integraria a pesquisa. Foram inicialmente identificados 28 pacientes, dos quais foram excluídos 12 por motivos de desinteresse, falecimento ou desconhecimento da doença. Nos 16 pacientes restantes foram realizadas visitas domiciliares para aplicação de questionário semiestruturado e da Escala de Karnofsky, sendo ao final das entrevistas, incluídos no estudo 6 pacientes que se encontravam em CP. Para a análise dos dados procedeu-se às medidas da frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) da UFV, CAAE: 48394515.8.0000.5153. **Resultados e Discussões:** com relação ao perfil, dos seis pacientes entrevistados, observou-se que a faixa etária foi de 41- 83 anos de idade, com predominância do sexo masculino e casados. O nível de escolaridade da maioria foi 1º grau incompleto; renda familiar de 1 a 4 salários mínimos, sendo a maioria praticantes do catolicismo. Os diagnósticos encontrados foram: astrocitoma grau II, câncer de esôfago, estômago, próstata com metástase em pulmão, crânio e fígado (em homens) e ósseo (mulher). Segundo o INCA, estudos de necropsia mostraram que pacientes que morrem de câncer podem apresentar metástase para o fígado em até 35% dos casos durante o curso da doença⁴. Já o câncer ósseo (evidenciado em uma das pacientes entrevistadas), pode ser primitivo do osso ou metastático, sendo mais frequentes e, comumente oriundos da próstata, mama, tireoide, pulmão e rim. A literatura também mostra que esses tipos de neoplasias são mais comuns em pacientes com baixa escolaridade e renda familiar.⁴ Com relação à capacidade funcional dos indivíduos entrevistados avaliada pela Escala de Karnofsky, os escores encontrados variaram de 90 (restrições leves em atividades físicas) a 40 (maior parte na cama; participa de atividades calmas), classificando-se a maioria no escore 60, denotando que os indivíduos estudados não possuíam independência completa e nem restrições plenas, estando aptos a realizar atividades de autocuidado, mas necessitando também de cuidados especiais. Esta escala é comumente utilizada em pacientes oncológicos e idosos, classificando-os de acordo com o grau de suas inaptidões ou deficiências funcionais.^{3,5} A necessidade de avaliação adequada dos diferentes aspectos dessa população deve-se à diversidade de efeitos secundários gerados pelo próprio câncer e pelos tratamentos propostos, associados à vivência do adoecimento, que inclui uma série de incertezas e limitações impostas pela doença e o tratamento.⁵ **Conclusão:** de modo geral, o diagnóstico de câncer e seu tratamento constituem uma situação

estressante para os pacientes oncológicos, com grandes repercussões na sua qualidade de vida. Os indivíduos estudados apresentaram escores de Karnofsky que variaram de médio a alta aptidão para a realização das atividades diárias e de autocuidado, podendo a maioria caminhar e realizar atividades que exigem pouco esforço, ocupando-se a maioria de atividades mais calmas. Este estudo é de caráter local, e por envolver um número pequeno de pacientes oncológicos, impossibilita a generalização dos resultados.

Descritores: Cuidados Paliativos; Escala de Karnofsky; Enfermagem.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. saúde colet. [online]. 2013; 18 (9): 2577-88.
3. Moreira NS, Sousa SV, Poveta VB, Turrini RNT. Autoestima dos cuidadores de pacientes oncológicos. Esc Anna Nery. 2015; 19 (2): 316-22.
4. Alvarenga LM, Ruiz MT, Bertelli ECP, Ruback MJC, Maniglia JV, Goloni-Bertollo EM. Avaliação epidemiológica de pacientes com câncer de cabeça e pescoço em um hospital universitário do noroeste do estado de São Paulo. Rev. Bras. Otorrinolaringol. 2008; 74 (1): 68-73.
5. Correia FR. Tradução, adaptação cultural e validação inicial no Brasil da *Palliative Outcome Scale* (POS). Dissertação. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade Federal de São Paulo. 2012.

CUIDADOS PALIATIVOS ONCOLÓGICOS NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE VIÇOSA, MG: DEMANDAS E NECESSIDADES EM SAÚDE E ENFERMAGEM

Carmo, Mônica Maria Lopes do¹

Felipe, Tiago da Silva²

Martins, Vanessa Soares²

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: O câncer é uma doença de grande incidência/prevalência no mundo. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que em 2030 a carga global de novos casos de câncer será de 21,4 milhões de pessoas acometidas, e no Brasil, as estimativas para os anos de 2016-2017 apontam a ocorrência de 600 mil casos¹. Quando a doença se agrava ou o diagnóstico é tardio, o paciente já não tem mais possibilidades de cura, tornando-se necessária a implementação dos cuidados paliativos (CP) oncológicos. Estes podem ser definidos como a assistência prestada por uma equipe multidisciplinar, cujo propósito é a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, por meio de ações que previnam e aliviem o sofrimento, além do controle de sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais². Nesse contexto merece destaque o papel estratégico da Atenção Primária à Saúde (APS) e da Estratégia de Saúde da Família (ESF) na prestação de assistência aos pacientes em fase terminal, que necessitam dos CP como forma de melhoria de sua qualidade de vida e controle de sinais e sintomas do câncer avançado³. **Objetivo:** Identificar os principais sinais e sintomas apresentados pelos pacientes em CP oncológicos no contexto da APS no município de Viçosa, MG. **Metodologia:** Pesquisa de natureza quantitativa, transversal, descritivo-exploratória, realizada na cidade de Viçosa e na rede de atendimento ao paciente com diagnóstico de câncer residente neste município. A coleta de dados se deu no período de agosto a dezembro de 2015, junto aos indivíduos portadores de câncer em CP do referido município. Inicialmente foi realizada visita à Associação de Assistência às pessoas com Câncer (AAPEC) do município e às Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) para realizar um levantamento do número de pacientes portadores de câncer em CP. Foram inicialmente identificados 28 pacientes, dos quais foram excluídos 12 por motivos de desinteresse, falecimento ou desconhecimento da doença. Nos 16 pacientes

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Bolsista de Iniciação Científica PIBIC/CNPQ 2015-2016. Email: monica.maria@ufv.br

² Discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

restantes foram realizadas visitas domiciliares para aplicação de questionário semiestruturado e da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESA-s). Ao final das entrevistas, constatou-se que 6 pacientes se encontravam em CP, sendo incluídos no estudo. Para a análise dos dados procedeu-se às medidas da frequência absoluta e relativa. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) da UFV, CAAE: 48394515.8.0000.5153. **Resultados e Discussão:** com relação ao perfil, dos seis pacientes entrevistados, observou-se que a faixa etária foi de 41- 83 anos de idade, com predominância do sexo masculino, casados, a maioria apresentou o 1º grau incompleto, renda familiar de 1 a 4 salários mínimos e sendo a maior parte católicos. Em um estudo que analisou a designação sociodemográfica e clínica dos pacientes oncológicos, observou-se que dos 173 prontuários analisados de um hospital do Nordeste, houve um predomínio de pessoas do sexo masculino, idosos, com ensino fundamental incompleto, e ainda praticantes da religião católica, o que vai ao encontro dos achados desta pesquisa⁴. Sabe-se que os idosos têm maiores chances de exposição cumulativa de agentes físicos e químicos, e que indivíduos com baixa escolaridade apresentam alguns comportamentos de risco e estão suscetíveis a determinadas doenças, o que tornam esses grupos mais propensos a adquirir o câncer⁴. No que se refere à avaliação dos sinais e sintomas pela Escala de Edmonton, os principais achados foram: nível alto de dor, cansaço, sonolência, ansiedade e náusea (escores superiores a 5), e nível brando de apetite, falta de ar, de depressão e de bem estar (escores menores que 5). Além desses sintomas, os pacientes relataram a ocorrência de tumor/inchaço, fraqueza, tosse, dificuldade de engolir e constipação intestinal. Estes dados podem ser preditores de uma redução da qualidade de vida dos indivíduos analisados. Dados de uma revisão integrativa mostraram que as principais manifestações clínicas em pacientes com câncer avançado responsáveis por diminuir a qualidade de vida dos mesmos foram dor, fadiga, baixa qualidade do sono, depressão, disfagia, falta de apetite, baixo status nutricional e ansiedade⁵, as quais se apresentaram também nos resultados da presente pesquisa. Os autores ainda abordam que uma manifestação clínica pode favorecer a ocorrência de outra, como por exemplo, a dor que pode acarretar em má qualidade do sono gerando fadiga⁵. Desse modo, é de grande relevância que os profissionais de saúde compreendam quais os principais sintomas os pacientes com câncer em CP possam apresentar, e assim adotar medidas para prevenção/redução dos mesmos, no intuito de promover melhor qualidade de vida desse público. **Conclusão:** Os resultados da presente pesquisa revelaram que os sinais e sintomas variaram muito entre os pacientes, sendo os que apresentaram os piores escores a dor, o cansaço, a sonolência, a ansiedade e a náusea, e os que mostraram escores reduzidos a falta de apetite, falta de ar, depressão e bem estar. Ressalta-se

que houve dificuldades/desconhecimento por parte dos profissionais da APS sobre os casos de câncer dos pacientes de sua área adstrita, o que pode sugerir subnotificação do número real de casos, além de existir poucas informações registradas nos prontuários dos pacientes analisados. O conhecimento do perfil dos pacientes em CP oncológicos torna-se crucial tendo em vista o impacto que o diagnóstico de câncer causa em indivíduos e familiares, sendo necessário o delineamento de estratégias que minimizem as repercussões negativas desta doença, com destaque para o enfermeiro, profissional tão importante no manejo das necessidades dos indivíduos em CP.

Descritores: Câncer; Atenção Primária à Saúde; Cuidados Paliativos; Enfermagem.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer. Brasil. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Hermes HR, Lamarca ICA. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Ciênc. saúde colet. [online]. 2013; 18(9): 2577-88.
3. Silva MLSR. O papel do profissional da Atenção Primária à Saúde em cuidados paliativos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2014; 9(30): 45-53.
4. Portella MP, Stumm EMF. Caracterização sociodemográfica e clínica de pacientes oncológicos. Salão do Conhecimento. 2015; 1(1).
5. Freire MEM, Sawada NO, França ISX et al. Qualidade de vida relacionada à saúde de pacientes com câncer avançado: uma revisão integrativa. Rev Esc Enferm USP. 2014; 48(2): 357-67.

ADESÃO AO AUTOCUIDADO EM PORTADORES DE DIABETES MELLITUS: ATUAÇÃO ESTRATÉGICA DA ENFERMAGEM NO CONTROLE DOS FATORES DE RISCO E AVALIAÇÃO DOS PÉS

Silva, Amariles Viegas¹

Buonicontro, Edimara Aparecida¹

Souza, Silvânia Medina de¹

Souza, Cristiane Barbosa Fernandes¹

Silva, Flávia Aparecida da²

Moreira, Tiago Ricardo³

Toledo, Luana Vieira³

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: A prevalência de DM vem crescendo ao longo dos anos, devido ao maior envelhecimento populacional e ao incremento dos fatores de risco na população, como obesidade e sedentarismo.¹ O DM pode evoluir para complicações agudas ou crônicas, destacando-se nestas últimas as alterações micro e macrovasculares, como as neuropatias, que podem originar lesões nos pés.¹ O bom controle do DM envolve a prevenção de seus fatores de risco e a avaliação dos pés, a partir de ações de autocuidado.² **Objetivo:** analisar a adesão às ações de autocuidado realizadas por indivíduos diabéticos atendidos num Centro Integrado de Referência Secundária. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório, transversal, com abordagem quantitativa, realizado em um Centro de Referência Secundária de um município do interior de Minas Gerais. Os dados foram obtidos a partir da análise documental de 106 prontuários do ano de 2015, que utilizou o instrumento “*Screening* do pé diabético”, implantado no serviço desde 2014, como referência para a obtenção dos dados. Para a análise dos resultados procedeu-se às medidas de frequência relativa das variáveis identificadas. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, parecer nº: 048/2012. **Resultados:** a maioria dos atendimentos foi realizada em pacientes menores de 60 anos (55,7%), pertencentes ao sexo feminino (67,0%), portadores de DM tipo 2 (81,1%) diagnosticados há mais de 5 anos (71,7%). No que se refere à escolaridade, identificou-se que a maior parte estudou no máximo por 8 anos (59,4%) e 17,0% eram analfabetos. Vale ressaltar que os

¹Estudantes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. E-mail: amariles.silva@ufv.br

² Enfermeira do Centro Integrado de Referência Secundária Hiperdia Minas.

³ Enfermeiro. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

registros de escolaridade não estiveram presentes em 22,7% dos prontuários. Em relação aos fatores de risco modificáveis pôde-se perceber que a maioria praticava algum tipo de atividade física (58,5%), não era tabagista (84,0%) nem etilista (83,0%). Os dados revelaram uma concentração de hemoglobina glicada maior que 9,0% em 63,2%. A obesidade e a dislipidemia estiveram presentes em 33,0% e 21,7% do total; porém em 17,9% 52,8% dos prontuários, respectivamente, estes dados estavam indisponíveis. O controle glicêmico regular apareceu em 74,5% dos prontuários, enquanto que o monitoramento contínuo da pressão arterial foi evidenciado em apenas 44,3% dos pacientes analisados. Os hábitos de higiene com os pés foram prevalentes em 74,5%; já a hidratação oral com dois litros ou mais de água só esteve presente em 25,5% dos prontuários analisados. Quando questionados quanto ao tipo de meia que utilizavam, percebeu-se que 43,4% usavam meias de algodão, 36,8% não usavam meias, 2,8% usavam meias sintéticas e em 17% dos prontuários não havia referência a este dado. Quanto ao tipo de calçado mais utilizado, houve maior frequência no calçado tipo sandália, totalizando 65,1%. No que diz respeito ao corte de unhas, o corte reto foi o mais identificado (49,1%), no entanto em 19,8% dos prontuários essa informação não estava presente. Quanto ao material utilizado para cortar as unhas, o cortador foi descrito como o material mais comumente utilizado (65,1%). A ação de secar entre os dedos dos pés foi identificada em 82,1% dos prontuários. Em relação ao exame dos pés, 50,9% dos prontuários continham a informação de que os portadores de DM não realizavam o exame, 32,1% realizavam esta ação e em 17,0% dos prontuários este dado não havia sido informado. **Discussão:** Dentre os fatores de risco modificáveis, percebe-se que a prática de atividades físicas e o não uso de bebidas alcoólicas e cigarro constituem aspectos favoráveis a um bom prognóstico³, o que pôde ser evidenciado no presente estudo. Pesquisas revelam os efeitos benéficos do exercício no controle do DM, sendo um importante aliado do controle glicêmico, da hipertensão e da dislipidemia, reduzindo assim o risco cardiovascular.³ O tabagismo é tido como o fator de risco mais importante para o desenvolvimento e a progressão da Doença Arterial Obstrutiva Periférica¹ e a ingestão excessiva de etanol (>30 g/dia) está associada com alteração da homeostase glicêmica, elevação da resistência à insulina e pressão arterial². Os valores elevados de hemoglobina glicada encontrados podem sugerir a manutenção de uma dieta inadequada. Sabe-se que a educação alimentar é um dos pontos primordiais no tratamento do DM, porém, configura-se como um dos aspectos mais desafiadores no autocuidado⁴. No que se refere ao autocuidado com os pés, as evidências apontam que a higienização inadequada, o hábito de não secar entre os dedos e o tipo de sapato utilizado constituem risco para o desenvolvimento de ulcerações e perda dos membros.⁴ Como fator de proteção, observou-se que na maior parte dos prontuários analisados os

indivíduos seguiam as orientações corretas preconizadas, como a utilização de meias de algodão e o corte de unhas reto com cortador.¹ **Conclusão:** este estudo mostrou que o autocuidado referente ao controle dos fatores de risco clínicos ainda não se incorporaram plenamente ao cotidiano da população estudada. Porém, com relação à avaliação dos pés, apesar da maioria dos pacientes que a realizam terem relatado seguir as recomendações, um grande percentual ainda não reconhece a importância de autoavaliarem seus pés. Estes fatores trazem como implicações a necessidade de um processo educativo continuado por parte da equipe e do enfermeiro, viabilizado por ações de educação em saúde participativas e dialógicas.

Descritores: Diabetes Mellitus; Autocuidado; Pé diabético; Enfermagem.

Referências:

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes SBD 2013-2014. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica; 2014.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Mendes R et al. Prática de exercício físico e níveis de atividade física habitual em doentes com diabetes tipo 2: estudo piloto em Portugal. Rev port endocrinol diabetes metab. 2013; 8(1): 9-15.
4. Coelho ACM, Villas-Boas ICG, Gomides DS, Foss-Freitas MC, Pace AE. Atividades de autocuidado e suas relações com controle metabólico e clínico das pessoas com Diabetes *Mellitus*. Texto contexto enferm. 2015; 24(3): 697-705.

O PROCESSO DO CUIDAR EM ONCOLOGIA SOB A ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

Pinto, Anna Clara Santiago Nunes¹

Dias, Ingrid Marques²

Diaz, Flávia Batista Barbosa de Sá³

Ribeiro, Luciane⁴

Mendonça, Érica Toledo de⁵

Introdução: O câncer se configura como um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo, haja vista suas elevadas taxas de incidência e mortalidade¹. Ações para sua prevenção e controle representam, hoje, um dos maiores desafios da rede de atenção à saúde, ponderando os impactos causados pela doença nos âmbitos biológico, psicológico, social e familiar². Considerando sua relevância epidemiológica e os reflexos causados na qualidade de vida dos indivíduos (paciente e família/cuidador), torna-se fundamental que a equipe de saúde esteja preparada para as demandas do cuidar em Oncologia, a fim de oferecer uma assistência humanizada, holística e capaz de promover intervenções eficientes nos mais variados aspectos que permeiam o processo saúde-doença-adoecimento destes indivíduos. Portanto, a relevância deste estudo baseia-se na necessidade de se analisar como tem sido desenvolvido o processo do cuidar em uma unidade de tratamento oncológico aos pacientes e familiares/cuidadores, entendendo-se que uma equipe sensibilizada e qualificada poderá implementar intervenções que minimizem o sofrimento, as angústias e as incertezas que surgirão durante o processo de adoecimento e tratamento. **Objetivo:** analisar as concepções e práticas da equipe interdisciplinar de saúde acerca do processo do cuidar em um centro de tratamento oncológico. **Metodologia:** pesquisa de natureza qualitativa, realizada no Centro Oncológico de um hospital do município de Viçosa, MG. Este setor funciona desde 2002, e oferece tratamento quimioterápico a pacientes de Viçosa e região, vinculados a planos de saúde. Participaram do estudo 12 profissionais da equipe interdisciplinar que atuam neste centro oncológico: enfermagem (3 profissionais de nível técnico e 2 de nível superior), nutrição, farmácia e psicologia (sendo um profissional de cada área), e medicina (4 profissionais). A coleta de dados ocorreu por meio de um

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: anna.santiago@ufv.br

² Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

³ Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁴ Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

roteiro de entrevista contendo quatro perguntas discursivas, que permitiram aos profissionais de saúde discorrer acerca da sua percepção sobre o processo de cuidar num serviço oncológico, e as formas de cuidado implementadas na unidade. Para análise qualitativa dos resultados foi realizada a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa sob CAAE: 39248114.0.0000.5153. **Resultados e Discussão:** após análise das entrevistas emergiram duas categorias: *“A equipe interdisciplinar como ferramenta estratégica para o cuidado holístico”* e a *“Tríade Profissional-Família-Paciente: interfaces possíveis”*. A primeira categoria evidenciou que a equipe interdisciplinar é vista como uma ferramenta estratégica para a implementação do cuidado holístico, sendo considerada um fator facilitador do processo do cuidar. Este cuidado transcende o simples ato de assistir o paciente realizando técnicas e procedimentos; implica também em (re)conhecer paciente e família/cuidador em toda sua singularidade^{2,3}. Os depoimentos dos entrevistados possibilitaram a observação de que as orientações prestadas pela equipe aos pacientes e seus familiares estiveram mais atreladas à dimensão biológica (processo saúde-doença-adoecimento, sinais e sintomas, prevenção de agravos e esclarecimento de dúvidas referentes a procedimentos), demonstrando que as práticas de saúde ainda sofrem influência do modelo biomédico/biologicista, que é orientado pela racionalidade, reduzindo os seres humanos a corpos biológicos, desconsiderando sua multidimensionalidade⁴. Destarte, a assistência prestada à família e ao paciente oncológico deve ser pautada nos múltiplos aspectos que permeiam o processo de adoecimento, tendo a equipe interdisciplinar papel fundamental na promoção do bem-estar do paciente/família/cuidador e no manejo do tratamento oncológico em todas as suas fases. No que se refere à segunda categoria, os depoimentos dos entrevistados evidenciaram que o processo do cuidar em Oncologia aponta para a importância do acolhimento e da relação criada entre a tríade profissional-família-paciente. Sabe-se que o estabelecimento do vínculo é fator crucial para a promoção da confiança no tratamento e na equipe que presta assistência, devendo, portanto, estar presente em todas as fases do processo saúde-doença-adoecimento⁵. A partir da criação deste vínculo terapêutico, constrói-se um elo entre profissional-família-paciente, em que há melhor aceitação da doença e adesão ao tratamento, além de segurança e valorização das queixas pela equipe que cuida. Por outro lado, a criação do vínculo pode transcender estas questões, ao gerar dependência terapêutica do paciente e familiar/cuidador para com a equipe de saúde, além da inversão de papéis, onde o profissional passa a se considerar como um membro da família do paciente. Esta situação, ora pode ser considerada como um desdobramento positivo da criação do

vínculo, no momento em que é pensada como sinônimo de confiança plena e segurança no profissional que cuida, ora negativa, a depender da sobrecarga que este vínculo ocasiona ao profissional de saúde. **Conclusão:** ao trazer à tona as percepções e práticas dos profissionais de saúde sobre o cuidado oncológico, esta investigação mostrou que as concepções de cuidado na visão dos participantes da pesquisa vão ao encontro das próprias práticas, ou seja, as mesmas coincidem, o que demonstra que a equipe realiza uma práxis genuinamente coerente àquilo que acreditam ser um cuidado ideal. Sobre estas constatações, percebeu-se que a concepção de cuidado adotada pela equipe foi a de cuidado holístico, que assiste o indivíduo em sua totalidade (biopsicossocioespíritual), e se efetiva por meio da atuação interdisciplinar. Além disso, os participantes da pesquisa demonstraram reconhecer o protagonismo do paciente/família/cuidador no processo saúde-doença-adoecimento, mostrando-se preparados e sensibilizados para a identificação das limitações, fragilidades e potencialidades dos mesmos, o que mais uma vez corrobora que atitudes e práticas foram elementos convergentes no processo de cuidar em oncologia no cenário estudado.

Descritores: Cuidado; Oncologia; Interdisciplinar; Enfermagem.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2015.
2. Costa CA, Lunardi FWD, Soares NV. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. Rev Bras Enferm. 2003; 56 (3): 310-4.
3. Gargiulo CA, Melo MCSC, Salimena AMO, Bara VMF, Souza IEO. Vivenciando o cotidiano do cuidado na percepção de enfermeiras oncológicas. Texto Contexto Enferm. 2007; 16(4): 696-702.
4. Coelho EAC, Fonseca RMGS. Pensando o cuidado na relação dialética entre sujeitos sociais. Rev Bras Enferm. 2005; 58(2): 214-7.
5. Schimiguel J, Cenciarelli EA, Nunes LC, Lucena AMF, Nosow V. O acolhimento de pacientes oncológicos: uma revisão bibliográfica. Saúde Rev. 2015; 15 (39): 47-7.

AVALIAÇÃO NEUROPÁTICA DE INDIVÍDUOS ATENDIDOS NUM CENTRO DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE FERIDAS DIABÉTICAS

Souza, Silvânia Medina de¹

Buonicontro, Edimara Aparecida¹

Silva, Amariles Viegá¹

Souza, Cristiane Barbosa Fernandes¹

Duarte, Flávia Gonçalves²

Moreira, Tiago Ricardo³

Toledo, Luana Vieira³

Mendonça, Érica Toledo de³

Introdução: O DM configura-se como um importante problema de saúde pública, pela sua crescente prevalência e impacto social e biológico.¹ As complicações do DM podem ser classificadas em agudas e crônicas, sendo a neuropatia diabética (ND) a complicação crônica mais comum. A ND é caracterizada por perda progressiva e irreversível das fibras nervosas que afeta ambas as divisões do sistema periférico sensitivo, resultando em maior vulnerabilidade a traumas e maior risco de desenvolver úlceras.^{2,3} A avaliação neuropática tem como principal objetivo identificar a perda da Sensibilidade Protetora Plantar (SPP), sendo importante para o reconhecimento do grau de risco para ulceração e amputação, assim como a implantação de medidas de prevenção e tratamento.^{2,4} Dentre os testes realizados para pesquisa da ND tem-se o de monofilamento de 10g, os de sensibilidade vibratória, dolorosa e térmica, além de reflexos tendinosos (Aquileus)². **Objetivo:** avaliar os sinais e sintomas neuropáticos de portadores de DM acompanhados em um Centro Integrado de Referência Secundária. **Metodologia:** estudo transversal, descritivo-exploratório, de abordagem quantitativa, realizado no Centro Hiperdia Minas, Viçosa, MG. As informações foram obtidas a partir da análise documental de 106 prontuários de pacientes atendidos neste centro no ano de 2015. Utilizou-se as informações do instrumento “*Screening* do pé diabético”, aplicado pela enfermeira do serviço desde 2014. Para a obtenção do escore de sintomas neuropáticos avalia-se a presença e a frequência dos sintomas como queimação, dormência, formigamento, choques, pontadas, facadas, fadiga, câimbras ou dor nos pés

¹Estudante do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. E-mail: silvania.souza@ufv.br

² Enfermeira do Centro Integrado de Referência Secundária Hiperdia Minas.

³ Enfermeira. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

e pernas, descrevendo o horário de início e os fatores atenuantes. Já para a obtenção do escore de sinais neuropáticos, realizam-se testes para pesquisa de reflexos tendinosos e a avaliação das sensibilidades vibratória, dolorosa e térmica². Os dados coletados foram analisados com base nas suas frequências relativas. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, parecer nº 048/2012. **Resultados:** dos 106 questionários analisados, 67% eram de pessoas do sexo feminino, com idade inferior a 60 anos (55,7%) e baixa escolaridade (59,4% estudaram por até 8 anos). Quanto aos fatores de risco modificáveis, os dados revelaram que 58,5% praticavam atividade física, 83,0% não eram etilistas e 84,0% não fumavam. O controle glicêmico, verificado pelo exame da hemoglobina glicada (HbA1c), estava elevado (maior que 9%) em 63,2% dos prontuários. No que se refere à avaliação neuropática, a SPP foi identificada como preservada em 80,2% dos prontuários. Em relação ao escore de sintomas neuropáticos, 70,7% dos prontuários continham resultados alterados, dos quais 47,2% foram classificados como escore severo; 14,1% como moderado e 9,4% como leve. O escore de sinais neuropáticos apresentou menor prevalência, estando alterado em 53,8% dos prontuários, dos quais 27,3% foram classificados como leve, 22,6% como moderado e apenas 3,8% como severo. No que diz respeito à avaliação dos testes, 58,5% apresentaram alteração no reflexo de Aquileus, já os testes de sensibilidade demonstraram que 65,1% mantiveram preservada a sensibilidade vibratória, 66,0% a sensibilidade dolorosa e 70,7% a sensibilidade térmica. **Discussão:** pesquisa revelou que 7,5% das pessoas com até oito anos de estudo possuíam DM, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo², corroborando com os achados deste estudo. Em relação aos hábitos de vida, identificou-se resultados favoráveis para um bom prognóstico da patologia, havendo maior prevalência de usuários que praticavam atividades físicas e não eram usuários de álcool e tabaco. Estudos mostram que o controle de fatores de risco modificáveis, como dieta, atividade física, tabagismo e excesso de peso associa-se à redução de 91% na incidência de DM.¹ Entretanto, percebe-se um déficit no autocuidado dos portadores de DM no que diz respeito ao controle glicêmico, considerando a prevalência de pacientes com níveis elevados de HbA1c, tornando-se um fator agravante para o surgimento da ND³. No presente estudo foi observado que a SPP se manteve preservada na maioria das avaliações. Porém um resultado normal ao teste do monofilamento, apesar de apontar para um menor risco de ulceração, não exclui a presença da ND, sendo necessária a associação de outro teste para confirmar o diagnóstico.^{2,4} Os achados de maior prevalência de sintomas severos e de menor prevalência de alteração dos testes de sinais podem ser explicados pela diferença entre as características da polineuropatia sensitiva crônica e da polineuropatia

sensitiva aguda. A primeira possui quadro clínico variável, desde a presença de sintomas extremamente dolorosos até a um quadro indolor.⁴ Em contrapartida, a polineuropatia aguda é reconhecida com o início rápido dos sintomas dolorosos, os quais são geralmente severos. No entanto, pode haver poucos ou nenhum sinal clínico, o que faz com que os testes sensitivos apresentem resultados normais.⁴ A maioria dos testes apresentaram preservadas as sensibilidades vibratória, dolorosa e térmica, um achado que sinaliza para o menor risco de ocorrência do pé diabético neuropático.²

Conclusão: o profissional de enfermagem possui papel estratégico no atendimento ao diabético, ao viabilizar, por meio de um atendimento integral e sistematizado, uma avaliação criteriosa dos pés buscando-se um diagnóstico precoce da ND, além de um acompanhamento longitudinal das alterações existentes. Ademais, merece destaque a promoção de atividades educativas que discutam a necessidade de adesão a hábitos de vida saudáveis e controle de fatores de risco, medidas estas imprescindíveis para a prevenção das complicações e melhoria da qualidade de vida dos diabéticos.

Descritores: Diabetes Mellitus; Neuropatia; Avaliação; Pé Diabético; Enfermagem.

Referências:

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
3. Cortez DNA et al. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Acta Paul Enferm. 2015; 28(3): 250-5.
4. Pedrosa HC, Vilar L, Boulton AJM. Neuropatias e Pé diabético. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.

IMPORTÂNCIA DA VITAMINA D NO PROCESSO DE CRESCIMENTO INFANTIL: O PAPEL DA ENFERMAGEM

Luiz, Franciane Silva¹

Do Prado, Mara Rúbia Maciel Cardoso²

Assunção, Lorrane Stefany Ribeiro³

Boro, Fernanda Barbieri⁴

Prado Junior, Pedro Paulo do⁵

Franceschini, Sylvia do Carmo Castro⁶

Tavares, Amanda Tamires Drumond Vilas Boas⁷

Dutra, Cynara Christine Ferreira⁸

Introdução: A hipovitaminose D apresenta alta prevalência e representa um problema de saúde pública no mundo. Verifica-se que aproximadamente 1 bilhão de pessoas enquadram-se nessa situação.¹ No Brasil, de forma geral os indivíduos possuem baixa ingestão de vitamina D (VD), e por consequente a prevalência de deficiência ou insuficiência de VD nas diversas faixas etárias também é alta.¹ Sabe-se que a VD é fundamental durante a infância e adolescência, pois a mesma impacta no crescimento esquelético,² podendo a deficiência dessa causar raquitismo na criança, uma deformidade óssea que resulta em retardo de crescimento, fraqueza muscular, deformidade esquelética, hipocalcemia e tetania.¹ Porém, acredita-se que antes desse quadro a deficiência dietética de cálcio e vitamina D pode prejudicar o crescimento.² Nessa perspectiva, observa-se que a concentração plasmática de VD e o crescimento estão diretamente relacionados, e que por este ser um excelente indicador do estado de saúde da criança em virtude de sua associação com às condições de vida intrauterina e outros fatores como alimentação, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, da ocorrência de doenças e do acesso aos serviços de saúde.³ Estes devem ser abordados durante a consulta de enfermagem na puericultura, tornando-se um espaço oportuno para tais orientações e avaliação em relação ao *status* de vitamina D da criança. **Objetivo:** Destacar a importância da vitamina D para o

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: franciane.luiz@ufv.br

² Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Doutora em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa.

³ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁵ Enfermeiro. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Doutor em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa.

⁶ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁷ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁸ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

crescimento adequado da criança e descrever o papel da equipe de enfermagem nesse processo. **Metodologia:** Trata-se de revisão de literatura, na qual a seleção dos materiais bibliográficos utilizados baseou-se nas convergências do tema com os estudos elegidos. Nessa ótica, enquadraram-se quatro documentos nacionais, sendo dois artigos, um caderno de atenção básica e uma tese. Dos artigos, um deles é referência para recomendações de profilaxia e tratamento com vitamina D e o outro destaca o papel nutricional da VD no processo de crescimento; O caderno de atenção básica traz a relação entre o crescimento e os fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam nesse processo e por fim a tese que contextualiza a suficiência e hipovitaminose D no mesmo público-alvo (crianças). **Resultados e Discussão:** Vários são os fatores que influenciam no nível plasmático de VD, como a menor incidência de radiação solar, que varia com a latitude e com a estação do ano; a obesidade; o uso de protetor solar; os hábitos culturais; a gravidez; o aleitamento materno; o tipo de pele; o envelhecimento; o uso de medicações que interferem no metabolismo da vitamina D (anticonvulsivantes, glicocorticoides, antifúngicos, antirretrovirais, colestiramina); e portadores de doenças que alteram o metabolismo da 25(OH)D (VD) como fibrose cística, doenças do trato gastrointestinal, hematológicas, renais, insuficiência cardíaca,¹ além da suplementação de VD. Diante disso, as Academias Mineira e Brasileira de Pediatria, em Abril de 2012, e a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia em 2014 baseadas no Institute of Medicine (IOM) recomendam que os bebês recebam imediatamente complementação diária de 400 UI de VD durante o primeiro ano de vida; entre 1 e 70 anos (600 UI)⁴, a fim de manter concentrações de vitamina D adequadas nessas crianças evitando-se assim repercussões negativas em sua saúde. Para classificar as crianças em deficientes, insuficientes ou suficientes, avalia-se os níveis plasmáticos da VD por meio do metabólito 25(OH)D, já que é o mais abundante e melhor indicador para tal finalidade. Assim, para o público infantil considera-se deficiência a concentração plasmática de 25(OH)D < 20 ng /mL; insuficiência entre ≥ 20 e < 30 ng /mL e a suficiência > 30 ng /mL.¹ Assim, aderir a classificação do nível plasmático de VD do público infantil e orientar a família/cuidadores quanto a profilaxia e tratamento da hipovitaminose D deve se tornar uma prática rotineira dentro das consultas de puericultura, visto que a VD está diretamente relacionada ao crescimento infantil. A adoção dessa prática clínica reduzirá os índices de hipovitaminose D e por conseguinte diminuirá a morbimortalidade infantil relacionado ao indicador de crescimento. Percebe-se também que apesar dessa representatividade da hipovitaminose D a nível nacional e mundial, os estudos relacionados à prevalência de hipovitaminose D são escassos, principalmente na faixa etária em questão. **Conclusão:** A consulta de pré-natal e puericultura são essenciais para o acompanhamento do crescimento infantil, pois

permitem ao enfermeiro conhecer a realidade de vida da criança e prescrever ações junto da família e da equipe multiprofissional de acordo com as necessidades dessa. Atentar-se aos fatores que se relacionam ao crescimento é essencial para prestar uma assistência de qualidade com vista a reduzir a morbimortalidade infantil ocasionadas pela hipovitaminose D. Faz-se necessária a criação de produções científicas envolvendo a assistência de enfermagem ao estado de higidez da criança com vistas à representatividade da influência dos níveis de VD nesse contexto.

Descritores: Vitamina D; Crescimento; Puericultura.

Referências:

1. Maeda SS, Borba VZC, Camargo MBR, Silva DMW, Borges JLC, Bandeira F, et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. Arq Bras Endocrinol Metab [online]. 2014; 58 (5): 411-33
2. Bueno AL, Czepielewski MA. A importância do consumo dietético de cálcio e vitamina D no crescimento. Jornal de Pediatria.2008; 84 (5).
3. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento-Caderno de Atenção Básica nº33. Brasília; 2012.
4. Prado MRMC. Fatores associados aos níveis de vitamina D do binômio mãe-filho ao nascimento e aos seis meses de vida. Viçosa/MG. Tese [Doutorado em Ciência da Nutrição] -Universidade Federal de Viçosa; 2015.

HUMANIZAÇÃO NO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA: A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA AO PACIENTE CRÍTICO

Costa, Geisiane de Souza¹

Vieira, Luana de Toledo²

Introdução: O Centro de Terapia Intensiva (CTI) surgiu nos anos 50 juntamente com a grande evolução tecnológica no âmbito da saúde, com vistas às necessidades de atendimento ao paciente crítico.¹ As Unidades de Terapia Intensiva (UTI) que constituem o CTI, se configuram como ambientes complexos e com tecnologias de alta densidade.¹ O paciente internado no CTI apresenta um estado de doença grave, o que, na maioria das vezes, representa risco a sua vida. Esse paciente necessita de monitoramento contínuo, o que ocasiona grande tensão na equipe de enfermagem responsável por seus cuidados diretos e indiretos. De certa forma isso possibilita que o cuidado volte-se aos dados fornecidos pelo vasto número de equipamentos de alta tecnologia presentes neste ambiente, o que é conhecido também como “cuidado tecnológico”. O aumento da tecnologia na assistência pode fazer com que esta perca a sua essência humana, o que contraria a filosofia de cuidado fundante da enfermagem.^{1,3} O profissional de enfermagem para atuar nesse contexto deve apresentar grande conhecimento das tecnologias ali inseridas e desenvolver competências e habilidades capazes de visualizar o paciente como um todo, isto é, buscar a compreensão de suas emoções, sentimentos e expectativas, resgatando a importância dos aspectos emocionais, psicológicos, físicos e sociais, com a consequente valorização de todas as suas dimensões.^{2,3} Deste modo, a humanização do cuidado dentro do CTI constitui-se no conjunto de ações e iniciativas capazes de aliar o melhor da tecnologia disponível com promoção do acolhimento e respeito ético-cultural ao paciente/família, e assim buscar a construção de um ambiente mais humano e capaz de transcender as barreiras impostas pela ambiência do local.² Diante do exposto, compreende-se a necessidade de se debruçar sobre a literatura e visualizar as contribuições descritas no meio científico acerca da temática e compreender o papel do enfermeiro neste contexto. **Objetivo:** Buscar na literatura as publicações que relatem o processo de humanização do cuidado prestado ao paciente/família internado no CTI. **Metodologia:** Trata-se de revisão de literatura cuja busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde utilizando-se os descritores “Enfermagem”, “Centro de Terapia Intensiva” e “Humanização” contidas no

¹Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG. Email: geisy_desouza@yahoo.com.br

²Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG.

título, resumo ou assunto. Os critérios de inclusão foram: publicados nos últimos cinco anos, tendo o português como idioma e disponíveis na íntegra. Foram encontrados 38 artigos. Após a análise, cinco artigos foram selecionados, os quais estavam diretamente relacionados com o objetivo deste trabalho. **Resultados/Discussão:** A humanização em saúde vai além do que garantir acesso ao serviço, porém quando interligada e entrelaçada, as ações de cuidado e acolhimento garantem não só uma assistência de qualidade, mas a integralidade da mesma.⁴ Para tanto, o profissional de enfermagem deve reconhecer em sua prática as singularidades e reais necessidades dos indivíduos sob seus cuidados, prestando uma assistência diferenciada e não apenas baseada em ações técnicas.⁴ A UTI, diferentemente das outras unidades de internação, apresenta um tipo de tratamento considerado agressivo e invasivo. Para o paciente e sua família é um ambiente hostil com alta intensidade e complexidade de eventos e situações, caracterizando-o como um ambiente de dor e sofrimento. Neste espaço o enfermeiro enfrenta dificuldades em conciliar a grande gama de técnicas e tecnologias necessárias à manutenção da vida do paciente, mesmo em face da proximidade da morte, com o aspecto humanístico da assistência a ser prestada.⁵ Diante disso, o enfermeiro tende a manter um distanciamento do paciente, da família e do cuidado prestado, o que dificulta a compreensão do indivíduo e sua singularidade. Isto torna a articulação tecnologia-cuidado algo distante da realidade da assistência, pois impossibilita que a tecnologia seja usada como uma aliada, sendo que deveria impedi-la de ser um empecilho a uma assistência humanizada e de qualidade.^{1,5} O CTI se apresenta a comunidade em geral como um local de morte, onde o prognóstico desconhecido e as incertezas sobre o tratamento e recuperação do paciente causam tensão não só a equipe de enfermagem como aos familiares.⁵ **Conclusão:** Pensar na humanização do cuidado em saúde é garantir uma assistência de qualidade e integral em todos os aspectos ao paciente. Sabendo disso, o enfermeiro precisa aprender a lidar com as pressões do cotidiano impostas pela complexidade do setor e colocar o paciente como parte fundante do cuidado a ser prestado, de forma a considerar seus aspectos físicos, biológicos, psicológicos e socioculturais. Conciliar a tecnologia ao cuidado de enfermagem em sua essência permite que o CTI seja pensado como uma possibilidade e uma chance de sobrevivência, uma oportunidade de recuperação, um fio de esperança.

Descritores: Enfermagem; Centro de Terapia Intensiva; Humanização.

Referências:

1. Silva FD, Chernicharo IM, Silva RC, Ferreira MA. Discurso do Enfermeiro sobre humanização na Unidade de Terapia Intensiva. Esc Anna Nery (impr.). 2012 out - dez; 16 (4):719- 727.
2. Pott FS, Stahlhoefer T, Felix, JVC, Meier, MJ. Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013 mar/abr; 66(2): 174-9.
3. Silva RC, Ferreira MA, Apostolidis T. Estilos de cuidar de enfermeiras na Terapia Intensiva mediados pela tecnologia. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014 mar/abr; 67(2): 252-60.
4. Furuya RK, Birolim MM, Biazin DT, Rossi LA. A integralidade e suas interfaces no cuidado ao idoso em unidade de terapia intensiva. Rev. enferm. UERJ. 2011 jan/mar; 19(1):158-62.
5. Passos SSS, Silva JO, Santana VS, Santos VMN, Pereira A, Santos LM. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. Rev enferm UERJ. 2015 mai/jun; 23(3):368-74.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NA AVALIAÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES DE DIABÉTICOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

Buonicontró, Edimara Aparecida¹

Souza, Silvânia Medina de¹

Silva, Amariles Viegá¹

Souza, Christiane Barbosa Fernandes¹

Duarte, Flávia Gonçalves²

Mendonça, Érica Toledo de³

Toledo, Luana Vieira⁴

Moreira, Tiago Ricardo⁵

Introdução: O Diabetes *Mellitus* (DM) é um grupo heterogêneo de distúrbios do metabolismo que tem como característica a hiperglicemia, seja ela resultante de defeitos na ação da insulina, na secreção ou em ambas¹. Atualmente há uma epidemia de diabetes no cenário mundial, relacionada aos hábitos de vida da sociedade e à transição epidemiológica e demográfica¹. O pé diabético destaca-se como uma das complicações mais sérias e onerosas do DM, sendo responsável por grande parte das amputações de extremidades². O Consenso Internacional o define como infecção, ulceração e ou destruição dos tecidos profundos associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica nos membros inferiores². **Objetivo:** identificar as principais alterações encontradas nos membros inferiores de indivíduos com DM atendidos em um Centro Integrado de Referência Secundária. **Metodologia:** estudo descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Referência Secundária Hiperdia Minas, Viçosa, MG. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes atendidos neste centro no ano de 2015, totalizando 106 prontuários. Utilizou-se as informações contidas no formulário “*Screening* do Pé Diabético”, instrumento usado pelo enfermeiro para avaliação dos membros inferiores. Para a análise dos dados procedeu-se às medidas da frequência relativa. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa sob o parecer nº

¹ Acadêmicas do 7º período do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. E-mail: edimara.buonicontró@ufv.br

² Enfermeira do Centro Integrado de Referência Secundária Hiperdia Minas, Viçosa, Minas Gerais.

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁴ Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG.

048/2012. **Resultados:** do total de prontuários avaliados, 66,9% eram de pessoas do sexo feminino e 55,7% com idade menor que 60 anos. No que se refere à patologia, 83,9% dos prontuários pertenciam a portadores de DM tipo 2, sendo que 71,7% apresentavam diagnóstico há mais de 5 anos. Os níveis de hemoglobina glicada (HbA1c) de 63,2% dos pacientes estava acima de 9,0%. Em relação à avaliação dos membros inferiores, 16,9% dos pacientes já haviam apresentado uma úlcera prévia e apenas 0,94% dos pacientes havia sofrido alguma amputação; 78,3% pacientes deambulavam sozinhos, 1,9% precisavam de algum auxílio, 0,94% não deambulavam e em 18,86% dos prontuários este dado não fora respondido. Em relação à presença dos pulsos, observou-se que o pulso pedioso direito esteve presente em 91,51% e o esquerdo em 88,68%. O pulso tibial posterior direito esteve presente em 75,5% dos pacientes e o esquerdo em 77,35%. Dentre as alterações pré-ulcerativas, destacaram-se: edema (58,5% dos indivíduos avaliados), anidrose plantar (50,0%), ausência de pêlos (47,2%), fissuras (44,3%), telanectasias (42,4%), dermatite ocre (34,9%), veias reticulares (20,7%), onicogribose (17,9%), calosidades (16,0%), desidratação cutânea (16,0%) e frieiras (15,1%). **Discussão:** a elevação dos valores de HbA1c para além do proposto pela Sociedade Brasileira de Diabetes representa um risco de complicações crônicas do DM, destacando-se as alterações nos membros inferiores¹. A presença de deformidade nos pés constitui um dos fatores de risco para o desenvolvimento de úlceras, a qual esteve presente em uma parcela significativa da população analisada, o que pode predispor ao surgimento de ulcerações e amputações. Estudo realizado com 143 pacientes em Florianópolis identificou que 85,71% não haviam tido úlcera prévia³, uma porcentagem maior que os resultados encontrados nesta pesquisa, onde 67,9% dos pacientes relataram a ausência desta complicação. Dentre as alterações pré-ulcerativas, o edema, a ausência de pêlos e as fissuras também foram encontrados em outro estudo da região sudeste do país⁴. O enfermeiro, pelo contato direto com o portador de DM deve estar atento à avaliação minuciosa dos membros inferiores¹, buscando-se identificar alterações que possam preceder uma úlcera, direcionando suas ações para o diagnóstico precoce de complicações. Além disso, cabe ao enfermeiro o papel de auxiliar na prevenção, a partir de ações de educação em saúde e conscientização dos clientes a respeito da importância do autocuidado com os pés e suas implicações para uma vida mais saudável. **Conclusão:** o estudo mostrou que em grande parte dos prontuários analisados os pacientes possuíam alterações pré-ulcerativas importantes, assim como controle metabólico inadequado da glicemia, fatores estes que predispõe ao surgimento de lesões no pé do diabético. Assim, avaliar os membros inferiores dos portadores de DM, na busca destas alterações, bem como estimular o controle dos fatores de risco modificáveis junto a este público

instrumentalizando-os para o próprio cuidado constituem ações importantes do atendimento de Enfermagem.

Descritores: Diabetes Mellitus; Prevenção; Membros Inferiores; Enfermagem.

Referências:

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
2. Pedrosa HC, Andrade A. Consenso Internacional sobre Pé Diabético. Grupo de Trabalho Internacional sobre Pé Diabético. Versão Brasileira; 2001, SES-DF.
3. Boell JEW, Ribeiro RM, Silva DMGV. Fatores de risco para o desencadeamento do pé diabético. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 abr/jun;16(2):386-93. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.20460>.
4. Araujo MM, Alencar AMPG. Pés de risco para o desenvolvimento de ulcerações e amputações em diabéticos. Rev Rene. 2009; 10 (2): 19-28.

PREVALÊNCIA DA DOENÇA OBSTRUTIVA PERIFÉRICA EM PACIENTES DIABÉTICOS ATENDIDOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA SECUNDÁRIA

Souza, Christiani Barbosa Fernandes¹

Souza, Silvânia Medina de¹

Silva, Amariles Viegas¹

Buonicontro, Edimara Aparecida¹

Silva, Flávia Aparecida da²

Moreira, Tiago Ricardo³

Toledo, Luana Vieira⁴

Mendonça, Érica Toledo de⁵

Introdução: O contexto atual de envelhecimento populacional e aumento da expectativa de vida traz consigo um incremento das doenças crônicas não transmissíveis, como o diabetes *mellitus* (DM), que se destaca pela sua elevada morbimortalidade e prevalência.¹ Dentre as complicações macrovasculares apresentadas pelos diabéticos destaca-se a Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP), caracterizada pela redução do fluxo sanguíneo para os membros inferiores (MMII) devido ao processo oclusivo nos leitos arteriais.² A DAOP pode ser diagnosticada a partir de uma avaliação integral realizada pela equipe de enfermagem, envolvendo a pesquisa de sintomas como a dor nas panturrilhas durante o exercício físico, denominada claudicação Intermitente (CI) e o cálculo do Índice Tornozelo-braquial (ITB)³. O ITB apresenta-se como um método seguro e eficaz para diagnóstico da DAOP, sendo um teste não invasivo, que consiste no cálculo da razão entre a pressão sistólica do tornozelo e a pressão sistólica braquial, por meio de um Doppler portátil e um manguito de pressão.³ **Objetivo:** avaliar a prevalência de DAOP em pacientes diabéticos atendidos em um Centro Integrado de Referência Secundária. **Metodologia:** estudo transversal descritivo, com abordagem quantitativa, realizado no Centro Integrado de Referência Secundário Hiperdia Minas, Viçosa, MG. Os dados foram coletados nos prontuários dos pacientes acompanhados por este centro, no ano de

¹ Acadêmicas do sétimo período do curso de enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

² Enfermeira do Centro Integrado de Referência Secundária Hiperdia Minas, Viçosa, Minas Gerais.

³ Enfermeiro. Doutor em Saúde Pública. Docente no Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

⁴ Enfermeira. Mestra em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

2015, totalizando 106 prontuários, extraídos do formulário “*Screening do Pé Diabético*”, instrumento utilizado pela enfermagem para avaliação dos pacientes. Para análise dos dados procedeu-se às medidas das frequências relativas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, parecer n. 048/2012. **Resultados:** observou-se que dos 106 questionários analisados, 67% eram de pessoas do sexo feminino, com idade inferior a 60 anos (55,7%) e baixa escolaridade (59,4% estudaram no máximo por 8 anos). O DM tipo 2 foi o mais prevalente, sendo identificado em 81,1% dos prontuários. Quanto aos fatores de risco modificáveis, os dados revelaram que 58,5% praticavam atividade física, 83,0% não eram etilistas e 84,0% não fumavam. O controle glicêmico, verificado pelo exame da hemoglobina glicada, estava muito alterado (maior que 9%) em 63,2% dos prontuários. Em relação aos dados que avaliaram a DAOP, observou-se que em 21,6% dos prontuários havia registros de diagnóstico positivo para o escore de CI, representado pelo sintoma de dor durante o exercício físico. Em relação ao escore do ITB, a maioria (79,4%) não apresentou alterações; nos demais foram encontrados alterações características de calcificação (10,3%), 2,8% isquemia e 7,5% foram diagnosticados com ITB anormal, mas sem alterações definidas. **Discussão:** o DM vem acometendo as pessoas cada vez mais precocemente, relacionando-se com os hábitos de vida adotados pela sociedade³. Percebe-se que há uma relação entre os fatores de risco modificáveis e a incidência da DAOP, sendo o tabagismo o mais importante, aumentando cerca de quatro vezes o risco da doença e acelerando em torno de uma década o aparecimento da CI.⁴ A literatura aponta que a dor é dependente de alguns fatores, como a distância percorrida pelo paciente, a velocidade da caminhada, a inclinação do terreno, o grau da obstrução da artéria e o nível de desenvolvimento de circulação colateral.⁴ Os valores de ITB considerados normais situam-se entre 0,9 e 1,3, sendo que quanto menor o ITB, mais significativa é a obstrução arterial e isquemia.³ Pacientes com calcificação, devido a rigidez da artéria, apresentam uma razão maior que 1,3 e, portanto, também alterada. Estudo que avaliou a prevalência da DAOP num hospital revelou resultados diferentes desta pesquisa, ao constatar que 248 dos 407 pacientes analisados, com média de idade de 70 anos apresentaram a doença, numa prevalência de 60,9%. Destes, 10,1% se apresentaram assintomáticos, 89,9% sintomáticos; destes, 32,2% tinham isquemia crítica⁵. Este estudo também confirmou que a prevalência aumenta significativamente entre 55-74 anos, com predomínio do sexo feminino nos indivíduos acima de 74 anos. Os fatores que estiveram relacionados à presença da DAOP foram tabagismo, hipertensão, presença de DM, sobrepeso e eventos cardiovasculares⁵; cabe ressaltar que muitos destes fatores estiveram presentes nos prontuários dos pacientes analisados nesta pesquisa. **Conclusão:** o

estudo revelou uma baixa prevalência da DAOP nos indivíduos atendidos, fato que pode ser justificado pelo acompanhamento longitudinal dos mesmos num centro de referência para diabéticos, com presença de equipe multidisciplinar especializada, o que otimiza o tratamento e identifica mais precocemente alterações em MMII. A equipe de enfermagem deve estar atenta para valores alterados de ITB, principal indicador da DAOP, sobretudo quando associados aos sintomas de CI, a fim de minimizar complicações maiores que interferem na qualidade de vida dos portadores de DM.

Descritores: Diabetes *Mellitus*; Doença Arterial Obstrutiva Periférica; Enfermagem.

Referências:

1. Mielzarski RG, Dias CJS, Anselmo OMT. Epidemiologia e organização de serviços de saúde: diabetes mellitus numa comunidade de Porto Alegre. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2012 Jan [cited 2016 Apr 14]; 17(1): 71-78.
2. Torres AGMJ et al. Prevalência de Alterações do Índice Tornozelo- Braço em indivíduos portadores assintomáticos de doença arterial obstrutiva periférica. Rev Bras Cardiol. 2012; 25(2):87-93.
3. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2014-2015. São Paulo: AC Farmacêutica; 2015.
4. Borges EL. Feridas: úlceras de membros inferiores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.
5. Panico MAB, Spichler ES, Neves MF, Pinto LW, Spichler D. Prevalência e fatores de risco da doença arterial periférica sintomática e assintomática em hospital terciário. J Vasc Bras. 2009; 8(2):125-32.

A PUERICULTURA COMO AÇÃO DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DA HIPOVITAMINOSE D: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Boro, Fernanda Barbieri¹

Prado, Mara Rúbia Maciel Cardoso do²

Assunção, Lorrane Stefany Ribeiro³

Luiz, Franciane Silva⁴

Prado Junior, Pedro Paulo do⁵

Magalhães, Júlia Fernandes⁶

Lima, Vanessa Doriguetto⁷

Dias, Sarah Silva⁸

Introdução: A prevalência de hipovitaminose D a nível mundial é elevada, sendo algumas populações mais susceptíveis a apresentar essa deficiência devido a fatores ambientais, biológicos ou culturais. No Brasil, a população possui baixa ingestão da vitamina favorecendo o aumento da prevalência de deficiência de vitamina D (DVD).¹ A principal fonte dessa vitamina é através da exposição à radiação dos raios ultravioletas (UVB). A vitamina D (VD) é fundamental para o funcionamento do organismo e sua deficiência pode causar sérias complicações. Ela aumenta a absorção de cálcio e fósforo no intestino melhorando a saúde óssea além de influenciar no sistema imunológico, na melhoria de doenças autoimunes, doença inflamatória do intestino e lúpus eritematoso sistêmico.² A VD também tem a função de prevenir alguns tipos de câncer e osteoporose. No âmbito do desenvolvimento infantil, a hipovitaminose D tem grandes repercussões, podendo levar a doenças como retardo no crescimento, raquitismo, osteomalácia e até osteoporose na vida adulta.³ Ressalta-se assim, a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças através da puericultura, sendo papel do enfermeiro uma assistência sistematizada, individualizada e de qualidade que propicie a identificação precoce de agravos

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: febarbieriboro@gmail.com

²Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁵ Enfermeiro. Doutor em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁶ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁷ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁸Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

relacionados a DVD, além de contribuir para a promoção e proteção da saúde da criança.¹ **Objetivo:** Compreender o papel do enfermeiro na prevenção e no diagnóstico precoce da DVD no âmbito do desenvolvimento infantil. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica. A busca foi realizada na base de dados eletrônica: Pubmed/MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde). Foram utilizados como descritores, nas línguas portuguesa e inglesa: vitamina D, desenvolvimento infantil, deficiência de vitamina D e crianças. A busca eletrônica inicial resultou em 41638 manuscritos ao digitar o descritor “vitamina D”, logo em seguida foi digitado “vitamina D e deficiência de vitamina D” onde resultou um total 10089 artigos entre eles originais e de revisão, e finalmente acrescido de “deficiência de vitamina D em crianças e desenvolvimento nos últimos 5 anos (2011 a 2016)”, chegando a um total de 69 artigos, onde foram selecionados 5 artigos originais que preencheram os critérios de inclusão da revisão. A análise do material foi realizada através de leitura crítica e qualitativa que permitiu identificar convergências, com este estudo. **Resultados e Discussão:** Atualmente a vitamina D é considerada um pré-hormônio, pois pode ser obtida de forma exógena e endógena. Os marcadores bioquímicos sanguíneos têm grande importância para alguns diagnósticos, como o de raquitismo. Alguns fatores como baixa incidência de radiação UVB, latitude e estação do ano, obesidade, uso de protetor solar, gravidez, aleitamento, tipo de pele, envelhecimento, uso de medicações que interferem no metabolismo da VD e portadores de doenças que alteram o metabolismo da 25(OH) D como fibrose cística; doenças do trato gastrointestinal, hematológicas, renais, insuficiência cardíaca, podem influenciar nos níveis plasmático de VD.^{1,2} Para realizar a classificação de crianças como deficiente, insuficiente ou suficiente de VD avalia-se os níveis plasmáticos de VD no metabolismo da 25(OH)D. A concentração plasmática de 25(OH)D (VD) < 20ng/mL considera-se deficiência; entre ≥ 20 e < 30 ng /mL insuficiência e suficiência > 30 ng /mL.³ Contudo, recomenda-se que os bebês recebam durante o primeiro ano de vida a complementação diária de 400 UI de VD e entre 1 e 10 anos 600 UI de VD, com a finalidade de manter as concentrações de VD adequada, evitando danos na saúde da criança como o atraso nos fechamentos das fontanelas, no rompimento dos dentes e no atraso dos marcos do desenvolvimento.^{4,5} A avaliação do desenvolvimento infantil deve ser uma prática rotineira nas consultas de puericultura. Para que ocorra a prevenção da hipovitaminose D e para que os profissionais da saúde possam orientar familiares quanto profilaxia e tratamento, é preciso que seja aderido pelos serviços de saúde uma classificação dos níveis plasmáticos de VD. A partir dessa classificação poderão ser tomadas medidas que amenizem as repercussões negativas que a DVD acarreta em relação ao crescimento e desenvolvimento. **Conclusão:** A utilização da puericultura para o acompanhamento

do crescimento e desenvolvimento infantil permite que enfermeiros e demais profissionais de saúde possam prestar uma assistência voltada a identificar precocemente fatores de risco para a DVD a fim de reduzir a morbidade infantil a ela relacionada. Ademais, nota-se a necessidade de estudos mais específicos que determinem os impactos da hipovitaminose D no desenvolvimento infantil.

Descritores: Vitamina D; Desenvolvimento; Puericultura.

Referências:

1. Maeda SS, Borba VZC, Camargo MBR, Silva DMW, Borges JLC, Bandeira F et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D. Arq Bras Endocrinol Metab [online]. 2014; 58 (5): 411-33.
2. Prado MRMC. Fatores associados aos níveis de vitamina D do binômio mãe-filho ao nascimento e aos seis meses de vida. Viçosa/MG. Tese [Doutorado em Ciência da Nutrição]. Universidade Federal de Viçosa; 2015.
3. Holick MF. The Vitamin D Deficiency Pandemic and Consequences for Nonskeletal Health: Mechanisms of Action. Molecular aspects of medicine. 2008;29(6):361-368.
4. Minas Gerais, Secretaria do Estado de Saúde. Atenção à saúde da criança. Belo Horizonte; 2008. 224p
5. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento De Nutrologia. Manual de orientação alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo: SBP; 2012.

AÇÕES INTEGRADAS ENTRE ENFERMAGEM E ARQUITETURA E URBANISMO: A CONTRIBUIÇÃO DA PSICOLOGIA AMBIENTAL NA ANÁLISE DO ESPAÇO URBANO NO CONTEXTO DE UMA UBS PARA A PREVENÇÃO DE QUEDAS DE IDOSOS

Fonseca, Talita da Conceição de Oliveira¹

Tibúrcio, Túlio Márcio de Salles²

Carvalho, Aline Werneck Barbosa de³

Introdução: As quedas em idosos são motivos de grande atenção na área da Saúde. O ambiente construído, destacando-se o espaço urbano, deve ser adequado às necessidades dos idosos a fim de evitar quedas, uma vez que a falta de qualidade do mesmo tem contribuído para agravar esta situação. Identificar fatores de risco para as quedas no espaço urbano e verificar como os idosos percebem e se comportam neste ambiente torna-se importante para se estabelecerem estratégias para a sua prevenção. Neste sentido, destaca-se a necessidade dos profissionais da área da Saúde e, em especial, da Enfermagem, de estarem atentos para aspectos relativos ao ambiente físico urbano, que devem ser considerados tanto no momento da escolha do local de implantação dos serviços de saúde, quanto no planejamento de ações de intervenção da equipe, uma vez que as quedas representam um importante problema de saúde pública. **Objetivo:** Mostrar a importância da visão interdisciplinar e integrada das áreas de Arquitetura, Urbanismo e Enfermagem na análise da qualidade do espaço urbano de acesso à Unidade Básica de Saúde para a prevenção de quedas de idosos. **Metodologia:** O presente trabalho é parte de pesquisa de mestrado realizada no Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Viçosa. Adotou-se como estudo de caso a UBS São José, Barrinha, Cidade Nova, localizada nesta mesma cidade. O estudo foi fundamentado na Psicologia Ambiental, que estuda as inter-relações do homem com seu meio ambiente, onde foram selecionados métodos para coleta de dados, incluindo *walkthrough*, observação comportamental e entrevistas. O *walkthrough* possibilitou caracterizar o espaço urbano quanto às barreiras físicas e foi realizado nos acessos principais à UBS; o *walkthrough acompanhado* foi realizado em conjunto com a observação comportamental, com a finalidade de investigar como os

¹Técnica em Enfermagem. Ms. em Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal de Viçosa – MG. talitaufv@yahoo.com.br.

²Arquiteto e Urbanista. PhD em Edifícios Sustentáveis e Inteligentes, University of Reading, UK. Professor do Departamento de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Viçosa – MG.

³Arquiteta e Urbanista. Dra. em Estruturas Ambientais Urbanas, USP.

idosos percebem e se comportam no espaço urbano. As entrevistas sobre a situação autorreferida de saúde foram utilizadas para identificar as principais alterações funcionais (barreiras biológicas) e os modos de deslocamento utilizados pelos idosos. Ao final, os resultados foram apresentados graficamente por meio de uma Matriz de Descobertas. Por se tratar de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (CEP/UFV), obtendo aprovação para condução da pesquisa.

Resultados: A pesquisa evidencia vários problemas relacionados com as barreiras físicas do espaço urbano nos principais acessos à UBS estudada, que representam risco de quedas para idosos. Os principais problemas estão associados à qualidade das calçadas, dentre os quais se destacam: más condições de manutenção com presença de degraus, obstáculos, desníveis e dimensão insuficiente da faixa livre de circulação. Nas vias foram identificadas pedras soltas e buracos, bueiros desprotegidos e inexistência de rebaixamento da calçada na faixa de travessia de pedestres. A ligação física entre os bairros São José e Cidade Nova possui uma ponte improvisada, com condições precárias de manutenção. Quanto às barreiras biológicas, a pesquisa aponta que os idosos possuem diversos comprometimentos funcionais que podem afetar o uso do espaço e configurar risco de queda, tais como hipertensão arterial, dor nas costas, osteoporose e diabetes. Além destes, muitos idosos apresentam problemas que afetam a visão, dificuldades para caminhar, problemas de equilíbrio, entre outros. De modo geral, os idosos pouco utilizam as calçadas, conforme verificado durante a observação comportamental, o que pode ser justificado pelas más condições de manutenção e por possuírem inúmeros obstáculos e desníveis. Muitos idosos consideram que existem riscos de quedas durante o percurso à UBS e o relacionam, principalmente, com questões associadas ao espaço urbano.

Discussão: As transformações que vêm ocorrendo na sociedade refletem-se no campo da Saúde, trazendo novos desafios aos pesquisadores e profissionais. Emerge assim, a necessidade de diferentes abordagens para entender a realidade e enfrentar os problemas que se apresentam, buscando múltiplas teorias para explicá-los¹. Enquanto campo multidisciplinar, a Psicologia Ambiental pode desempenhar o papel de ligação entre Arquitetura e Urbanismo possibilitando as trocas necessárias e enriquecendo a ambos através da soma de conceitos, além de abrir-se à contribuição de áreas afins o que amplia a abrangência e a potencialidade dos estudos a serem realizados². A Psicologia Ambiental aborda a relação pessoa-ambiente de maneira holística e estabelece vínculos com outras disciplinas interessadas na temática humano-ambiental, aplicando os conhecimentos obtidos para melhorar a qualidade ambiental e, por conseguinte, a qualidade de vida dos usuários dos ambientes³. Na área da Saúde o que se pretende com a

interdisciplinaridade é a busca de integração, de instaurar formas de totalidade em um campo de saber múltiplo, pluralista e heterogêneo, reconhecendo a complexidade dos fenômenos, com olhares diferenciados, resgatando uma unidade que se perdeu no decorrer da história¹. **Conclusão:** O trabalho mostrou que questões relacionadas à qualidade do espaço urbano representam variáveis importantes para a segurança da pessoa idosa, reforçando a necessidade de eliminar barreiras físicas, uma vez que os idosos já têm limitações inerentes ao processo de envelhecimento. Esta pesquisa contribui para a área da Saúde com a apresentação de aspectos relativos ao ambiente físico urbano, muitas vezes desconhecidos pelos profissionais desta área. Além disso, uma reflexão acerca da qualidade do espaço urbano trará subsídios para a melhoria da qualidade das ações de Enfermagem visando à promoção da saúde dos usuários. Sendo assim, reforça-se a importância da interdisciplinaridade na Enfermagem, destacando a contribuição da Psicologia Ambiental com métodos e instrumentos de pesquisa que possibilitam uma compreensão holística da relação homem-ambiente e suas implicações para a qualidade de vida, capazes de serem aplicados em episódios cotidianos através do diálogo com outras áreas.

Descritores: Envelhecimento Populacional; Acidentes por Quedas; Ciências Sociais.

Referências:

1. Meirelles BHS, Erdmann ALA. *Interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem*. Texto Contexto Enferm. 2005 jul./set; 14(3): 411-8.
2. Elali GA. *Psicologia e Arquitetura: em busca do locus interdisciplinar*. Estudos de Psicologia. 1997; 2(2): 349-362.
3. Wiesenfeld E. *A Psicologia ambiental e as diversas realidades humanas*. Psicologia USP. 2005; 16(1-2): 53-69.

O PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DE UM INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS NA PUERICULTURA EM UMA UNIDADE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE VIÇOSA – MG

Santos, Willians Guilherme dos¹

Prado, Mara Rúbia Maciel Cardoso do²

Barreto, Maria Carmelita Corrêa Paes³

Silva, Eunice Ferreira da¹

Cruz, Aline Elizabet Ribas Souza¹

Souza, Silas Teixeira de¹

Tavares, Amanda Tamires Drumond Vilas Boas¹

Toledo, Luana Vieira⁴

Introdução: A Atenção Primária à Saúde (APS) é uma estratégia que permite orientar e coordenar o sistema de saúde, proporcionando o atendimento integral as necessidades do indivíduo/família/comunidade, visando ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e reabilitação da saúde, ampliando o olhar sobre o processo de saúde-doença tendo em vista um cuidado holístico¹. Desta forma, ressalta-se que a atenção integral a família permite uma compreensão ampliada do cuidado a saúde, visto que parte da valorização do contexto em que estes estão inseridos. E dentre as ações da estratégia de saúde da família encontra-se a atenção à saúde da criança e do adolescente, portanto a assistência à saúde da criança é uma atividade de fundamental importância em função da vulnerabilidade do ser humano nessa fase do ciclo de vida. Por meio do acompanhamento da criança saudável, papel da puericultura, espera-se reduzir a incidência de doenças, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se para alcançar todo seu potencial. Neste sentido, os profissionais de enfermagem devem basear sua prática no cuidado integral e individual, possibilitando assim, uma assistência com maior qualidade. Diante disto, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), é uma ferramenta de fundamental importância do trabalho do enfermeiro, pois permite que este tenha um planejamento, uma execução e avaliação do cuidado de cada indivíduo de forma integral e individualizada, ampliando assim, o cuidado em saúde². Nesta perspectiva, percebe-se a importância da elaboração de um instrumento que visa sistematizar a assistência de enfermagem na saúde da criança e do adolescente, permitindo aos enfermeiros a aplicação destes na identificação das

¹ Discente de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa (wguilhermesantos@gmail.com)

² Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeira. Coordenadora da Estratégia de Saúde da Família da Unidade Santa Clara, Viçosa (MG).

⁴ Enfermeira. Mestra em Enfermagem. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

necessidades de cuidados de enfermagem, além da promoção, segurança e qualidade durante a assistência prestada a este público. **Objetivo:** Apresentar a experiência da implementação de um instrumento de coleta de dados no atendimento de puericultura direcionado às crianças inseridas nas unidades de saúde da família. **Metodologia:** Trata-se de um trabalho descrito de uma atividade desenvolvida como parte do Projeto de Extensão intitulado “A implantação da puericultura nas Estratégias de Saúde da Família de Bom Jesus e Santa Clara em Viçosa, Minas Gerais-MG”. Assim, no primeiro momento adaptou-se um instrumento de coleta de dados na Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Bairro Santa Clara, município de Viçosa (MG). À priori, buscava-se construir um instrumento ao qual deveria ser focado para coleta de dados na primeira consulta e consultas subsequentes. No entanto, observou-se que o instrumento disponível pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais³ vinha ao encontro da proposta de construção dos instrumentos. Conquanto, a partir de uma análise de conteúdo do instrumento da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, observamos que o mesmo não disponibilizava campo para sistematizar a assistência de Enfermagem. Além disso, por ser consenso em utilizar o mesmo instrumento pelo profissional médico, observou-se que o campo voltado para este profissional também não atendia as necessidades. Assim, em vez de realizarmos a construção de novo instrumento, optou-se pela adaptação de conteúdo do instrumento validado pela Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais. Estas adaptações foram realizadas conforme a orientação dos profissionais médico e enfermeiro. Após a adaptação, foi realizado um piloto para identificar se haveria necessidade de outras mudanças. **Resultados:** O instrumento de Primeira Consulta tem 8 páginas e 11 campos, a saber: identificação, moléstia atual, história pregressa, vacinação, alimentação, atividades cotidianas, história familiar e social, exame físico, diagnóstico médico, sistematização da assistência de enfermagem e avaliação dos demais profissionais de saúde. Já o instrumento de Consulta Subsequente tem 3 páginas e conta com 5 campos: anamnese, exame físico, diagnóstico médico, sistematização da assistência de Enfermagem, avaliação dos demais profissionais. Os campos de preenchimentos se apresentam no tipo *checklist* e de questões abertas. No que refere à Sistematização da Assistência de Enfermagem, há subcampos abertos para dar escrever os Diagnósticos de Enfermagem, Intervenções de Enfermagem e outras informações de interesse para a Enfermagem, além da assinatura e carimbo do Enfermeiro. Já foram realizadas 21 consultas de puericultura utilizando este instrumento, que vem atendendo as necessidades para registrar os achados e a história da criança. **Discussão:** Uma das dificuldades encontradas no processo de implantação da puericultura e da aplicação do instrumento como ferramenta para a ocorrência desse processo tem sido a falta de

adesão dos usuários às consultas de rotina, com agendamento prévio. A comunidade, geralmente, tem buscado a solução de problemas de saúde somente após a ocorrência do mesmo, não conseguindo absorver a necessidade das ações preventivas. Essa deficiência não é identificada apenas pela comunidade, um estudo realizado com enfermeiros das equipes de APS aponta que embora eles demonstrem compreender a importância dos atendimentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, ainda é insuficiente a concepção de que a puericultura vai além de ações puramente assistencialistas e biologicistas, o que reflete à falta da SAE no processo de trabalho⁴. A compreensão da puericultura como um momento propício para estimular mudanças significativas no cuidado prestado às crianças, a partir de ações baseadas na promoção da saúde ainda é limitada entre os enfermeiros da APS⁴. Os instrumentos que busquem sistematizar essa assistência podem se inserir nesse contexto, como adjuvante da formalização dessa rotina de contato da família com a equipe da APS, independente da presença ou não de agravos. Quanto à equipe de saúde, a maior dificuldade enfrentada na aplicação prática do instrumento foi a sua extensão. Nesse sentido, cabe a adaptação do mesmo para cada realidade em particular. **Conclusão:** O instrumento de coleta de dados implementado tem sido importante no processo de implementação da Puericultura, pois tem permitido registrar a avaliação da criança e norteado as intervenções de enfermagem, médica e de outros profissionais. Vislumbra-se submeter o instrumento adaptado para validação científica.

Descritores: Saúde da Criança; Processos de Enfermagem; Registros de Enfermagem.

Referências:

1. Gomes KO et al. Atenção Primária à Saúde - a "menina dos olhos" do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2011; 16 (supl. 1).
2. Diniz IA et al. Percepção dos enfermeiros gestores da atenção primária sobre o processo de enfermagem. Rev Bras Enferm. 2015 mar-abr;68(2):206-13.
3. Brasil. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Manual do Prontuário de Saúde da Família. Belo Horizonte; 2007.
4. Lima SCD, Jesus ACP, Gubert FA et al. Childcare and nursing care: perceptions of nurses of family health strategy. J. Res Fundam. Care. 2013 jul./set; 5(3): 194-202.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM SUJEITOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL

Lima, Carmen Cardilo¹

Salgado, Patrícia de Oliveira²

Balbino, Paula Coelho³

Passos, Camila⁴

Introdução: Com o envelhecimento da população verifica-se, também, alteração do perfil epidemiológico, com destaque para as doenças crônicas não-transmissíveis. Dentro desse grupo de doenças destaca-se hipertensão arterial sistêmica (HAS)¹. O manejo da HAS é complexo, existindo um número expressivo de pacientes com pressão arterial não controlada, além disso, é multifatorial e necessita de abordagem multiprofissional para atingir melhores resultados¹. Entre os profissionais atuantes no cuidado aos hipertensos estão os enfermeiros. A responsabilidade do cuidar, realizado pela enfermagem, exige que as suas decisões sobre as intervenções propostas sejam fundamentadas na avaliação do estado de saúde do indivíduo. Para realizar esta avaliação o enfermeiro deve utilizar o Processo de Enfermagem (PE). Esse é definido como método científico composto por etapas inter-relacionadas que estabelece uma direção para que o cuidado seja realizado de forma sistematizada, planejada, organizada e documentada^{2,3}. Tendo em vista que a HAS é uma doença de difícil manejo e seu descontrole representa alto risco cardiovascular para seus portadores, a abordagem contínua da equipe de enfermagem, bem como a utilização do processo de enfermagem aos pacientes crônicos apresenta efeitos relevantes na prevenção primária e secundária de eventos cardiovasculares. Assim, desde 2014 vem sendo realizada a consulta de enfermagem aos usuários portadores de HAS da Unidade Básica de Saúde do bairro Silvestre. Diante da realização das consultas de enfermagem verificou-se a necessidade de identificar os DE mais frequentes nesta população, uma vez que a identificação dos mesmos fornecerá subsídios ao enfermeiro para a elaboração de um plano de cuidados mais específico, de acordo com o comprometimento de cada indivíduo. **Objetivo:** Identificar os diagnósticos de enfermagem, de acordo com classificação de diagnósticos de enfermagem NANDA International, frequentes em

¹Acadêmica do 9º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: carmen.lima@ufv.br

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV).

³Acadêmica do 7º período do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da UFMG. Docente do curso de Graduação em Enfermagem da UFV.

sujeitos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Metodologia:** Trata-se de estudo descritivo-exploratório transversal realizado com os usuários da Unidade Básica de Saúde do bairro Silvestre do município de Viçosa-MG. A população do estudo foi constituída por sujeitos com diagnóstico médico de HAS, de ambos os sexos, com idade superior a 18 anos e que fossem usuários das unidades incluídas no estudo. A amostra foi composta por 75 pacientes. Durante a consulta de enfermagem foram coletados dados referentes à anamnese e exame físico dos pacientes. Após realizou-se o processo de inferência diagnóstica e posteriormente, a construção do banco de dados. O processo diagnóstico foi composto de duas fases: análise (categorização dos dados e identificação de lacunas) e síntese (agrupamento, comparação, identificação e relação dos fatores etiológicos)⁴. Para a análise dos dados foram aplicadas análises descritivas das variáveis. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Viçosa (CAAE 44785915.7.0000.5153). Todos os pacientes arrolados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determinado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados: Foram entrevistados 75 pacientes hipertensos em tratamento ambulatorial, sendo que a maioria (45-61%) referiu ter a doença há mais de dez anos. A média de idade dos pacientes foi de 63.6 anos e a maioria era do sexo feminino (48-64%). Grande parte da amostra apresentou baixa escolaridade (37-49,3%). Com relação aos Diagnósticos de Enfermagem (DE), foram identificados através da consulta 25 diferentes títulos DE, sendo eles: “Risco de Perfusão Renal Ineficaz”, “Insônia”, “Padrão Respiratório Ineficaz”, “Fadiga”, “Débito Cardíaco Diminuído”, “Risco de Perfusão Tissular Periférica Ineficaz”, “Comportamento de Saúde Propenso a Risco”, “Dor Crônica”, “Disposição Para Autocontrole da Saúde Melhorado”, “Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais”, “Padrão de Sono Prejudicado”, “Risco de Perfusão Tissular Cardíaca Diminuída”, “Risco de Desequilíbrio Eletrolítico”, “Controle Familiar Ineficaz do Regime Terapêutico”, “Perfusão Tissular Periférica Ineficaz”, “Disposição para Conhecimento Melhorado” “Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais” “Risco de Glicemia Instável”, “Ansiedade”, “Falta de adesão” “Intolerância à atividade”, “Deambulação prejudicada”, “Conhecimento Deficiente”, “Autocontrole Ineficaz da Saúde” e “Estilo de Vida Sedentário”. Entre os 25 títulos diagnósticos três deles apresentaram frequência maior que 30%.

Discussão: De acordo com a composição da amostra, foi constatado que a maioria era pacientes idosos, aposentados, do sexo feminino, com baixa renda e baixa escolaridade. Este cenário está diretamente relacionado com o resultado dos diagnósticos de enfermagem mais frequentes identificados nos sujeitos estudado⁵. Foram identificados 25 títulos diagnósticos diferentes DE, sendo que 22 foram

identificados em menos de 30% dos sujeitos que compuseram a amostra do estudo. Este fato se deve às particularidades e necessidades de cada usuário, uma vez que são títulos diagnósticos específicos para problemas particulares da saúde do indivíduo, sendo estes identificados em no máximo 15 usuários, representando menos de 20% da amostra, confirmando mais uma vez a sua particularidade. Apesar da maioria dos títulos DE apresentar baixa frequência, três foram identificados em mais de 30% dos pacientes que compuseram a amostra, sendo eles: “Conhecimento Deficiente”, “Autocontrole Ineficaz da Saúde” e “Estilo de Vida Sedentário”. A identificação desses títulos DE está diretamente relacionada ao perfil da população estudada, pacientes com baixa escolaridade e idosos, o que influi diretamente no estilo de vida, que tendem a ter um menor controle de sua saúde e, conseqüentemente, menores ações para com a mesma⁵. **Conclusão:** Os resultados deste estudo nos mostram que os títulos DE identificados são passíveis de modificação. Percebe-se a necessidade de realização de intervenções relacionadas à promoção de saúde desses indivíduos, principalmente ligada ao conhecimento da doença, seu tratamento e ao controle de sua saúde, bem como a adesão à terapia medicamentosa e modificações no seu estilo de vida.

Descritores: Enfermagem; Hipertensão; Processos de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

Referências:

1. Sociedade Brasileira de Cardiologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq. Bras. Cardiol. 2010; 95(1 suppl.1): 1-51.
2. Lima AFC, Melo TO. Percepção de enfermeiros em relação à implementação da informatização da documentação clínica de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP. 2012; 46(1): 175-83.
3. Neto JMR, Fontes WD, Nóbrega MML. Instrumento de coleta de dados de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva Geral. Rev Bras Enf. 2013; 66(4):535-42.
4. Helland WY. Nursing Diagnosis: diagnostic process. In: Cristensen PJ, Kenney JW. Nursing process: application of conceptual models. 4th ed. Saint Louis (MO): Mosby; 1995. p. 120-38
5. Moura PC et al. Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem em indivíduos hipertensos e diabéticos à luz de Orem. Rev. Rene. 2014;15(6): 1039-46.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE PORTADORA DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO COM DESFECHO DE PRÉ-ECLÂMPسيا GRAVE: REVISÃO DE LITERATURA

Luiz, Franciane Silva¹

Santos, Mateus de Souza¹

Cupertino, Giovane de Lelis¹

Domingos, Camila Santana²

Toledo, Luana Vieira³

Carvalho, Alessandra Montezano de Paula⁴

Araújo, Taciane Sérgio de⁵

Rodrigues, Caroline Maria de Arruda⁷

Introdução: A gestação de alto risco é um desfecho no qual distúrbios podem impactar negativamente na saúde da mãe e do feto. Sua incidência é pequena, porém contribui para a elevação dos índices de morbimortalidade na população em questão.¹ Dentre as intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes que aumentam o risco da gestação, encontram-se as síndromes hipertensivas, frequentes em 5 a 10% das gestações e responsáveis pela principal causa de morbimortalidade materna e perinatal.² A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) pode ser ocasionada ou exacerbada pelo período gravídico. Dentre suas principais categorias enquadra-se a pré-eclâmpsia grave, uma alteração específica da gravidez e puerpério, de causa desconhecida, que afeta vários sistemas e que concerne a um distúrbio placentário que gera um aumento da vasoconstrição e uma redução da perfusão.² Neste contexto, cabe ressaltar ainda, que certas comorbidades podem aumentar o risco de desenvolver esse quadro hipertensivo gestacional, dentre elas, encontra-se o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES). O LES é uma doença inflamatória crônica, multissistêmica, idiopática e de caráter autoimune, caracterizada pela presença de vários autoanticorpos.¹ Dessa forma, destaca-se que os riscos do LES sobre a gestação são maiores do que o da gestação sobre o LES, tendo em vista que a primeira relação leva à ocorrência de maus resultados perinatais materno-fetais e a maior ocorrência de complicações maternas como a pré-eclâmpsia.¹ É nesse âmbito que cabe considerar a relevância dos profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, ao promover o conhecimento sobre as patologias que

¹ Acadêmico do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: franciane.luiz@ufv.br

² Enfermeira. Técnica Administrativa de Nível Superior do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Especialista em Gestão de Programas de Saúde da Família pela Universidade Candido Mendes.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeira. Técnica Administrativa de Nível Superior do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Juiz de Fora.

⁵ Enfermeira da Unidade de Terapia Intensiva Adulta do Hospital São Sebastião, Viçosa-Minas Gerais.

umentam os riscos da gestação em mulheres na idade fértil e portadoras desses agravos, a fim de que estas estejam conscientes a buscar auxílio no momento pré-concepção. Nessa perspectiva, poder-se-á contribuir para o desenvolvimento de gestações de risco mais seguras e para redução dos índices de morbimortalidade perinatais. **Objetivo:** Buscar na literatura o papel da equipe de enfermagem na redução da morbimortalidade de gestantes portadoras de LES com desenvolvimento de pré-eclâmpsia. **Metodologia:** Trata-se de revisão de literatura, cuja busca foi realizada na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando-se os termos “pré-eclâmpsia” and “lúpus eritematoso sistêmico” contidos no título, resumo ou assunto. Adotou-se como critério de inclusão os artigos publicados nos últimos 20 anos, disponíveis na íntegra e nos seguintes idiomas: português e espanhol. Foram encontrados sete artigos distintos, dos quais três fizeram parte do estudo, por melhor se adequarem ao objetivo. **Resultados:** Estudo realizado no Brasil apresenta uma maior prevalência do LES nas mulheres, principalmente aquelas com idade entre 15 e 35 anos, consideradas em idade fértil.³ Durante a gestação ocorrem mudanças fisiológicas que podem exacerbar o LES e por conseguinte influenciar no curso da mesma, aumentando as complicações materno-fetais como o desenvolvimento da pré-eclâmpsia.^{3,4,5} Evidencia-se uma dificuldade no acompanhamento clínico pré-natal de gestantes com LES, devido à semelhança entre certas alterações e a atividade da patologia.^{3,4} A diferenciação entre a nefrite lúpica, a pré-eclâmpsia e as mudanças fisiológicas relacionadas à gestação representam um desafio para o obstetra, visto que apresentam manifestações clínicas semelhantes como HAS, proteinúria, edema e alterações renais.^{3,4} Dessa forma, o diagnóstico dificultado da pré-eclâmpsia influencia diretamente no prognóstico materno-fetal, tornando-se necessárias formas alternativas de diagnosticar a pré-eclâmpsia. Destaca-se a utilização de outros métodos menos invasivos para diferir atividade lúpica de pré-eclâmpsia grave, dentre eles, a análise dos vasos orbitais, o qual pode distinguir os quadros hipertensivos durante a gestação de pacientes com LES, visto que nesta doença ocorre também o acometimento multissistêmico com importante dano vascular.³ **Discussão:** Compreende-se que os efeitos do LES sobre a gestação acabam por torná-la uma gravidez de risco,¹ necessitando de maior assistência de toda a equipe de saúde, destacando-se o enfermeiro, que promove o cuidado direto às gestantes. Dessa forma, as gestações de mulheres portadoras de LES devem ser planejadas minuciosamente, pela equipe de saúde e seus clientes, contando com acompanhamento integral dessas gestantes pelas redes de atenção primária e secundária.⁴ Um estudo realizado em Cuba sugere que a equipe responsável pela assistência dessas mulheres seja formada por um médico clínico geral e obstetra, um enfermeiro obstetra e um reumatologista, dispostos a assumir a responsabilidade de contribuir para um desfecho favorável da

gravidez.⁴ Nesse âmbito, durante a consulta de pré-natal é de extrema importância explicar ao casal os riscos de complicações maternas e fetais, além de se estabelecer um plano de cuidados integral. Para isso é preciso conhecer as complicações de gestações anteriores, avaliar o nível de atividade do LES, analisar as medicações utilizadas tendo em vista que algumas são contraindicadas durante o período gravídico, julgar se há algum dano orgânico, e orientar que a gravidez é aconselhada apenas após 6 meses que a enfermidade estiver inativa para reduzir as chances de recaídas durante a gestação.^{4,5} Nesse contexto, o enfermeiro assume papel importante de acompanhar essas gestantes, identificando as alterações e assegurando a comunicação efetiva entre a equipe. Revela-se que o prognóstico das gestações de mulheres portadoras de LES vem melhorando devido aos avanços terapêuticos.⁵ Destaca-se ainda que, apesar da evidência de que podem ocorrer complicações das gestantes com LES, ainda existem poucos dados na literatura que abordem a temática.⁴ **Conclusão:** Observa-se que os manuais técnicos publicados pelo Ministério da Saúde sobre gestação de baixo e alto risco trazem essas condutas dos profissionais de saúde frente às gestantes portadoras de LES e às que desenvolvem pré-eclâmpsia. No entanto, tendo em vista a influência que o LES exerce sobre a gestação, torna-se relevante a publicação de estudos que auxiliem a compreender melhor o processo saúde-doença de gestantes portadoras de LES com desenvolvimento de pré-eclâmpsia de forma não fragmentada, determinando cuidados humanizados que abarquem o sujeito em sua integralidade, garantindo assim o direito do mesmo à saúde.

Descritores: Gravidez; Lúpus Eritematoso Sistêmico; Cuidados de Enfermagem.

Referências:

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília. Editora do Ministério da Saúde; 2012.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de Alto Risco: Manual Técnico. Brasília. Editora do Ministério da Saúde; 2012.
3. Freitas MAR, Diniz ALD, Santos MC, Taliberti BHB, Ranza R. Hiperperfusão no território orbital de gestantes portadoras de lúpus eritematoso sistêmico. Rev Bras Ginecol Obstet. 2009; 31(11): 534-539.
4. Lierena GAR, Toledano MG, Prieto RV, Mantecón AML, Aguilera IRL, Ferreira ID. Estudio analítico y actualización temática de una serie de pacientes en Cuba con Lupus y embarazo. Rev. cuba. obstet. Ginecol.. 2009; 35(4).
5. Naranjo LAG, Escobar MR. Lupus eritematoso sistêmico y embarazo. Rev. colomb. Reumatol. 2011; 18(3): 175-186.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO TRATAMENTO DE FERIDAS CRÔNICAS: AS DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS ENFERMEIROS

Vieira, Nayara Cassimiro¹

Costa, Geisiane de Souza¹

Lima, Jercica Lopes de¹

Vieira, Luana de Toledo²

Introdução: As feridas se caracterizam pela destruição das estruturas cutâneas, tendo acometimento em maior ou menor extensão conforme condições clínicas do paciente, chegando a atingir estruturas mais profundas.¹ Podem ser de origem traumática por meios físicos, químicos ou mecânicos e ainda por uma afecção clínica, que mobiliza as defesas do organismo.¹ O tratamento das feridas inclui diferentes aspectos, dentre eles aspectos sistêmicos e locais. O tratamento local, denominado como curativo, consiste no procedimento de limpeza e cobertura da lesão, com o objetivo de auxiliar no restabelecimento da integridade do tecido tegumentar.^{1,5} As úlceras crônicas são consideradas um grave problema de saúde pública, constituindo um desafio para assistência ao seu portador, por se tratarem de uma morbidade que acomete grande parcela da população e que demanda altos custos para a saúde, além de tempo dos envolvidos e uma assistência contínua e frequente.³ A demora no processo de cicatrização das feridas a caracteriza como uma lesão crônica, sendo uma consequência de influências intrínsecas e extrínsecas que acometem o paciente, constituindo assim um grave problema clínico a ser enfrentado no cotidiano dos serviços de saúde.⁴ Diante do exposto, é imprescindível a presença de enfermeiros com grande conhecimento técnico-científico, atualizados quanto ao processo de cicatrização e capazes de identificar os fatores que interferem na recuperação das lesões, para que se garanta uma assistência integral e de qualidade ao paciente.^{2,3} No entanto, o enfermeiro que atua na área de assistência ao paciente com úlceras enfrenta grandes dificuldades no que tange aos aspectos físicos, psicológicos e socioculturais do paciente, além dos aspectos que envolvem as condições para se prestar a assistência.⁵

Objetivo: Levantar na literatura publicações que relatam as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros na busca por autonomia na assistência ao portador de feridas crônicas. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, de natureza narrativa. Este tipo de pesquisa é construído a partir da seleção de diversos estudos que retratam

¹Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG. Email: nayaracassimirovieira@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Medicina e Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa-MG.

o mesmo fenômeno. Para a construção do acervo bibliográfico do presente trabalho foi realizada pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando as seguintes palavras “Enfermagem” e “Feridas Crônicas” contidas no título, resumo ou assunto. Como critérios de inclusão foram selecionados artigos disponíveis na íntegra, escritos no idioma português e publicados nos últimos cinco anos. Foram encontrados 20 artigos e, após análise e posterior discussão, foram selecionados aqueles que se adequavam ao objetivo do presente trabalho, totalizando cinco artigos. **Resultados/Discussão:** Considerada uma prática comum no cotidiano do enfermeiro, o tratamento de feridas crônicas é uma atividade complexa que requer critérios bem estabelecidos para a seleção do tratamento a ser prescrito para cada paciente, conforme as características (tamanho, forma e profundidade da lesão, presença de necrose, exsudato, tecido de granulação, descolamento do tecido adjacente e comorbidades associadas, entre outros) da(s) lesão(ões), a fim de prestar um cuidado individualizado, sendo certo que para tanto são necessários conhecimentos técnico-científicos que orientem a avaliação e a tomada de decisão.³ Porém, uma dificuldade enfrentada é que, apesar dos avanços científicos e tecnológicos que acontecem constantemente na área da saúde, no que tange ao tratamento de feridas crônicas o assunto se difere e assume uma posição polêmica, provocando preocupações e despertando o interesse dos profissionais da área de Enfermagem.¹ As feridas crônicas se estabelecem e provocam no paciente sinais e sintomas (dores, odores, secreções, etc.) que alteram o seu cotidiano, uma vez que exigem cuidados diários, curativos, consultas multiprofissionais e visitas constantes ao serviço de saúde, mudando assim toda a sua rotina de vida e distorcendo sua autoimagem de maneira a resultar em isolamento social, familiar e afetivo.⁵ O cuidado prestado ao paciente com úlceras crônicas precisa de uma fundação sólida com profissionais qualificados e recursos materiais efetivos que possibilitem ao enfermeiro construir a partir daí ações de cuidado que contemplem todos os aspectos (físicos, psicológicos, socioculturais e espirituais) do paciente. Porém, na atual organização dos serviços de saúde, esse alicerce é falho, dificultando assim uma assistência pautada na integralidade e que garanta ao paciente a qualidade das ações.⁴ O enfermeiro tem dificuldade, no contexto atual de trabalho, de consolidar a política da Estratégia Saúde da Família (ESF), não conseguindo que a proximidade com o usuário se torne um fator benéfico ao tratamento das lesões, limitando-se apenas à execução de curativos². **Conclusão:** É de suma importância a abordagem da equipe multiprofissional no que se refere ao tratamento de feridas crônicas. Cabe principalmente ao enfermeiro a responsabilidade pelos cuidados ao paciente portador de ferida, buscando estratégias de prevenção, avaliação e tratamento para o controle e abordagem desta, com o objetivo de promover condições que favoreçam uma cicatrização eficaz, sem maiores

complicações ou comprometimentos. Para chegar a tais resultados são necessárias intervenções que diminuam as dificuldades observadas neste contexto. Por fim, para se alcançar espaço no campo da assistência ao paciente com feridas crônicas o enfermeiro precisa estar qualificado e atualizado de forma a prestar uma assistência integral e de qualidade ao paciente.

Descritores: Enfermagem; Ferida; Humanização; Cuidado.

Referências:

1. Gouveia BLA, Albuquerque AM, Oliveira SHS et al. Tratamento de feridas: práticas empíricas sob o ponto de vista cultural e religioso. Rev enferm UFPE on line. 2015 mar; 9(3):7046-54.
2. Bedin LF, Busanello J, Sehnem GD, Silva FM, Poll MA. Estratégias de promoção da autoestima, autonomia e autocuidado das pessoas com feridas crônicas. Rev Gaúcha Enferm. 2014 set; 35(3):61-67.
3. Macedo, M M L; Rodrigues, R N; Cortez, D N; Lanza, F M; Gontijo, T L. Relato de experiência Abordagem ao portador de úlceras crônicas no município de Divinópolis-MG. Rev. APS. 2013 out/dez; 16(4): 474-478.
4. Oliveira BGRB, Castro JBA, Granjeiro JM. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com feridas crônicas tratados em ambulatório. Rev. Enferm. UERJ. 2013 dez; 21(esp.1):612-7.
5. Carvalho ESS, Paiva MS, Aparício EC, Rodrigues GRS. Trajetórias afetivo-sexuais de pessoas com feridas crônicas nos membros inferiores: aspectos na escuta terapêutica. Rev Gaúcha Enferm. 2013; 34(3)163-170.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AOS CLIENTES COM SEPSE: REVISÃO DE LITERATURA

Cupertino, Ludmyla Reis¹

Alves, Andréia²

Assunção, Lorrane Stéfany Ribeiro²

Barral, Rita de Cássia Vaz²

Tavares, Greicy Kelly Franco²

Toledo, Luana Vieira³

Introdução: Sepses, sepse grave e choque séptico representam estágios progressivos da mesma doença que tem como característica inicial a presença de um agente infeccioso, e em alguns casos pode ter início após uma cirurgia, trauma ou queimadura.¹ A sepse está presente quando temos suspeita ou confirmação da Síndrome da Resposta Inflamatória Sistêmica (SIRS).¹ Já a sepse grave ocorre em um quadro confirmado de sepse associado a falência de múltiplos órgãos, hipotensão e hipoperfusão tecidual.^{1,2} O choque séptico representa uma taxa de mortalidade de 40 a 70%.^{2,3} e pode ser definido como um processo complexo e generalizado que envolve todos os sistemas orgânicos e apresenta uma hipotensão persistente que não melhora com a oferta de cuidados necessários.^{1,2} Dentre os fatores de risco para o desenvolvimento da sepse estão aqueles que se relacionam tanto com o hospedeiro quanto com o tratamento.^{2,3} Em relação aos fatores do hospedeiro destacam-se os extremos de idade, a presença de desnutrição, o estado de debilitação generalizada, de debilitação crônica, o abuso de drogas ou de álcool e a falência de múltiplos órgãos.² No que se refere aos fatores relacionados ao tratamento, pode-se observar relação entre o uso de cateteres invasivos, os procedimentos cirúrgicos, as feridas traumáticas ou térmicas, os procedimentos diagnósticos invasivos e até mesmo alguns medicamentos.² Cerca de 1 em 4 pacientes na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) com sepse tem um agravamento para a sepse grave ou choque séptico, aumentando-se o risco dessa evolução nos primeiros 10 dias de diagnósticos.^{2,3} Por se tratar da principal causa de mortes em UTI's, foi estabelecida uma linha de tratamento para a patologia, sendo realizadas ações imediatas a fim de minimizar os riscos desse quadro clínico. Suporte hemodinâmico adequado, início precoce da antibioticoterapia e prevenção da disfunção de múltiplos órgãos compõem as intervenções que devem ser realizadas de

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais
E-mail: ludmyla.cupertino@ufv.br

² Acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

forma sistemática nos pacientes com sepse.² **Objetivo:** Buscar na literatura artigos que abordem a assistência de enfermagem aos clientes com sepse. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão de literatura, realizada a partir do banco de dados disponível na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando-se os termos “enfermagem” and “sepse” contidos no título, resumo ou assunto. Os critérios de inclusão utilizados foram: artigos publicados nos últimos 10 anos, disponíveis na íntegra e escritos no idioma português. Foram encontrados seis artigos distintos, dos quais apenas três apresentavam relação com o objetivo do estudo e, portanto, foram selecionados. **Resultados:** O estudo realizado em Ribeirão Preto aborda a deficiência de conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre a sepse, o que reflete diretamente no desempenho da atividade profissional.¹ Outro estudo realizado no interior do Vale do Paraíba relata que apesar da atuação de enfermagem ser satisfatória no atendimento à sepse, há um déficit no conhecimento sobre o assunto, confirmando a deficiência encontrada no estudo realizado com os estudantes.² A pesquisa realizada no Hospital Universitário Antônio Pedro, em Niterói-RJ, retrata a importância do enfermeiro neonatologista no reconhecimento dos sinais de sepse em recém-nascido, os quais são considerados como mais susceptíveis, por estarem no extremo inferior da idade.⁴ Todos os estudos analisados convergem em uma deficiência por parte da enfermagem em reconhecer os sinais e sintomas da sepse, o que acaba levando a uma demora na identificação da sepse e início tardio do tratamento. **Discussão:** Nota-se que há deficiência do conhecimento dos profissionais e acadêmicos de enfermagem, sobre sepse, sepse grave e choque séptico. Esse desconhecimento vem desde a própria conceituação até os critérios de diagnóstico, o que pode estar associado à maior ocorrência de falhas na prestação de cuidados.^{1,2} A compreensão insatisfatória dessa temática pelos estudantes de enfermagem pode estar diretamente relacionada com o ensino deficitário desse tema no curso de graduação.^{1,2} A falta de domínio pelos profissionais enfermeiros está diretamente ligada ao tempo de formação e de atuação.^{1,2} O enfermeiro e sua equipe, por passar mais tempo com o cliente, podem detectar mais rapidamente alterações clínicas compatíveis com o surgimento da sepse, desde que conheçam os parâmetros e os fatores que devem ser monitorados, propondo rapidamente a intervenção necessária, minimizando assim a incidência elevada de mortalidade por evolução de um quadro inicial de sepse.⁴ **Conclusão:** A sepse é tida como um agravo alarmante em saúde, sendo a assistência de enfermagem extremamente importante desde a prevenção, atuando nos fatores de risco modificáveis até o diagnóstico e tratamento. Porém, observa-se que muitos profissionais de enfermagem desconhecem a patologia e por esse motivo não conseguem intervir, o que acaba prejudicando o quadro clínico dos clientes. Nesse sentido, ações que busquem disseminar o conhecimento sobre a

sepse e suas complicações devem ser incentivadas no meio acadêmico e profissional, pois só com base em conhecimento científico será possível a reversão dos índices elevados de mortalidade.

Descritores: Enfermagem; Sepsis; Cuidados de Enfermagem.

Referências:

1. Santos JF, Alves AP, Stabile AM. Avaliação do conhecimento dos estudantes de enfermagem sobre sepsis. Revista Eletrônica de Enfermagem [internet]. 2012 out; 14(4): 850-6.
2. Peninck PP, Machado RC. Aplicação do algoritmo da sepsis por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. Rev Rene. 2012; 13(1):187-99.
3. Morton PG, Fontaine DK. Cuidados críticos de Enfermagem-Uma abordagem holística. 9ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
4. Meireles LA *et al.* Avaliação do diagnóstico da sepsis neonatal: uso de parâmetros laboratoriais e clínicos como fatores diagnósticos. Rev Esc Enferm USP. 2010; 33-39.

REVISÃO DE LITERATURA: MOTIVOS PARA O DESMAME PRECOCE

Inácio, Sarah do Carmo¹

Vieira, Jéssica Caroline Louzada¹

Souza, Silas Teixeira de¹

Araújo, Luanna Sarandy Souza¹

Rodrigues, Raíssa Teixeira¹

Zinato, Sarah Semíramis do Amaral¹

Ayres, Lilian Fernandes Arial²

Prado, Mara Rúbia Maciel Cardoso do³

Introdução: Atualmente o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é preconizado pela Política Nacional de Atenção à Saúde da Criança (PNAISC) a qual foi instituída pela Portaria nº1.130, de 5 de agosto de 2015.⁵ A mesma realiza ações estratégicas com o intuito de promover uma melhor qualidade de vida atendendo todas as necessidades e os direitos da criança.⁵ As estratégias desenvolvidas pelo Ministério da Saúde são divulgadas pela mídia e colocadas em prática por profissionais de saúde com os objetivos de recomendar, estimular e orientar o Aleitamento Materno (AM) evidenciando os benefícios para a mãe e filho. No momento atual, tem-se observado uma redução na taxa de AME, o que se deve à inserção de qualquer líquido ou alimento sólido, além de leite materno anteriormente ao sexto mês de vida da criança, apresentando como desfecho o completo abandono da amamentação; caracterizando assim o Desmame Precoce.³ Com base nisso, a enfermagem exerce importante função na atenção a saúde da criança ao realizar consultas de enfermagem com o objetivo de orientar e incentivar o AME e acompanhar o desenvolvimento e crescimento da criança nas consultas de puericultura. **Objetivo:** Revisar a literatura para avaliar os principais motivos que levam as mães a implementar o desmame precoce no período de nascimento da criança até os seis meses da mesma. **Metodologia:** Revisão da literatura realizada com base em artigos científicos do banco de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) utilizando como descritor “desmame precoce”. Foram localizados 9.947 artigos científicos e após realizar filtragem utilizando “Bases de dados nacionais” e “Ano de publicação: 2010 a 2015” foram localizados 23 artigos, dos quais foram selecionados 4 artigos que demonstravam mais afinidade com o tema. **Resultados:** Após revisar os artigos, foi

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, MG. sarah.inacio@ufv.br

² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

possível observar que o AME tem diminuído consideravelmente. Em um dos estudos foi analisado a prática de aleitamento materno e os fatores associados ao desmame precoce, inicialmente em gestantes em consultas de pré-natal e posteriormente em visitas domiciliares para as mães e bebês por até completarem o sexto mês da criança.¹ Em uma amostra formada por 87 pares de mães e bebês, 40 mães realizaram o processo de desmame precoce e os principais motivos foram: falta de leite (27,1%); não aceitação da criança (21,6%); trabalho da mãe (18,9%); leite não sustentava a criança (16,2%); doença da mãe ou da criança (8,1%) e outros (8,1%).¹ Considerando todas as mães, 20,2% apresentaram dificuldades ao amamentar pela falta de conhecimento sobre como amamentar no peito.¹ Alguns problemas relacionados às dificuldades foram: ferimento mamilar; peito empedrado; falta de leite e outros.¹ Também foi citado no estudo o uso de álcool e tabagismo.¹ Em outro estudo os principais motivos de desmame relatados pelas participantes foram: o bebê não sugava ou não pegava o peito, problemas no bico do seio como rachaduras, sangramentos, mamas invertidas e falta de bico; dificuldades de amamentar e falta de leite ou leite secou.² Giuliani e outros (2012), apresentam em seu artigo vários motivos do desmame relatados pelas mães, entre eles os mais prevalentes foram: a mãe acreditava ter pouco leite; o bebê tinha sede, precisava dar outros líquidos; para acalmar o choro dava outros alimentos; cólica, dor de barriga ou prisão de ventre do bebê; baixo peso da criança; volta ao trabalho da mãe; o leite secou; entre outros. Em dos estudos analisados, três gestantes foram acompanhadas até o período de puerpério, em que foi levantada a questão familiar, um fator que pode interferir favoravelmente no aleitamento materno, mas que também pode possuir algumas desvantagens.⁴ Duas mães relataram a falta de envolvimento do marido durante a amamentação e apenas uma relatou ter tido apoio do mesmo.⁴ Susin e Kummer (2005) citado por Diehi, Polgati e outros (2011) mencionaram a influência dos avós sobre a amamentação, já que os mesmos podem contribuir de forma positiva, se tonando grandes aliados através do apoio ao aleitamento, ou negativamente, quando orientam o uso de fórmulas infantis, água, chá, entre outros, favorecendo o abandono a amamentação. **Discussão:** Atualmente é notório que o aleitamento materno deve ser exclusivo até os 6 meses da criança e após os seis meses é necessário inserir alimentação complementar, mantendo o AM até os 2 anos de idade da criança. O AME é benéfico para a criança, pois contempla suas demandas nutricionais, imunológicas e emocionais² além de diminuir as chances de morbimortalidade infantil. Como vantagens para a mãe, o AME auxilia na perda de peso ganho durante a gestação, atua na involução uterina e reduz as chances de câncer de mama e ovário.² Frente aos resultados apresentados anteriormente foi possível observar que os motivos do desmame precoce são semelhantes entre os estudos, e até mesmo iguais. O motivo de:

falta de leite ou ter pouco leite foi predominante entre as mães, porém, estudos afirmam que a produção insuficiente de leite, não ultrapassam 1,5% da população.¹ Os artigos apresentam que a maioria das mães recebem orientações da equipe de saúde sobre o aleitamento, mas poucas realizam a técnica corretamente e no devido tempo. **Conclusão:** De modo geral, observou-se um decréscimo do AME desde o primeiro mês de vida até o sexto, sendo que ao sexto mês nenhuma criança recebe AME.¹ Dessa forma, os profissionais de saúde exercem importante função, ao orientar a gestante e lactante, sobre como; quando e o porque de realizar o AM e além de orientar é preciso incentivar e acompanhar a mesma, incluindo a família (pois a mesma pode interferir nas orientações), esclarecendo todas as dúvidas, com o intuito de proporcionar um desenvolvimento e crescimento adequado para a criança.

Descritores: Desmame Precoce; Saúde da Criança; Enfermagem.

Referências:

1. Rocha NB et al. Estudo Longitudinal sobre a Prática de Aleitamento Materno e Fatores Associados ao Desmame Precoce. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. João Pessoa. 2013; 13(4):337-42.
2. Moimaz SAS et al. Desmame Precoce: Falta de Conhecimento ou de Acompanhamento? Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2013; 13(1):53-59.
3. Giuliani NR et al. O Início do Desmame Precoce: Motivos das Mães Assistidas por Serviços de Puericultura de Florianópolis/SC para esta Prática. Pesquisa Brasileira em Odontopediatria e Clínica Integrada. 2012; 12(1):53-58.
4. Diehi JP et al. Fatores emocionais ao aleitamento materno exclusivo e sua interrupção precoce: um estudo qualitativo. Aletheia n.34 Canoas abr. 2011
5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de Agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2015.

A RELAÇÃO DA DEFICIÊNCIA DE VITAMINA D E AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Assunção, Lorrane Stéfany Ribeiro¹

Prado, Mara Rubia Marciel Cardoso do²

Luiz, Franciane Silva³

Boro, Fernanda Barbieri³

Prado Junior, Pedro Paulo⁴

Viana, Mara Cristina Barcelos³

Viana, Karine Afonso³

Cupertino, Giovane Lelis³

Introdução: A prevalência de deficiência de vitamina D (DVD) é alta, tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento, podendo chegar a 90% dependendo da sociedade. No Brasil, pode-se observar esse tipo de deficiência em várias regiões do país e em faixas etárias diversificadas². Os principais fatores de risco para a Hipovitaminose D são a idade elevada, mulheres menopausadas, raça negra, uso de protetor solar, localização geográfica, exposição ao sol, gestação^{4,3}, além dos hábitos de vida, pois a baixa ingestão de alimentos fonte de Vitamina D (VD), a falta de exposição solar diária e a não suplementação também contribuem para a DVD². A VD, apesar de assim denominada, trata-se de um pré-hormônio que atua na homeostase do cálcio e no metabolismo ósseo⁴. Sua principal função é a otimização da absorção intestinal de cálcio e fósforo, mantendo assim diversas funções metabólicas, regularização da transcrição e mineralização dos ossos^{1,2}. As concentrações ideais de VD no metabolismo sempre estiveram associadas às doenças esqueléticas como o raquitismo infantil. Atualmente diversos estudos mostram associação da DVD com inúmeras doenças¹. Destaca-se que os baixos níveis de VD estão diretamente relacionados a doenças do sistema respiratório, como a asma, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e câncer de pulmão^{3,4}. Não se pode ignorar o fato de que as doenças respiratórias estão entre as mais prevalentes na infância, juntamente com a malária, sarampo, diarreia e desnutrição⁵. Diante desse contexto, torna-se relevante que os profissionais de saúde que realizam a puericultura, dentre eles o enfermeiro conheça

¹ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. E-mail: lorrane.assuncao@ufv.br

² Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Doutora em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa.

³ Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeiro. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Doutor em Ciência da Nutrição pela Universidade Federal de Viçosa.

os meios de obtenção de níveis adequados de VD, principalmente em crianças que apresentem algum fator de risco de ter Hipovitaminose D, realizando assim a prevenção de sua deficiência ou realizando o tratamento quando necessário. **Objetivo:** conhecer a relação da deficiência de vitamina D e as doenças respiratórias. **Metodologia:** Trata-se de revisão de literatura, na qual a seleção dos materiais bibliográficos utilizados baseou-se nas convergências do tema com os estudos. Nessa ótica, enquadraram-se três documentos nacionais, sendo dois artigos, e uma tese, além de dois artigos internacionais. Dos artigos, um deles traz as recomendações da sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia para o diagnóstico e tratamento da Hipovitaminose D. O outro artigo traz a VD e asma brônquica. Os artigos internacionais tratam da perspectiva global e a VD; e sobre o cálcio e VD: saúde do esqueleto e exoesqueleto. E por fim a tese que contextualiza a suficiência e Hipovitaminose D no mesmo público-alvo. **Resultados e Discussão:** As doenças respiratórias estão entre as patologias mais incidentes na infância. Atualmente os tratamentos propostos são em sua maioria medicamentosos, não havendo uma proposta de prevenção da mesma. Já se sabe que a DVD na infância tem sido associada ao aumento do risco de infecções do trato respiratório inferior, enquanto os baixos níveis plasmáticos de VD no sangue do cordão foram associados ao aumento do risco de infecções respiratórias agudas e chiado na infância⁵. Sendo assim níveis adequados de VD durante a gestação e a infância diminuem a prevalência de doenças respiratórias, podendo desta forma realizar profilaxia na dosagem adequada de VD como um modo de evitar tais patologias. NA maioria dos indivíduos, a síntese cutânea é a principal fonte de VD, O restante é obtido pela alimentação e pelo uso de suplementos⁵. Estudos sugerem que a suplementação de VD a pessoas acometidas por asma, com DVD, possa levar a redução do desenvolvimento da patologia, diminuição dos riscos e consequências da doença, além de melhorar a resposta aos corticosteroides⁴. Observa-se também que em crianças asmáticas há uma relação inversamente significativa entre os níveis de VD e os níveis plasmáticos de imunoglobulina E. No tratamento infantil com uso de corticoides inalatórios e orais são percebidas baixas concentrações de vitamina D, sendo avaliado também que as concentrações de corticoides inalatórios é inversamente proporcional aos níveis de vitamina D⁵. Estudos atuais já mostram que a ação anti-inflamatória da VD explica a sua associação a prevenção e o tratamento da asma e das reações alérgicas. Além disso, ela foi considerada uma ótima adição aos tratamentos com base em esteroides para os asmáticos que não respondem bem aos inaladores de esteroides tradicionais, ou a comprimidos⁵. Chegou-se a essas conclusões, pois estudos mostram que testes realizados em ratos possui uma relação direta da asma e do receptor de vitamina D (VDR), já que os animais que não possuíam o receptor em suas células não

desenvolveram a patologia. Algumas análises realizadas em tecidos humanos verificam a existência de VDR nas células do músculo liso brônquico e que a expressão de vários genes é regulada nestas células após estimulação da VD, inclusive genes implicados na predisposição para o desenvolvimento da asma. O VDR, quando associado a asma, também está relacionado a contração do músculo liso, inflamação, regulação de corticosteroides e prostaglandinas⁴. **Conclusão:** As doenças respiratórias são frequentes na infância, deste modo é essencial que orientações com relação à exposição solar adequada, suplementação de VD e principalmente a dosagem dessa vitamina seja implementada a rotina dos cuidados prestados as crianças, pois a relação de níveis inadequados de VD está diretamente relacionada ao desenvolvimento e agravamento de doenças respiratórias como a asma e a DPOC. Deste modo, é possível perceber que ações que reduzam a hipovitaminose D são de suma importância para a melhoria da saúde de pessoas que possuam alguma deficiência respiratória.

Descritores: Vitamina D; Doenças Respiratórias; Pré Escolares; Deficiência de Vitamina D.

Referências:

1. Maeda SS, Borba VZC, Camargo MBR et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da Hipovitaminose D. *Arq Bras Endocrinol Metab.* 2014; 58 (5): 411-433.
2. Nezhad AH, Holick MF. Vitamina D para a Saúde: Uma Perspectiva Global. *MayoClin Proc.* 2013; 88 (7): 720-755.
3. Khazai N, Judd SE, Tangpricha V. Cálcio e Vitamina D: Saúde do esqueleto e exoesqueleto. *Curr Rheumatol Rep.* 2008; 10 (2): 110-117.
4. Ribeiro C, Tavares B, Luís As. Vitamina D e asma brônquica. *Revista Port. Imunoalergologia.* 2013; 21(2): 81-89.
5. Prado, MRMC. Fatores associados aos níveis de vitamina D do binômio mãe-filho ao nascimento e aos seis meses de vida. Viçosa/MG. Tese [Doutorado em Ciência da Nutrição]. Universidade Federal de Viçosa; 2015.

CONHECIMENTO E PRÁTICAS DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM ACERCA DA HIPOTERMIA EM PACIENTES NO INTRAOPERATÓRIO

Ribeiro, Luciane¹

Ferreira, Bianca Maira Silva²

Ferreira, Núbia da Conceição Santos²

Mendonça, Erica Toledo de³

Salgado, Patrícia de Oliveira⁴

Introdução: A temperatura corporal central é um dos parâmetros fisiológicos mais rigorosamente controlados pelo organismo. A hipotermia não intencional é definida como temperatura sanguínea central inferior a 36 °C. Nessa situação, o corpo se torna incapaz de gerar calor suficiente para manter suas funções vitais¹. No contexto da assistência cirúrgica, a hipotermia não intencional é vista como uma consequência comum do procedimento anestésico-cirúrgico uma vez que o paciente perde a capacidade de regular a temperatura corporal em virtude da desordem do sistema termorregulador induzida por fármacos anestésicos². Outros fatores encontram-se associados ao surgimento dessa alteração, tais como: exposição do paciente ao ambiente frio da sala de cirurgia, exposição de cavidades e uso de soluções antissépticas e infusões parenterais frias³. A hipotermia está diretamente relacionada a complicações pós-operatórias como diminuição do fluxo sanguíneo em todos os sistemas, arritmias cardíacas, aumento da demanda tissular de oxigênio, diminuição do metabolismo, prejuízo da função plaquetária, aumento da suscetibilidade à infecção de ferida cirúrgica entre outros⁴. Considerando o impacto causado pela hipotermia na recuperação pós-operatória e a escassez na literatura referente a essa temática, avaliou-se como importante identificar o conhecimento dos técnicos de enfermagem (TE) que atuam no centro cirúrgico (CC) sobre essa condição, bem como as práticas adotadas para a sua prevenção. Como esses profissionais assumem a função de circulante da sala de cirurgia, são também responsáveis pela monitoração do paciente, pelo controle da temperatura ambiental e pela instalação de medidas para prevenção da hipotermia, juntamente com a equipe cirúrgica. **Objetivo:** compreender o conhecimento dos técnicos de enfermagem acerca da hipotermia e suas formas de

¹ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva pela UFJF. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa.

² Graduandas do Curso de Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa. nubia.ferreira@ufv.br

³ Enfermeira. Doutora em Ciências da Nutrição pela UFV. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela UFMG. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa.

prevenção durante o período intraoperatório. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa realizada no CC de um hospital filantrópico de médio porte do município de Viçosa, Minas Gerais. Os participantes do estudo foram os TE que atuam como circulantes de sala no CC. A coleta de dados foi realizada no mês de outubro de 2015, por meio de um roteiro de entrevista contendo as seguintes perguntas: O que você sabe sobre a hipotermia? Quais são as complicações da hipotermia para a recuperação do paciente cirúrgico? O que você acha importante fazer para evitar a hipotermia no paciente durante e após a cirurgia? As entrevistas foram gravadas mediante autorização e posteriormente transcritas na íntegra. Para analisar as falas obtidas, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Viçosa (CAAE 32801614.7.0000.5153). Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme determinado pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. **Resultados:** Participaram do estudo 10 TE. Entre eles, sete eram do sexo feminino e três do sexo masculino. Em relação à idade, cinco TE tinham entre 20 e 25 anos, três entre 26 e 30 anos, e dois entre 31 e 45 anos, sendo a média de idade 28,5 anos. O tempo de atuação no setor variou entre um dia e 19 anos, sendo a média de tempo de atuação de quatro meses e nove dias. Após análise dos depoimentos dos participantes, emergiram três categorias: conceito de hipotermia; complicações relacionadas à hipotermia e práticas relacionadas à prevenção da hipotermia. **Discussão:** Os depoimentos dos participantes apontaram para dois conceitos de hipotermia: um adequado em relação à definição encontrada na literatura, e outro inadequado. Alguns TE definiram essa condição como a baixa temperatura corporal enquanto outros relataram que a hipotermia poderia ser definida como uma pressão arterial baixa. Considerando o tempo de atuação no CC dos TE participantes do estudo, verificou-se que a experiência profissional no setor não influenciou na aquisição de conhecimento sobre a hipotermia, já que profissionais que atuam nesse cenário há mais de 10 anos também não souberam definir adequadamente essa condição. É importante destacar que a informação inadequada sobre a hipotermia repercutirá na sua prevenção e no impacto que essa condição poderá produzir na recuperação do paciente cirúrgico. Em relação às complicações associadas à hipotermia emergiu das falas uma clara dificuldade de diferenciar os sinais e sintomas da hipotermia de suas complicações. Quando interrogados sobre as complicações relacionadas à hipotermia, a maioria dos entrevistados não soube relatar quais seriam. Quando responderam se referiram aos sinais e sintomas que podem ser encontrados em pacientes hipotérmicos, sem demonstrar segurança em relação aos seus depoimentos. Além disso, alguns entrevistados apontaram o “choque térmico” como a

principal complicação associada à hipotermia, demonstrando novamente, que possuem conhecimentos inadequados sobre o assunto. Ao serem questionados sobre as formas de prevenção da hipotermia, os entrevistados pontuaram medidas como: a infusão venosa de solução aquecida, desligar o ar condicionado da sala operatória durante a cirurgia, aquecer o paciente com o cobertor após o procedimento cirúrgico, utilizar colchão térmico, administrar medicamentos segundo orientação do médico e ficar atento aos sinais vitais. A partir dos relatos, constatou-se que os profissionais conhecem algumas formas cientificamente conhecidas para prevenir a hipotermia, mas não conseguem fundamentar sua prática. Diversos autores pontuam que a prevenção da hipotermia se inicia na sala de cirurgia, pois o paciente submetido ao ato anestésico não é capaz de produzir calor, ficando dependente da temperatura ambiente⁵. Dessa forma, ao desligar o ar condicionado ou até mesmo ao aumentar a temperatura do ambiente é possível prevenir a hipotermia. O reaquecimento ativo que inclui a infusão de fluidos intravenosos aquecidos e o uso de manta térmica com ar aquecido também se tornam métodos de prevenção⁵. **Conclusão:** Os achados do estudo sinalizam que os TE trazem diferentes concepções em relação à definição de hipotermia. Apesar de alguns desses profissionais corroborarem que se trata de uma diminuição da temperatura corporal, ao se remeterem às suas práticas, não souberam citar o parâmetro de temperatura indicado para se classificar um paciente como hipotérmico. Infere-se que um profissional que não sabe definir o que seja hipotermia, possivelmente não saberá a importância de preveni-la, bem como as estratégias que podem ser utilizadas para evitar sua ocorrência que é tão nociva para a recuperação do paciente cirúrgico.

Descritores: Hipotermia; Enfermagem; Enfermagem de Centro Cirúrgico.

Referências:

1. Biazotto CB, Brudniewski M, Schmidt AP, Júnior JOCA. Hipotermia no período perioperatório. Rev Bras Anestesiologia. 2006; 56(1): 89-106.
2. Castro FSF, Peniche ACG, Mendoza IYQ, Couto AT. Temperatura corporal, índice Aldrete e Kroulik e alta do paciente da Unidade de Recuperação Pós-Anestésica. Rev. esc. enferm. USP. 2012; 46(4):872-76.
3. Poveda VB, Galvão CM, Santos CB. Fatores relacionados ao desenvolvimento de hipotermia no período intra-operatório. Rev Latino-am Enfermagem. 2009; 17(2).
4. Tramontini CC, Graziano KU. Controle da hipotermia de pacientes cirúrgicos idosos no intraoperatório: avaliação de duas intervenções de enfermagem. Rev Latino-am Enfermagem. 2007; 15(4).
5. Mattia AL, Barbosa MH, Rocha ADM, Farias HL, Santos CAS, Santos DM. Hipotermia em pacientes no período perioperatório. Revista Escola de Enfermagem Usp. 2012; 46(1): 60-6.

A IMPORTÂNCIA DO MÉTODO ANTROPOMÉTRICO ADEQUADO NA AVALIAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS DURANTE A CONSULTA DE ENFERMAGEM

Melo, Yanna Celidonio Daflon de¹

Prado, Mara Rúbia Maciel Cardoso do²

Santos, Willians Guilherme dos¹

Araújo, Luanna Sarandy Souza¹

Amâncio, Franciele Carolina¹

Castro, Nathalia Costa ¹

Ferreira, Marina Talma Torres Santos¹

Tavares, Greicy Kelly Franco¹

Introdução: O método antropométrico permite a avaliação do peso, da estatura e de outras medidas do corpo humano, representando um importante recurso para a avaliação do estado nutricional e ainda oferece dados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças.¹ Pesar e medir são atividades de rotina nos serviços de saúde, e por serem atividades relativamente simples, a maioria das pessoas julgam-se aptas a realizá-las. No entanto, erros nos procedimentos, na leitura ou na anotação da medida são frequentes. Estas situações podem ser evitadas com treinamento das equipes, revisão constante dos conceitos e procedimentos e uma manutenção frequente dos equipamentos. Antropometrista é a denominação para o profissional capacitado para a coleta de medidas antropométricas, aos quais devem ter alto senso de responsabilidade, concentração e atenção durante a realização do procedimento.¹ A avaliação nutricional faz parte das rotinas das equipes de saúde da família, especificamente das consultas de enfermagem, cujo objetivo é verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade. Como membro da equipe multiprofissional, o enfermeiro deve atuar na prevenção, detecção e tratamento da desnutrição, sobrepeso e obesidade conforme a legislação vigente, sobretudo a Portaria 272 e a Resolução 63 do Ministério da Saúde.³ É de fundamental importância a padronização da avaliação a ser utilizada para cada faixa etária, uniformizando assim os critérios empregados pela equipe de saúde.² No entanto, ainda existem dúvidas sobre qual a extensão e profundidade da avaliação nutricional de enfermagem. Nem sempre há consenso sobre seus componentes, nem sobre quais dados são importantes e de quais instrumentos propedêuticos o enfermeiro deve usar para uma avaliação nutricional geradora de dados relevantes para o cuidado de

¹ Discente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa yanna.melo@ufv.br

² Enfermeira. Doutora em Ciência da Nutrição. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

enfermagem. **Objetivo:** Analisar a produção científica de enfermagem no que diz respeito à atuação do enfermeiro na saúde da criança com ênfase na avaliação nutricional, com vistas a estabelecer um panorama atual acerca da temática em discussão, bem como trazer subsídios em relação as técnicas de mensuração antropométrica em crianças menores de dois anos de idade. **Metodologia:** Trata-se de estudo de revisão bibliográfica. Inicialmente, foram adotados como fontes os artigos nacionais procurados na BDENF (Base de Dados de Enfermagem), documentos do Ministério da Saúde mais atualizados e o Livro de Enfermagem Pediátrica. Para este fim, localizaram-se os descritores como indexadores da busca: avaliação nutricional, antropometria, crescimento e criança, os quais foram submetidos a cruzamentos entre si na tentativa de se encontrar a produção científica correspondente. Critérios de inclusão dos documentos: temas relacionados à saúde da criança com ênfase na avaliação nutricional, a inserção do enfermeiro como autor publicados no período de 2010 a 2016. A caracterização dos documentos foi feita mediante sua leitura na íntegra, buscando na sua totalidade os descritores. Foram selecionados os documentos que possuíam afinidades com tema proposto. **Resultados e Discussão:** Utilizam-se técnicas antropométricas para a avaliação do correto desenvolvimento infantil por se tratarem de procedimentos universais, não invasivos e aplicáveis com boa aceitação. A realização do passo a passo das técnicas corretas garante confiabilidade aos resultados obtidos, e por isso se faz necessária a paridade entre as descrições das técnicas nas literaturas selecionadas para esse estudo. De acordo com as referências, o comprimento infantil é medido utilizando um antropômetro de madeira infantil da planta dos pés ao topo da cabeça. A criança deve estar deitada em decúbito dorsal com o corpo reto tendo a cabeça apoiada contra o equipamento, pescoço reto, no plano de Frankfurt (Linha imaginária que passa, lateralmente, do corno superior do maxilar e na borda do malar e, frontalmente, nos ângulos inferiores do orbital), braços estendidos ao longo do corpo, nádegas e calcanhares em total contato com a superfície de apoio, mantendo os joelhos atentamente para baixo, de forma que fiquem estendidos, os pés juntos e retos. Com a criança posicionada corretamente, levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés e assim fazer a leitura do comprimento seguro de que a criança permaneça imóvel. Caso não possua o equipamento adequado pode-se utilizar uma superfície coberta com papel, colocando a criança reta e marcando os pontos do alto da cabeça até os calcanhares e assim medindo entre os dois pontos. Não fazer tais medições com sapatos, toucas ou qualquer outra coisa que possa interferir. A obtenção do peso é realizada utilizando-se a balança pediátrica, uma vez que não ficam de pé. A balança deverá estar sobre uma superfície lisa e então os respectivos procedimentos serão: destravar a balança; calibrá-la corretamente (alinhando a agulha

do braço e o fiel); após isso travá-la; despir a criança; colocá-la no meio do prato para distribuir seu peso de maneira equivalente (a mãe não poder tocar no bebê nem na balança); para marcar o peso, o cursor maior deve ser movimentado sobre a escala numérica; nesse momento a agulha do braço e o fiel devem estar nivelados novamente; para assegurar a medida exata do peso o equipamento deverá ser travado; para visualizar o resultados os olhos deverão estar ao mesmo nível da balança e então a leitura será feita. Já para avaliação do perímetro cefálico, a técnica consiste colocar uma fita inelástica ao redor do osso frontal sobre o sulco supra orbital, passando ao redor da cabeça, colocando-a sobre a proeminência occipital máxima, tomando cuidado em passar a fita acima do pavilhão auricular. No que se refere à técnica da mensuração do perímetro torácico, é consenso na literatura que a técnica correta consiste em passar a fita métrica inelástica em torno do tórax sobre os mamilos, realizando a leitura na região intermamilar. **Conclusão:** em suma, a maioria das descrições das técnicas antropométricas estão análogas, com ressalva para a medição do perímetro cefálico, onde Wong acrescenta que como o formato da cabeça pode influenciar a localização da circunferência máxima, podem ser necessárias mais medidas em pontos acima das sobrancelhas para obter a medida mais acurada. Ademais, observou-se que dentro da área de Enfermagem há poucas publicações de cunho tecnicistas, onde explicitem detalhadamente como são realizadas as medidas antropométricas. Das referências selecionadas, apenas o Livro de Enfermagem Pediátrica apresenta a forma de realização das medidas. Outras se restringem avaliá-las e relatar sua importância para acompanhar o desenvolvimento da criança na forma, apenas, de citação como parte do exame físico geral. Se faz necessário uma padronização nacional do método antropométrico para se avaliar com mais acurácia o padrão de crescimento da criança.

Descritores: Antropometria; Puericultura; Enfermagem Pediátrica.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Saúde. Orientações para coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
2. Monteiro FPM, et al. Enfermagem na saúde da criança: estudo bibliográfico acerca da avaliação nutricional. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2010 abr./jun; 14 (2):406-11.
3. Brasil. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução nº 277/2003. Dispõe sobre o regulamento da terapia nutricional; 2003.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
5. Whaley IF, Wong DL. Enfermagem pediátrica: elementos à intervenção efetiva. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 2012.

ATIVIDADES REALIZADAS POR ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DA ZONA DA MATA MINEIRA

Machado, Amanda Aparecida Correa Martins¹

Correia, Marisa Dibbern Lopes²

Braga, Luciene Muniz³

Brombine, Nathália Lorena Martins⁴

Souza, Ramon Augusto Ferreira⁵

Introdução: A Enfermagem é um trabalho cujo foco da atenção é o ser humano com suas necessidades materiais e não materiais. A função precípua do enfermeiro é o cuidado de enfermagem, na qual o objetivo centra-se na promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde¹. Dentro dessa concepção, o papel do enfermeiro é preconizado em quatro áreas: administrativa, assistencial, ensino e pesquisa. Na área administrativa, o enfermeiro realiza o planejamento, a organização, a direção e o controle das atividades desenvolvidas em uma unidade². Diante disso, surge o seguinte questionamento: Quais são as atividades que os enfermeiros estão executando? **Objetivo:** Identificar e analisar as atividades desempenhadas pelos enfermeiros de um hospital geral de ensino, de médio porte da Zona da Mata Mineira. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo do tipo exploratório e descritivo, realizado em um hospital geral, de médio porte e de ensino da Zona da Mata Mineira, entre os meses de março a junho de 2014. Foram convidados a participarem da pesquisa enfermeiros assistenciais. A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa sob número 161/2011. Cada sujeito assentiu com sua participação pelo termo de consentimento livre e esclarecido. Os dados obtidos, através de um questionário semiestruturado foram codificados em tabelas demonstrativas, conforme categorias. **Resultados:** Participaram da investigação 12 enfermeiros. A idade média dos entrevistados foi de 30 anos, sendo 91,6% do sexo feminino e com tempo de formação entre quatro meses a oito anos. **Discussão:** Dentre as atividades assistenciais realizadas diariamente pelos enfermeiros estão os procedimentos técnicos como a realização de curativos e a administração de medicamentos e as atividades nunca realizadas foram diagnósticos, intervenções e

¹Enfermeira do Serviço de Hemodiálise do Hospital São João Batista em Viçosa- MG. Email: amandaacmm@gmail.com

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professor Assistente II da Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Professor Assistente da Universidade Federal de Viçosa.

⁴ Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital São João Batista em Viçosa- MG.

⁵ Enfermeiro. Residente em Saúde Mental da Universidade Federal de Juiz de Fora.

resultados de enfermagem. Instituições hospitalares, tende-se a valorizar mais o tecnicismo durante a assistência. Quando a enfermagem incorpora este modelo de cuidado, sua assistência se torna deficiente e ineficiente diante das necessidades individuais de cada paciente¹. Verificou-se que os enfermeiros realizam diversas atividades administrativas burocráticas e de gerenciamento de recursos humanos em que a maioria destas visa à melhoria do trabalho da equipe de enfermagem e manutenção da assistência. Esta afirmativa vem de encontro com estudos recentes que apontam a necessidade das atividades administrativas para que se possa obter uma assistência adequada³. Em relação às atividades educativas, relataram somente duas atividades, as quais 92% se dedicavam diariamente a orientações para pacientes e familiares e 50% se dedicavam mensalmente a treinamento com a equipe de enfermagem. Ao relacionar essa concepção de educação com a profissão de enfermagem, compreende-se que, somente a educação realizada de forma contínua tanto com os pacientes, familiares e funcionários é capaz de motivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, buscando alternativas para minimizar as dificuldades existentes⁴. Na categoria denominada outras atividades, encontram-se as respostas que não se encaixaram nas demais categorias. Os entrevistados salientaram, predominantemente, atividades que poderiam ser realizadas por auxiliar administrativo ou secretária. Estudo aponta que os enfermeiros ao executarem atividades que poderiam ser delegadas à outras categorias acabam ficando mais distantes daquelas que são fundamentais ao seu trabalho⁵. **Conclusão:** A partir destes dados foi possível notar que o trabalho desenvolvido por estes profissionais ainda é pautado pelo tecnicismo, o que limita a expressão e participação de toda a equipe nos cuidados realizados, inibindo-a da capacidade reflexiva sobre sua forma de trabalhar e limitando seu poder de transformação sobre o contexto em que se encontra. Este estudo apresentou como limitações a recusa de alguns enfermeiros em responder o questionário, dificuldades em encontrar estudo que explicitassem melhor as atividades exclusivas do enfermeiro.

Descritores: Enfermagem; Gerenciamento em Enfermagem; Trabalho de Enfermagem.

Referências:

1. Vale EG, Pagliuca LMF. Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: ensino de graduação. Rev Bras Enferm. 2011; 64(1):106-13.
2. Jorge MC, Mônico TG, Mendes AMC. Qualidade no atendimento pelo enfermeiro no hospital-dia. Rev Inst Ciênc Saúde. 2008; 26(1):27-34.

3. Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto Contexto Enferm*. 2009;18(2):258-65.
4. Paschoal AS, Mantovani MF, Méier MJ. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):478-84.
5. Pimpão D, Filho WDL, Vaghetti HH, Lunardi VL. Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Enfermagem UERJ*. 2010;18(3):405-10.

MENÇÃO HONROSA

A EDUCAÇÃO PERMANENTE COM ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Macedo, Lucas Henrique da Silva¹

Reis, Andréia Alves²

Floresta, Ariana Colombari de Godoi²

Caetano, Maria Goreth Lourenço²

Cota, Marianna Karolina Pimenta²

Aleixo, Milleny Tosatti²

Amaral, Vanessa Souza²

Oliveira, Deíse Moura de³

Introdução: as mudanças ocorridas no cenário da saúde nas últimas décadas reiteram a necessidade de que haja o compromisso com a educação dos trabalhadores deste setor, de modo a atender às necessidades atuais do Sistema Único de Saúde. Nesta perspectiva inscreve-se a educação permanente em saúde, instituída enquanto política nacional que pretende alcançar as práticas e reorientá-las a partir da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta perspectiva, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) reforça a importância da participação dos membros da equipe deste cenário de atenção em atividades de educação permanente em saúde, considerada uma prática com potencial para promover o aperfeiçoamento e a qualificação da assistência à saúde¹. A educação permanente tem o cotidiano do trabalho como o local da aprendizagem, norteadora pela tríade ação-reflexão-ação. Propõe o repensar da própria prática, visando a transformação construída no coletivo de diferentes saberes e experiências. Com enfoque no perceber-pensar-agir a educação permanente reconfigura subjetividades, permitindo ao profissional ser o protagonista do seu modo de agir no contexto das práticas de saúde². **Objetivo:** relatar experiências de educação permanente com enfermeiros da APS e equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) de municípios da microrregião de Viçosa. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência inscrito no Projeto de Educação Permanente realizado com enfermeiros e equipes do NASF de municípios pertencentes à microrregião de Viçosa, inscrito no Programa Institucional de Bolsas de Extensão Universitária desde fevereiro de 2014. A experiência relatada se deu entre setembro e dezembro de 2015 e teve como tema norteador “O acolhimento no âmbito da APS”, o qual foi elencado pelos participantes como uma das

¹ Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Email: lhacedoenf@outlook.com

² Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

³ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

questões a serem trabalhadas no PEP no ano de 2015. Como estratégia metodológica utilizou-se a oficina educativa, realizada uma vez ao mês, por meio da qual os participantes foram conduzidos a refletir, dialogar e sistematizar suas concepções e práticas de acolhimento, bem como os desdobramentos dessa atividade no cotidiano da atenção básica. As quatro oficinas foram combinadas com atividades de dispersão, que se propunham a construção da práxis, culminando na interface teoria/prática em todos os encontros realizados.

Resultados e Discussão: as oficinas foram dotadas de muito enriquecimento para o grupo, tendo em vista a utilização de metodologias participativas, que situavam os participantes como protagonistas do processo de aprendizagem, mediado pela troca de experiências entre os mesmos. Ao serem provocados a debater sobre acolhimento os profissionais pontuaram aspectos potencializadores e desafiadores relacionados à implementação e execução do mesmo, tendo em vista que no grupo existiam profissionais que não o realizavam e outros que já o adotavam como ferramenta no processo de trabalho em saúde. Ressalta-se que os desafios e potencialidades discutidos pelos participantes para a realização do acolhimento concentraram-se nos seguintes eixos: postura profissional, processo de trabalho/trabalho em equipe e redes de atenção à saúde. Foi pontuado e retomado pelos participantes em todas as oficinas a importância da postura acolhedora do profissional, que envolve uma escuta qualificada e uma resposta positiva frente às necessidades de saúde do usuário/família/comunidade, sendo tal prática considerada pelos participantes um grande desafio e, em contrapartida, uma potência para o acolhimento, caso seja incorporada nos serviços. Tal compreensão é também reforçada no conhecimento científico produzido sobre a temática³. Outro eixo discutido transversalmente refere-se ao processo de trabalho, com ênfase para a relação da equipe com a proposta do acolhimento, considerado um dos maiores impasses para os participantes das oficinas. Foi trabalhado no grupo estratégias de tentar fortalecer o trabalho em equipe, partindo do pressuposto que o acolhimento deve se dar em primeira instância entre os profissionais de saúde, para que se desdobre em uma prática junto aos usuários. Foi ressaltado pelo grupo que a dificuldade mais evidenciada concentra-se no fato de, com o acolhimento, a equipe multiprofissional ter que rever e reorganizar o processo de trabalho, o que muitas não desejam, uma vez que se sentem confortáveis no lugar onde se encontram. Os participantes trouxeram que não raramente se veem desestimulados, pois entendem que sem a equipe não conseguiriam implantar o acolhimento conforme prescrito, o que de fato configura-se como um desafio posto no cotidiano das práticas de saúde⁴. Para além das questões anteriormente levantadas destaca-se a importância das redes de atenção à saúde para dar encaminhamento às demandas dos usuários e ao atendimento das necessidades de saúde dos mesmos⁵. Foi levantado pelos enfermeiros e equipes do NASF que muitas vezes se veem engessados frente aos usuários, em virtude de muitas questões apresentadas não serem passíveis de uma solução, haja vista transcenderem a

governabilidade profissional e do âmbito da APS. A última oficina do módulo ora relatado se propôs a realizar uma síntese das discussões e vivências oportunizadas durante o módulo, uma vez que os encontros mensais geraram demandas a serem equacionadas pelos participantes no cotidiano de trabalho e o retorno do que fora realizado *in lócu* na oficina do mês subsequente. Percebeu-se que, ainda que os debates sobre o acolhimento em saúde tenha gerado expressivamente em função dos desafios de implantá-lo e realiza-lo no cotidiano da APS, o mesmo é compreendido pelos participantes do PEP como uma ferramenta importante no que tange ao acesso e à qualificação do cuidado neste âmbito de atenção à saúde. **Conclusão:** evidencia-se que a educação permanente assume um caráter relevante para os profissionais de saúde que dela participam e que conseguem construir a práxis – interface teoria e prática, identificada no presente grupo como o desdobramento das discussões emergidas nas oficinas e recolocadas no cotidiano do trabalho em saúde. No que tange ao acolhimento, pautado no presente relato, percebe-se que o protagonismo conferido aos participantes que puderam dialogar suas experiências e percepções acerca desta ferramenta, permitiu aos mesmos aprofundarem os aspectos que limitam esta prática, mas sobretudo as potencialidades que dela emerge, tanto no que se refere à qualificação e humanização do cuidado quanto à valorização dos diversos núcleos de saberes da equipe multiprofissional.

Descritores: Educação Continuada; Enfermagem; Atenção Primária; Saúde Pública.

Referências:

1. Luppino MF, Silva BSH. Educação permanente em saúde: metassíntese. Rev. Saúde Pública. 2014; 48(1): 170-85.
2. Lemos CLS. Educação Permanente em Saúde no Brasil: educação ou gerenciamento permanente? Ciênc. saúde coletiva. 2016; 21(3): 913-22.
3. Guerrero P et al. O Acolhimento como boa prática na atenção básica à saúde. Texto Contexto Enferm. 2013; 22 (1): 132-40.
4. Coelho MO, Jorge MSB. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. Cienc Saude Colet. 2009;14(supl.1):1523–31.
5. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde e Sociedade. 2011; 20 (4): 867-74.

SER ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: LIMITES E POTENCIALIDADES DO PROCESSO DE FORMAÇÃO

Cota, Marianna Karolina Pimenta¹

Rodrigues, Amanda Medeiros²

Jesus, Mariana Véio Nery de³

Silva, Erika Andrade e⁴

Oliveira, Deíse Moura de⁵

Introdução: a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o cerne para a reorientação do modelo assistencial, cenário de potência para a compreensão da saúde como uma produção social, em que as práticas curativistas e médico-centradas não se mostram suficientes para responder às necessidades de saúde das populações. A atuação do enfermeiro neste novo modelo é perpassada por desafios cotidianos, que podem ser melhor superados em virtude da bagagem de experiências obtidas no contexto da sua formação. O que se evidencia na literatura é muitas vezes a incongruência entre o processo formativo do enfermeiro e a lógica de reorganização das práticas do setor saúde, dificultando a incorporação de novas concepções e práticas de cuidado no cotidiano do SUS¹. **Objetivo:** compreender as aproximações e distanciamentos inscritos no processo de formação do enfermeiro para a sua atuação na Estratégia Saúde da Família. **Metodologia:** pesquisa descritiva de natureza qualitativa que teve como cenário 17 Unidades de Saúde da Família (USF) de um município da Zona da Mata de Minas Gerais. Teve como participantes 11 enfermeiros que atuam nas USFs, na medida em que seis recusaram fornecer os seus depoimentos, alegando indisponibilidade de tempo para tal. Cabe ressaltar que o número de participantes mostrou-se suficiente para alcançar o objetivo proposto no estudo. A coleta de dados ocorreu entre os meses de março a maio de 2015, por meio de um roteiro de entrevista contendo questões abertas. Os dados foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin². O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa, conforme o Parecer nº 959.225, de 04 de março de 2015. **Resultados e Discussão:** a análise dos resultados permitiu a emergência de três

¹Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais. Email: marianna.cota@ufv.br

² Enfermeira. Residente em Saúde da Mulher na Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

³ Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Dinâmica, Ponte Nova, Minas Gerais.

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

⁵ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais.

categorias temáticas: “Potencialidades da formação do enfermeiro para o contexto da Saúde da Família”, “Fragilidades da graduação em Enfermagem para a atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família” e “Necessidade de valorização da prática na saúde da família durante a graduação em Enfermagem”. Os enfermeiros apontaram aspectos inscritos no processo de formação que figuram como potencializadores para o contexto da ESF. Entre estes se destaca o conhecimento teórico ministrado na graduação, o qual consideram atender ao conteúdo necessário para a sua atuação profissional. Ainda no que se refere a formação para a ESF os enfermeiros citaram a importância atribuída à pós-graduação lato sensu e/ou residência em saúde da família como subsídio fundamental para atuarem neste cenário assistencial. Como elementos fragilizadores destaca-se o componente prático da graduação em Enfermagem. Os participantes demarcaram que as experiências na prática foram pautadas na observação da realidade, secundarizando a atuação efetiva no contexto da ESF. Em virtude das experiências fragilizadoras vivenciadas na graduação os participantes, ao atuarem no contexto da ESF, remetem um distanciamento significativo entre a matriz ideológica da saúde da família e o modo como ela se processa no cotidiano do trabalho. A prática, secundarizada na formação dos participantes do estudo, foi elencada como principal aspecto a ser valorizado na graduação do enfermeiro, com vistas a qualificá-lo para atuar saúde da família. Isso vai ao encontro do previsto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os cursos da área da saúde, que traz que a graduação deve, sim, sustentar-se no conhecimento teórico – potencialidade identificada pelos participantes –, mas aliado a isso cabe buscar a aproximação dos estudantes com a realidade³. Em função de uma incipiente experiência nos contextos de prática na saúde da família, os enfermeiros, em virtude de um processo de formação sustentada substancialmente no conhecimento teórico, compreendem que a ideologia da ESF (que lhes foi apresentada na graduação) não corresponde à realidade hoje vivenciada enquanto profissionais (negligenciada no seu período de formação). Tal polarização entre a teoria e a prática reflete a formação tradicional ainda muito presente nas graduações em Enfermagem. Dessa maneira, destaca-se a necessidade de ruptura com os métodos pedagógicos tradicionais, pautados somente na teorização do conhecimento⁴. Isso desdobra-se na possibilidade de aproximação entre a ideologia e a realidade, formando sujeitos mais ativos e críticos, capazes de reinventarem os seus cotidianos e a si mesmos como futuros profissionais. Evidencia-se uma convergência entre as expectativas dos entrevistados com a proposta das DCN's e das políticas pró-ensino. Tais políticas confirmam que o processo de formação deve oportunizar um amplo espectro de experiências práticas ao estudante, tanto no âmbito curricular quanto extracurricular – através de monitorias, estágios, programas de pesquisa, ensino e

extensão. Reforçam, desse modo, a necessidade da inserção longitudinal do estudante na realidade do serviço, com destaque para a ESF^{3,5}. **Conclusão:** evidencia-se, portanto, que a formação baseada em competências para atuar na ESF – pautada nos eixos conhecimentos, habilidades e atitudes – foi notoriamente uma lacuna identificada no processo de formação dos depoentes. Isso sugere que o ensino em saúde, aqui demarcado o da enfermagem, deve estar atento para a inserção precoce e longitudinal do estudante no referido cenário, de modo a desenvolver as competências necessárias para a atuação do enfermeiro na saúde da família. Ressalta-se ainda a importância da educação permanente, capaz de aparar arestas oriundas da formação, ao propor a problematização da realidade para a solução de nós críticos inscritos no cotidiano profissional. Nesta perspectiva, sugere-se que a educação no trabalho seja incorporada como política de gestão, no sentido de fortalecer e qualificar os enfermeiros que atuam na ESF.

Descritores: Enfermagem; Atenção Primária; Saúde Pública; Sistema Único de Saúde.

Referências:

1. Nora CRD, Mânica F, Germani ARM. Sala de espera uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2009; 2 (3): 397-402.
2. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70; 2010.
3. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara Nacional de Educação. Resolução CNE/CES, n.3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
4. Silva KL, Sena RR, Silveira MR, Tavares TS, Silva PM. Desafio da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. *Rev. Escola Anna Nery*. 2012; 16(2): 380-87.
5. Cavalcanti CO, Costa MBS. Formação acadêmica em enfermagem: implicações nas competências gerenciais do enfermeiro. *Revista de Enfermagem- UFPE*. 2013; 7 (esp):7234-41.

EXPECTATIVAS PROFISSIONAIS PARA A ATUAÇÃO NO CONTEXTO DO SUS SOB A PERSPECTIVA DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Aleixo, Milleny Tosatti¹

Floresta, Ariana Colombari de Godoi²

Mendonça, Erica Toledo de³

Silva, Erika Andrade e⁴

Oliveira, Deíse Moura de³

Introdução: as mudanças ocorridas no campo da saúde com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira culminaram em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), trazendo desdobramentos para a Constituição Federal de 1988, que originou o Sistema Único de Saúde (SUS). Tal sistema pauta-se no paradigma da Produção Social Saúde, assumindo caráter substitutivo ao antigo modelo Flexneriano, baseado no paradigma biomédico e centrado na doença. O desenho inovador do SUS sinalizou a necessidade da criação de novas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação em Saúde, incluindo a Enfermagem, de modo a orientar a formação dos profissionais para atuarem em tal contexto¹. Não obstante às sucessivas modificações que ocorreram no processo de formação do enfermeiro, ainda predomina a influência do modelo flexneriano, evidenciada na fragmentação dos conhecimentos, na ênfase à especialização, dentre outras características próprias de tal concepção². Embora em um contexto formativo rico em dicotomias, a possibilidade de vivenciar experiências práticas no SUS durante a graduação suscita nos estudantes expectativas que merecem ser investigadas, uma vez que sinalizam como eles incorporam essas experiências e vislumbram desenvolvê-las em suas trajetórias profissionais. **Objetivo:** compreender as expectativas profissionais para a atuação no contexto do SUS sob a perspectiva de estudantes de Enfermagem. **Metodologia:** trata-se de um recorte de uma pesquisa mais ampla que estudou a interface entre o ensino de graduação e a formação voltada para o contexto do SUS sob a perspectiva de estudantes de graduação em Enfermagem. Tal pesquisa, de natureza qualitativa, teve como cenário o curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa (UFV), município situado na

¹Estudante do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. E-mail: milleny.aleixo@ufv.br

²Enfermeira. Residente em Saúde da Família. Universidade Federal de Juiz de Fora. Minas Gerais, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Ciências da Nutrição. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil

⁴Enfermeira. Mestre em Saúde Coletiva. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil

⁵Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, Brasil.

Zona da Mata de Minas Gerais. Foram incluídos estudantes que estavam no estágio curricular supervisionado, no último ano do curso. No período da coleta de dados havia 32 estudantes nessa situação, distribuídos nos estágios hospitalares e da Atenção Primária à Saúde. Foi excluída uma das pesquisadoras da referida investigação, que estava no último ano do curso e apresentava um conflito de interesse declarado com a pesquisa. A coleta de dados foi realizada nos meses de março a maio de 2015, por meio de um roteiro de entrevista com questões abertas. Participaram 11 estudantes, considerando-se o critério de saturação teórica. O recorte ora apresentado baseou-se na questão norteadora: “Considerando sua formação, fale-me como você espera construir o SUS no seu cotidiano profissional”. Os dados coletados foram analisados conforme a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin³ e interpretados em consonância com a literatura pertinente à temática. O estudo, inscrito sob o Parecer n. 909.697 foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV). **Resultados/ Discussão:** os estudantes evidenciaram em seus discursos que a formação na qual estão inscritos é predominantemente voltada para o SUS, com inserção precoce neste contexto. Entretanto, sinalizam também contradições entre o ensino e o cotidiano no sistema, demarcando limites inscritos tanto no âmbito da formação quanto no do serviço. A categoria “Expectativas profissionais no SUS” emergiu a partir da análise das entrevistas, revelando que os graduandos projetam um futuro profissional no SUS e cultivam a expectativa de construir uma identidade profissional consoante com a defesa do sistema. Sendo assim, desejam fazer a diferença, de modo a não perpetuar as fragilidades demarcadas no contexto em que ocorreram os seus processos de formação. Os aspectos levantados que remetem à construção do SUS referem-se à micropolítica do processo de trabalho em saúde, onde os discentes vislumbram assumir uma postura de mediação dos princípios do sistema no cotidiano do serviço em que atuarem. Neste contexto, ressaltam a expectativa de experienciar um real trabalho em equipe e de assumir o seu papel nas redes de atenção à saúde, viabilizando a comunicação entre o ponto de atenção em que atuarem e os demais presentes no sistema. Dessa forma, pautam-se em práticas que dialoguem com o previsto pela matriz ideológica do SUS. Os participantes destacaram a importância de acreditarem no sistema de saúde brasileiro e de sensibilizarem todos os atores envolvidos para o conhecimento do mesmo, com destaque para os usuários. Neste sentido, pautaram a relevância de mediar o entendimento da saúde como direito de cidadania, incentivando a efetiva participação popular na consolidação do SUS⁴. Tal expectativa reveste-se de importância, na medida em que se pauta na dimensão política do cuidado a ser desenvolvida pelo enfermeiro⁵, o qual assume, pela sua posição de articulador na equipe, um importante papel de transformador/agenciador de

transformações na realidade do sistema. **Conclusão:** os achados apontam que a graduação em Enfermagem no cenário estudado tem avançado na direção de formar sujeitos para atuarem no SUS, os quais vislumbram-se como defensores dos princípios e diretrizes do Sistema de Saúde Brasileiro quando estiverem inseridos nele como profissionais. Os resultados reafirmam a necessidade contínua de se refletir e redesenhar as matrizes curriculares dos cursos de graduação em saúde, incluindo as da Enfermagem. Isso vai ao encontro da potencialização da formação do enfermeiro, a fim de que possa operar as mudanças no sistema que estão sob a sua governabilidade profissional. Neste contexto, o presente estudo traz implicações para o ensino na saúde, além de suscitar novas investigações em outras realidades, de modo a ampliar as evidências da formação para o contexto do SUS.

Descritores: Enfermagem; Educação em Enfermagem; Sistema Único de Saúde; Pesquisa Qualitativa.

Referências:

1. Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara Nacional de Educação. Resolução CNE/CES, no.3, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília: Ministério da Educação; 2001.
2. Pires AS, Souza NVDO, Penha LHG, Tavares KFA, D'Oliveira CAFB, Almeida CM. A formação de enfermagem na graduação: uma revisão integrativa da literatura. Rev Enferm UERJ. 2014; 22(5):705-711.
3. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edição 70; 2011.
4. Fernandes JD, Silva RMO, Teixeira GA, Florencio RMS, Silva LS, Rebouças LCC. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais na perspectiva do sistema único de saúde. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2013;17(1): 82-89.
5. Persegona KR, Rocha DLB, Lenardt MH, Zagonel IPS. O conhecimento político na atuação do enfermeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13(3):645-50.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO: PRÁTICAS E SABERES COMPARTILHADOS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DE VIÇOSA

Souza, Camila Ribeiro¹

Caneschi, Juliana Aparecida¹

Nascimento, Gisele Roberta²

Silva, Eunice Ferreira da ¹

Souza, Silas Teixeira de¹

Pinto, Anna Clara Santiago Nunes¹

Santos, Willians Guilherme dos¹

Caçador, Beatriz Santana³

Introdução: A Enfermagem evidencia-se como uma profissão com atuação primordial no cuidado aos sujeitos em todas as etapas do ciclo vital, independente do ponto de atenção da rede de serviços de saúde. A assistência à saúde, por sua vez, recorre à educação como meio de empoderamento dos indivíduos para a procura de hábitos mais saudáveis¹. Portanto, a capacitação da equipe multiprofissional de saúde mostra-se como essencial para atingir a população por meio de ações que contribuam para melhoria na qualidade de vida da mesma. A educação permanente é uma ferramenta útil que promove melhorias a partir da transformação significativa dos profissionais². O Programa de Educação Permanente dos Agentes Comunitários de Saúde (PEP ACS), composto por alunos do curso de Enfermagem da UFV, atua com essa primeira categoria profissional considerando as peculiaridades de sua práxis na Atenção Primária à Saúde e as demandas levantadas pelos mesmos. Na prática profissional, o ACS percebeu a necessidade de conhecer o Calendário Nacional de Vacinação, mas o mesmo sofre atualizações frequentemente devido ao grande volume de descobertas nessa área de conhecimento³, o que dificulta a compreensão do cartão de vacina dos usuários por esses profissionais. Reconhecendo o Programa Nacional de Imunização como uma excelente ferramenta da Saúde Pública, modelo de calendário vacinal no mundo com relação proporcional entre a ampliação da cobertura vacinal e a redução de diversas doenças⁴. Diante do desejo de aprendizagem dos ACS sobre o Programa Nacional de Imunizações, o PEP ACS promoveu uma oficina que abordou esse conteúdo. **Objetivo:** Compartilhar com os ACS o conhecimento sobre o Calendário Nacional de Vacinação de maneira a contribuir com as atividades desenvolvidas durante

¹ Discente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Email: camilarsss@hotmail.com

² Enfermeira formada pela Universidade Federal de Viçosa.

³ Enfermeira. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa.

o cotidiano de trabalho. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência de uma oficina de capacitação de ACS sobre calendário vacinal. A oficina foi coordenada e realizada por um professor e dez acadêmicos de Enfermagem, vinculados ao Projeto de Educação Permanente para Agentes Comunitários de Saúde (PEP/ACS). A oficina "Calendário Nacional de Vacinação: Práticas e Saberes para Agentes Comunitários de Saúde" foi realizada no dia 27 de novembro de 2015 no auditório do IMAS. O convite foi enviado a todos os ACS do município de Viçosa, MG, por meio impresso e contato telefônico. A oficina foi dividida em três momentos: inicialmente foi realizada uma seção expositiva de conceitos e evidências sobre as doenças e as vacinas de maior interesse para os ACS. Para maior fixação do conteúdo, todos os ACS receberam um impresso do Calendário Nacional de Vacinação. No segundo momento, foi realizada uma dinâmica por meio da qual os ACS foram convidados a refletir sobre os conceitos trabalhados, discutir em grupo e posteriormente completar um quadro, feito em grandes proporções geométricas, semelhante ao cartão de vacina. Assim, os ACS colavam fichas com a data de administração das vacinas nos espaços apropriados. No terceiro momento, foi realizada a estratégia pedagógica da simulação realística e os ACS foram convidados a representarem uma situação, por eles vivenciadas no cotidiano, relacionada à sala de vacinação. Para tanto, foram disponibilizados alguns acessórios para que os participantes pudessem compor seus personagens e cenas. As cenas escolhidas para ser representadas pelos ACS foram: usuários que foram a uma Unidade Básica de Saúde (gestante com um bebê e seu esposo, uma idosa e uma adolescente) para que fossem orientados quanto sua situação vacinal. **Resultados e Discussões:** Por meio desta oficina, foi possível perceber que os ACS mantiveram-se atentos e comunicativos. Acredita-se que o interesse pela oficina se deve ao fato de terem sido os próprios ACS terem escolhido a temática e, ainda, pelas metodologias participativas que foram utilizadas. No primeiro momento foram explanadas dúvidas sobre o objetivo e importância da vacinação. Também foram esclarecidas questões sobre contra quais doenças as vacinas são preventivas bem como sobre os grupos que devem ser vacinados (crianças, adolescentes, adultos, gestantes e idosos) e o período que devem receber as doses. O segundo momento teve por objetivo promover interação dos ACS com o conhecimento abordado a partir de uma proposta de reflexão e exercício de fixação por meio da montagem do quadro com as vacinas. Este também foi um momento em que os ACS puderam esclarecer mais dúvidas e testar os conhecimentos adquiridos. O terceiro momento da oficina foi a realização da simulação realística. A simulação realística é compreendida como "técnica, e não tecnologia, para substituir ou ampliar experiências reais com experiências guiadas, que evocam ou replicam aspectos substanciais do mundo real de uma forma totalmente interativa"⁵. Assim, neste último

momento da oficina, sustentado em uma abordagem lúdica, possibilitou processo de aprendizagem a partir do desenvolvimento de habilidades em um ambiente simulado e por isso, passível de ocorrer erros sem arriscar a segurança dos usuários dos serviços de saúde⁵. O uso da simulação realística viabilizou um processo de aprendizagem conjunta, permitindo aos ACS produzir reflexões conceituais sobre vacina a partir de suas experiências cotidianas, conferindo sentido ao processo de aprendizagem. **Conclusão:** A educação permanente contribui de forma efetiva para a melhoria da assistência à saúde por meio dos profissionais que disponham-se a participar dessa forma de estudo e reflexão. O PEP ACS tem se revelado capaz de responder às demandas de capacitação advindas do interesse dos ACS. Ademais, prioriza-se estratégias de aprendizado, como a simulação realística, com intuito de valorizar o saber e o fazer profissional, proporcionando um ambiente favorável à reformulação de pensamentos cotidianos. Compreender o Calendário Nacional de Imunização é essencial no campo da Saúde Pública e o interesse dos ACS no assunto é um indicador positivo na direção de uma melhoria na assistência à saúde da população.

Descritores: Enfermagem; Educação Permanente; Esquemas de Imunização.

Referências:

1. Oliveira FMCSN de, Ferreira EC, Rufino NA, Santos MSS dos. Educação permanente e qualidade da assistência à saúde: aprendizagem significativa no trabalho da enfermagem. *Aquichan*. 2011; 11(1):48-65.
2. Gomes LB, Barbosa MG, Ferla AA. A educação permanente em saúde e as redes colaborativas: conexões para a produção de saberes e práticas. 1 ed. Porto Alegre: Rede Unida; 2016. 272 p
3. Homma A, Martins RM, Leal MLF, Freire MS, Couto AR. Atualização em vacinas, imunizações e inovação tecnológica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(2):445-458.
4. Couto MT, Barbieri CLA. Cuidar e (não) vacinar no contexto de famílias de alta renda e escolaridade em São Paulo, SP, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*, 2015; 20(1):105-114.
5. Sanino GEC. O uso da simulação em enfermagem no Curso Técnico de Enfermagem. *J. Health Inform*. 2012; 4 (Especial): 148-51.

SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CUIDAR EM ONCOLOGIA PALIATIVA: DISTANCIAMENTOS ENTRE O QUERER E O SABER FAZER

Dutra, Cynara Christine Ferreira¹

Sant'Ana, Jéssica Cristini Pires¹

Mendonça, Érica Toledo de²

Introdução: Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), estimam-se no Brasil 600 mil novos casos de câncer para os anos de 2016 e 2017¹. Os cuidados paliativos (CP) oncológicos surgem num contexto em que grande parte dos pacientes são diagnosticados em estágio avançado, necessitando, assim, de uma assistência que prime pela melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, através da adoção de medidas que visem o alívio do sofrimento, da dor e dos sintomas². Dessa forma, é errôneo afirmar de que não há mais nada o que fazer pelo paciente quando se encerram os métodos curativos³. Compreende-se, a partir dessas premissas, que a assistência de Enfermagem deve ir ao encontro da filosofia dos CP, direcionando suas ações para o oferecimento de cuidado integral e humanizado. **Objetivo:** analisar os sentimentos vivenciados pela equipe de Enfermagem que atua na Atenção Primária à Saúde (APS) no processo de cuidar em Oncologia paliativa. **Metodologia:** pesquisa de natureza qualitativa, realizada entre os meses de setembro de 2015 a março de 2016 nas 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) de Viçosa, MG, cujos participantes foram enfermeiros e técnicos de Enfermagem que atuavam nestes locais. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado, do qual foram extraídas duas perguntas para apreciação neste trabalho, que foram gravadas e transcritas na íntegra. A análise dos dados foi realizada mediante a técnica de Análise de Conteúdo de Lawrence Bardin⁴. O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPH) da Universidade Federal de Viçosa, CAAE: 48394515.8.0000.5153. **Resultados:** após análise dos depoimentos dos participantes da pesquisa foram elaboradas três categorias: *“Binômio equipe de enfermagem x paciente em CP e sua família: comunicação (in)eficiente”*; *“Infraestrutura material e humana na prestação de CP”*; *“Sentimentos vivenciados pela equipe de Enfermagem no cuidado aos pacientes fora de possibilidades terapêuticas”*. Na primeira categoria foi

¹ Discentes do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Viçosa. Estudantes de Iniciação Científica PIVIC 2015-2016. Email: cynara.dutra@ufv.br

² Enfermeiro. Docente do curso de Enfermagem, Departamento de Medicina e Enfermagem, Universidade Federal de Viçosa, MG.

observada a dificuldade dos participantes de se comunicarem com o paciente e sua família. Esta deficiência de comunicação se estende aos profissionais da rede de atenção à saúde, evidenciada nas falas que apontavam para importantes falhas de comunicação referentes aos fluxos de referência e contra referência, conforme pode-se visualizar nos depoimentos que seguem: *“Meu receio é de como abordar, como tratar, tenho um receio de como estar lidando assim com a situação, assim a conversar, falar alguma coisa assim que eu vou deixar o paciente constrangido”*; *“Então, eu acho mais difícil é o esclarecimento que os hospitais, os médicos não dão pra gente, não dão uma contra referência e a gente fica perdido, ou a gente liga pra saber ou não sabe de nada, não sabe nem em que fase que tá, a contrarreferencia eu acho que é a pior parte”*. Na análise das falas dos entrevistados foram observadas grandes dificuldades e despreparo dos profissionais acerca da abordagem ao cliente em CP e à sua família. Suas queixas permearam a questão psicológica do cliente, levando, algumas vezes, à omissão de visitas domiciliares, pelo fato de não se sentirem preparados para prestar tal assistência. Em relação à segunda categoria observou-se em algumas falas que a deficiência de recursos humanos e materiais se apresentaram como justificativas dos profissionais para o distanciamento da assistência, como demonstram os trechos a seguir: *“Eu acho mais difícil, é que eu, a gente não tem uma capacitação [...], não tem um material adequado pra poder tá ajudando essas pessoas. Eu acho que você lidar com um paciente nessa situação você tem que tá bem preparado [...]”*. *“Eu acho que o mais difícil é essa questão do questionamento que eles às vezes podem fazer [...] às vezes, até pelo fato da gente não saber muito, [...] às vezes pode ser uma barreira da gente não dar a resposta e esse questionamento por parte deles”*. Por fim, a terceira categoria revelou que dos 28 entrevistados, a maioria (92,8%) disseram que os sentimentos vivenciados ao cuidar de um paciente em CP são “impotência, tristeza, dó, acham complicado e difícil”. Apenas 2 profissionais relataram não se sentirem frustrados e demonstraram encarar essa situação de forma natural, como evidenciado: *“Então eu agradeço a Deus quando eu tenho a oportunidade de cuidar de uma pessoa assim [...] é um aprendizado e também Deus está te dando a oportunidade de fazer uma coisa boa pra uma pessoa [...]”*. **Discussão:** Os resultados indicam que a assistência prestada pelos profissionais de Enfermagem ainda está centrada no modelo biomédico². As falas dos profissionais revelaram um paradoxo, quando estas referiram que “não há nada o que fazer”, mas que, simultaneamente, conseguem descrever ações de Enfermagem necessárias a esse público. Os depoimentos demonstraram, ainda, como os profissionais percebem que devem ser os cuidados, indo além de ações curativas ou de alívio da dor física, mas preconizando a visão humanizada e holística do outro. Cabe ressaltar que os pacientes em CP, na maior parte das vezes, sentem mais necessidade

do apoio emocional, viabilizado pela comunicação verbal e não-verbal³. Estudo mostrou que o relacionamento interpessoal (entre profissionais e pacientes) e a comunicação empática foram enfatizados como instrumentos de suporte frente à terminalidade³.

Conclusão: a partir dos achados discutidos neste estudo percebe-se a necessidade realização de capacitações aos profissionais de Enfermagem da APS em temas de oncologia e CP, a fim de desmistificar a doença e tornar a prática profissional mais humanizada e holística. Portanto, a constatação que o indivíduo em CP encaminha-se para a terminalidade não reduz as possibilidades de cuidado de Enfermagem, e sim as expande.

Descritores: Sentimentos; Oncologia; Cuidados Paliativos; Enfermagem.

Referências:

1. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.
2. Santana JCB et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. *Bioethikos*. 2009; 3(1): 77-86.
3. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(4): 668-74.
4. Farago CC, Fofonca C. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Rev Linguagem UFSCar* 2012.