



UNIVERSIDADE FEDERAL
DE UBERLÂNDIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



IX Fórum Mineiro de Enfermagem

Tema: A enfermagem como protagonista
na construção do cuidado em saúde



**A Enfermagem como protagonista na
construção do cuidado em saúde**

UBERLÂNDIA – MG
2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
FACULDADE DE MEDICINA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



IX FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM

29 de novembro a 01 de dezembro de 2016 em Uberlândia, Minas Gerais

Tema
A Enfermagem como protagonista na construção
do cuidado em saúde

ANAIS

Organizadores:

Patrícia Costa dos Santos da Silva (coordenadora)

Arthur Velloso Antunes
Clesnan Mendes-Rodrigues
Cristiane Martins Cunha
Guilherme Silva Mendonça
Monica Rodrigues da Silva
Renata Lemos de Sousa Faria
Tatiana Carneiro de Resende
Suely Amorim de Araújo
Valeria Nasser Figueiredo

Uberlândia/UFU
2016

IX Fórum Mineiro de Enfermagem “A Enfermagem como protagonista na construção do cuidado em saúde”

Realização:

Universidade Federal de Uberlândia (UFU)
Faculdade de Medicina (FAMED)
Curso de Graduação em Enfermagem

Apoio:

Universidade Federal de Uberlândia – UFU
Pró- Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis - PROEX
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – FAMED/UFU
Curso de Graduação em Enfermagem / FAMED / UFU
Diretório Acadêmico Anna Nery – DAAN
Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU)
Diretoria de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Uberlândia
Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem (CEPEPE)
Setor de Transportes – UFU
Revista Horizonte Científico – UFU

Os textos apresentados são de inteira responsabilidade de seus autores

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Fórum Mineiro de Enfermagem (9º: 2016: Uberlândia, MG)
Anais do IX Fórum Mineiro de Enfermagem, 29/11 a 01/12/2016
[recurso eletrônico]. -- Uberlândia, Minas Gerais; organizadores: Patrícia
Costa ... [et al.]. -- Uberlândia : UFU, 2016.
Horizonte Científico.
ISSN 1808-3064

Universidade Federal de Uberlândia – Curso de Graduação em Enfermagem
Endereço: Av. Pará, 1700 – Bloco 2U – Campus Umuarama
CEP – 38.400-902 Uberlândia – Minas Gerais
Telefone: (34) 3225-8603
Home page: <http://www.famed.ufu.br/graduacao/enfermagem> // E-mail: enfermagem@umuarama.ufu.br

APRESENTAÇÃO

Com muita honra apresentamos a nona edição do Fórum Mineiro de Enfermagem.

Para que percorram um pouco dessa história conosco apresentamos o que foi feito durante esses anos. Em 1999 foi realizado o I Fórum Mineiro de Enfermagem, abordando o tema “Ética no exercício da profissão”.

Em 2000 realizamos o II Fórum Mineiro de Enfermagem em parceria com o Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. O evento abordou o tema “Pesquisar para caminhar”. Pela primeira vez houve a publicação dos Anais com sete conferências, quinze trabalhos científicos publicados na íntegra e trinta resumos.

O III Fórum Mineiro de Enfermagem realizado em 2002 teve como tema “Sistematizar o Cuidar”; com a publicação em Anais de nove conferências, dez trabalhos científicos publicados na íntegra e trinta e sete resumos, apresentados no evento em forma de comunicação oral ou pôster, com aproximadamente 230 inscritos no evento.

O tema “Diversificando o cuidar” foi abordado no IV Fórum Mineiro de Enfermagem em 2004, com a publicação em Anais de oito conferências, dezoito trabalhos científicos publicados na íntegra e sessenta resumos, apresentados no evento em forma de comunicação oral ou pôster, com aproximadamente 370 inscritos no evento.

No ano de 2006, realizamos o V Fórum Mineiro de Enfermagem, tendo como tema: “Novas perspectivas no cuidado da saúde da família e da comunidade”; com a publicação em Anais de vinte trabalhos científicos publicados na íntegra e cento e vinte e três resumos, apresentados no evento em forma de comunicação oral ou pôster, com aproximadamente 330 inscritos no evento.

O VI Fórum Mineiro de Enfermagem foi realizado em 2008 tendo como tema abordado “Saúde, meio ambiente e condições de trabalho na Enfermagem”, com a publicação em Anais de sete conferências, vinte trabalhos científicos publicados na íntegra e sessenta e três resumos, apresentados no evento em forma de comunicação oral ou pôster, com aproximadamente 250 inscritos no evento.

No VII Fórum reunimos aproximadamente 400 pessoas, entre representantes da comunidade científica da enfermagem, enfermeiros pesquisadores, assistenciais e docentes, técnicos e auxiliares de enfermagem, estudantes da pós-graduação, graduação e de nível médio da enfermagem, além de outros profissionais envolvidos com o tema abordado “Gestão da qualidade: Uma Estratégia de Humanização do Cuidado”.

No ano de 2013 foi realizado o VIII Fórum Mineiro de Enfermagem quando foi discutido “Corresponsabilidades na Formação dos Profissionais de Enfermagem: perspectivas frente aos desafios atuais”. Houveram 223 inscritos e foram apresentados 80 trabalhos científicos.

Há 16 anos realizamos este evento para a comunidade de Enfermagem, profissionais e estudantes, abordando temas relevantes e de interesse para a Enfermagem e oportunizando a divulgação dos trabalhos científicos em Anais.

O curso de Graduação em Enfermagem em parceria com a Gestão do Centro de Pesquisa e Educação Permanente/DIREF - HCU realizou neste ano de 2016 “**IX Fórum Mineiro de Enfermagem**”, tendo como tema central a “**A Enfermagem como Protagonista na Construção do Cuidado em Saúde**”.

A programação do evento teve o propósito de promover a interatividade técnico-científica, possibilitando a discussão e reflexão de temas como: experiências exitosas nos serviços de enfermagem, expoentes e personalidades marcantes da Enfermagem no cenário Nacional e ações transformadoras no seu campo de práticas e excelência nas ações de cuidar, condição essa essencial nos dias atuais.

As conferências foram conduzidas por palestrantes, de experiência consolidada, e reconhecidos como referências nacionais em meio à comunidade científica atual.

Além da programação oficial, foram apresentados 160 temas livres das diversas áreas de atuação da Enfermagem, sendo 155 pôsteres e 05 na forma de comunicação oral, demonstrando o interesse da categoria na construção do conhecimento como base científica da Enfermagem.

Neste ano o Anais do evento será publicado com a chancela da Revista Horizonte Científico da Universidade Federal de Uberlândia, na edição suplemento de Dezembro/2016, contendo 27 trabalhos na íntegra e 133 resumos.

Acreditamos na capacidade de trabalho e no interesse da Enfermagem em tornar-se cada vez mais autônoma, participativa e atenta ao desenvolvimento da ciência, por isso, esperamos que este Anais seja utilizado na busca de aprimoramento técnico científico e que seu conteúdo seja um estímulo para novas pesquisas e estudos.

Os Organizadores

IX FÓRUM MINEIRO DE ENFERMAGEM

“A Enfermagem como protagonista na construção do cuidado em saúde”

REALIZAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

FACULDADE DE MEDICINA

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

APOIO

Universidade Federal de Uberlândia

Reitor: Dr. Elmiro Santos Resende

Pró- Reitoria de Extensão, Cultura e Assuntos Estudantis / PROEX

Pró-Reitora: Dra. Dalva Maria de Oliveira Silva

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia / FAMED

Diretor: Dr. Ben Hur Braga Taliberti

Curso de Graduação em Enfermagem / FAMED

Coordenadora: Dra. Maria Angélica Melo e Oliveira

Escola Técnica de Saúde / ESTES

Diretor: Ms. Noriel Viana Pereira

Hospital de Clínicas de Uberlândia

Diretor Geral: Dr. Hélio Lopes da Silveira

Diretoria de Enfermagem do Hospital de Clínicas de Uberlândia

Diretor: Enf. Durval Veloso Silva

Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem

Chefe do setor: Enfa. Renata Lemos de Sousa Neto

Revista Horizonte Científico

Marciana G. Farinha

Editora Associada da Revista Horizonte Científica

Setor de Transportes – UFU

Diretório Acadêmico Anna Nery

ORGANIZAÇÃO DO EVENTO

Coordenadores do Evento

Frank Jose Silveira Miranda (Presidente)
Valéria Nasser Figueiredo (Vice-presidente)

Comissão Executiva

Arthur Velloso Antunes
Elias José Oliveira
Frank José Silveira Miranda
Marcelle Aparecida de Barros
Maria Angélica Melo e Oliveira
Maria Cristina de Moura Ferreira
Maria Elizabeth Roza Pereira
Patrícia Costa dos Santos da Silva
Valeria Nasser Figueiredo

Comissão de Divulgação e Imprensa

Marcelle Aparecida de Barros Junqueira (Coordenadora)

Bruna Maria Malagoli Rocha
Camila Piqui Nascimento
Duana Betina da Rocha
Gabriel Terêncio Soares
Kássio Silva Cunha
Lívia Ferreira Oliveira
Luiz Heleno Ribeiro delgado
Maria Vicentina Pereira Salgado Martins
Rayany Cristina de Souza
Suéllen Alves Gomes
Tatiany Calegari

Comissão de Secretaria e Registro

Maria Angélica Melo e Oliveira (Coordenadora)

Ana Carolina Gonçalves Correia
Caio Augusto de Lima
Camila Piqui Nascimento
Clelia Regina Cafer Oliveira
Daniel Braga de Oliveira
Glória Terezinha Carrijo
Greyce Kelly do Carmo
Jéssica de Almeida Santos
Juliana Pena Porto
Nayara Dias da Costa
Noemi Costa Borges
Noriel Viana Pereira
Patricia Magnabosco

Comissão de Local e Infra-estrutura
Maria Elizabeth Roza Pereira (Coordenadora)

Ana Luiza Rodrigues Inácio
Anna Gabriella Prado Moraes
Barbara Dias Resende Gontijo
Carolina Dela Cruz Soares
Efigênia Aparecida Maciel de Freitas
Eliana Borges Silva Pereira
Josy Érika Cabral dos Santos
Kleber Gontijo de Deus
Lilian Rodrigues Sant'Anna
Lori Anísia Martins de Aquino
Marcos Jean Mariano Pereira
Maria Vicentina Pereira Salgado Martins
Rayany Cristina de Souza
Omar Almeida Neto

Comissão Social e de Recepção
Maria Cristina de Moura Ferreira (coordenadora)

Ana Paula Sousa Maris
Brunna Parra Bernardes
Carla Denari Giuliani
Caroline de Souza Lima
Maria Helisa Oliveira de Souza
Mariana Thees de Moraes

Comissão Finanças e Patrocínio
Frank José Silveira Miranda (coordenador)

Bruna Aparecida Duarte Rodrigues
Camila Oliveira Senhoroto
Daiane Sant'Ana Silveira
Drielly Alexandre Mendes
Juliana Santos Gomide
Patrícia Costa dos Santos da Silva
Valeria Nasser Figueiredo

Comissão Científica
Arthur Velloso Antunes (Coordenador)

Lori Anísia Martins de Aquino
Patrícia Costa dos Santos da Silva
Marcelle Aparecida de Barros Junqueira
Luiz Heleno Ribeiro delgado
Lívia Ferreira Oliveira
Maria Elizabeth Roza Pereira
Juliana Pena Porto
Omar Almeida Neto

Patricia Magnabosco
Maria Cristina de Moura Ferreira
Carla Denari Giuliani
Elias Jose Oliveira
Frank José Silveira Miranda
Valeria Nasser Figueiredo
Monica Rodrigues da Silva
Maria Angélica Melo e Oliveira
Rosiane Araújo Ferreira Polido
Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos
Suely Amorim de Araújo
Efigênia Aparecida Maciel de Freitas
Cristiane Martins Cunha
Tatiany Calegari
Noriel Viana Pereira
Barbara Dias Resende Gontijo
Kleber Gontijo de Deus
Ricardo Gonçalves de Holanda
Clesnan Mendes-Rodrigues

**Comissão de Organização dos Anais
Patrícia Costa dos Santos da Silva (Coordenadora)**

Arthur Velloso Antunes
Clesnan Mendes-Rodrigues
Cristiane Martins Cunha
Guilherme Silva Mendonça
Monica Rodrigues da Silva
Renata Lemos de Sousa Faria
Suely Amorim de Araújo
Tatiana Carneiro de Resende
Valeria Nasser Figueiredo

Cerimonial

Elias Jose Oliveira (coordenador)

Guilherme Silva Mendonça
Juliana Santana de Souza
Júlio César Alves Junior
Lara Coelho
Layana de Oliveira
Ricardo Gonçalves de Holanda
Taíssa Souza Santos

PROGRAMAÇÃO CIENTÍFICA

29/11/2016 (Terça-feira)

08h00min às 09h00min-Credenciamento e entrega de material

09h00min às 10h00min-Cerimônia de abertura

10h00min às 10h30min- Coffee break - Apresentação cultural (Cheerleaders-Manada)

10h45min às 12h00min-Palestra

Tema: O protagonismo da enfermagem na gestão das organizações.

Conferencista: Dra. Ana Lúcia de Assis Simões (UFTM)

Moderador: Dr Arthur Velloso Antunes

12h00min às 13h30min-Intervalo

13h30min às 14h30min-Palestra

Tema: O protagonismo da enfermagem no contexto do SUS

Conferencista: Dra Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues (UFMT-Sinop)

Moderador: Dra Marcelle Aparecida de Barros Junqueira

14h30min às 14h45min- Intervalo Cultural (Dança de salão)

14h45min às 16h30min - Mesa Redonda

Tema: O protagonismo da enfermagem na Saúde da Mulher

Convidado 1: Enfa Dra Torcata Amorim (UFMG)

Convidado 2: Enfa Luana Rodrigues Ferreira Silva (Hospital Municipal de Uberlândia)

Convidado 3: Enfa e Doula Mayla Borges (ESTES)

Moderadora: Dra Efigênia Aparecida Maciel de Freitas

16h30min às 17h00min Coffee break

30/11/2016 (Quarta- feira)

08h00min às 09h15min-Palestra

O protagonismo da Enfermagem na sistematização da assistência.

Conferencista: Profa Dra Anamaria Alves Napoleao (Ufscar)

Moderadora: Dra Patrícia Magnabosco

9h15min às 9h30min- Coffee break - Apresentação cultural (canto a capella)

09h30min às 12h00min-Apresentação de trabalhos científicos (pôsteres)

12h00min às 13h30min-Intervalo

13h30min às 15h30min-Mesa Redonda

Tema: O protagonismo da enfermagem na segurança do paciente

Convidado 1: Dra Fernanda Raphael Escobar Gimenes (EERP/USP)

Convidado 2: Msc Antonio Jose de Lima Junior (UFU/HC)

Moderadora: Dra Patricia Costa

15h30min às 15h45min- Coffee break - Apresentação cultural (Violino)

15h45min às 17h30min-Apresentação de trabalhos científicos (pôsteres)

01/12/2016 (Quinta-feira)

08h00min às 09h15min-Palestra

Tema: O protagonismo da Enfermagem na tecnologia de informação e comunicação

Conferencista: Dra Ariadne da Silva Fonseca (Presidente ABEn-SP)

Moderadora: Dra Maria Angélica Melo e Oliveira

09h15min às 09h30min- Coffee break - Apresentação cultural (Dança)

09h30min às 12h00min-Apresentação de trabalhos científicos (Pôsteres)

12h00min às 13h20min-Intervalo

13h20min às 13h30min – Apresentação Cultural (circense)

13h30min às 14h30min- Palestra

Tema: O protagonismo da Enfermagem na pesquisa e extensão

Conferencista: Dra Darlene Mara dos Santos Tavares (UFTM)

Moderadora: Msc Maria Elizabeth Roza Pereira

14h30min às 17h00min- Apresentação de trabalhos científicos (Comunicação Oral)

Solenidade de encerramento e premiação de trabalhos

Coffee break

SUMÁRIO DAS APRESENTAÇÕES

| | |
|--|---------|
| PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA ÍNTEGRA (MENÇÃO HONROSA) | 14-64 |
| PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA ÍNTEGRA | 66-275 |
| PUBLICAÇÃO DE RESUMOS | 277-425 |

PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA ÍNTEGRA
(MENÇÃO HONROSA)

IX Fórum Mineiro de Enfermagem

Tema: A enfermagem como protagonista
na construção do cuidado em saúde



PACIENTES ONCOLÓGICOS E EM CUIDADOS PALIATIVOS: O PERFIL DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS E SUAS RELAÇÕES

Artur Rodrigues Cunha¹; Suely Amorim Araújo²; Livia de Paula Peres³

¹Enfermeiro Residente da área de concentração Atenção em Oncologia do Programa de Residência Multiprofissional da FAMED – UFU de Uberlândia. Email: artur2rod@hotmail.com

²Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina – FAMED da Universidade Federal de Uberlândia - UFU.

³Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela UFU. Enfermeira do Programa de Cuidados Paliativos do setor de Oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia – HCU.

RESUMO

Introdução. A enfermagem, no contexto da oncologia e cuidados paliativos, integra a equipe interdisciplinar de cuidados no processo de morte e morrer, com o objetivo de ajudar o paciente e a sua família a viverem o mais ativamente possível esses últimos momentos, afirmando a vida e percebendo a morte como parte do ciclo vital. **Objetivo.** Avaliar o perfil dos profissionais enfermeiros que lidam com o paciente em cuidados paliativos. **Metodologia.** Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo descritivo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia, no setor de Oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com 9 profissionais enfermeiros. Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia. **Resultados.** A amostra foi composta por 9 profissionais enfermeiros, dos quais 8 são do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Quanto a faixa etária, 6 indivíduos são do sexo feminino com a idade entre 28 a 38 anos e 3 tem entre 39 e 49 anos, destes, um do sexo masculino e o restante do sexo feminino. Todos os indivíduos entrevistados possuem graduação em enfermagem, os quais 3 se formaram entre os anos de 1998 à 2003, outros 3 entre os anos de 2004 à 2008 e por fim 1 se formou entre 2009 à 2013, 2 não responderam em que ano se formaram. Sobre o percentual do tempo de experiência e formação obtivemos os mesmos resultados, sendo 5 indivíduos tem entre 5 à 10 anos de experiência, 3 tem entre 11 à 16 anos de experiência e 1 tem entre 17 à 22 anos de experiência. Já receberam algum tipo de instrução em cuidados paliativos, apresentaram uma relação técnica e afetiva entre profissionais/pacientes e relatam “muito boa” relação entre profissionais com pacientes e seus familiares. Os profissionais enfermeiros conheciam as 5 fases emocionais (negação, depressão, barganha, raiva e aceitação) que o doente poderá passar. Obteve-se como resultado, 8 dos enfermeiros sabiam identificar tais fases. **Conclusão.** Conclui-se que apresentando o perfil dos enfermeiros que lidam com o paciente e suas relações no processo de morte e morrer, sugere-se possibilidades que possam contribuir na qualidade da assistência de enfermagem.

Descritores: cuidados paliativos, morte, enfermagem oncológica.

INTRODUÇÃO

A enfermagem, no contexto da oncologia e cuidados paliativos, integra a equipe interdisciplinar de cuidados no processo de morte e morrer, com o objetivo de ajudar o paciente e a sua família a viverem o mais ativamente possível esses últimos momentos, afirmando a vida e percebendo a morte como parte do ciclo vital.

“O profissional enfermeiro e a sua equipe têm um papel de extrema relevância na equipe de cuidados paliativos, considerando a posição privilegiada de permanecerem a maior parte do tempo junto ao paciente e de poderem prestar a maior parcela dos cuidados, além de posicionarem-se como intermediadores entre o paciente/família e os demais membros da equipe de cuidados paliativos (SILVA E SILVA, 2013).”

Os cuidados paliativos em enfermagem, de acordo com a literatura, requerem algumas habilidades do profissional: vocação para o cuidado; certo altruísmo; empatia e compreensão; capacidade de escuta; sinceridade/honestidade; habilidade na comunicação: equilíbrio e maturidade pessoal, especialmente diante da morte; respeito aos valores, crenças e cultura do paciente/família e flexibilidade (SILVA, 2008).

O paciente em estágio avançado da doença deve ser assistido integralmente, e isto requer complementação de saberes, partilha de responsabilidades, onde demandas diferenciadas se resolvem em conjunto (SILVA e SILVA, 2013). É de fundamental importância para o paciente fora de possibilidade de cura que a equipe esteja bastante envolvida com o seu problema, podendo assim ajudá-lo e contribuir para uma melhora (HERMES e LAMARCA, 2013).

Para Silva (2008) os enfermeiros de cuidados paliativos, para bem desempenhar suas atividades precisam também de preparo técnico-científico que envolva conhecimentos sobre: drogas analgésicas (ação, via de administração, efeitos colaterais, dosagem, mitos); como avaliar os sintomas, principalmente a dor; reconhecer situações de distanásia (prolongamento do processo da morte); conhecer e aplicar os princípios da bioética; desenvolver a relação de escuta ativa; realizar comunicação efetiva com o paciente, a família e os demais membros da equipe; trabalhar em equipe interdisciplinar e apresentar facilidade para cuidar da família.

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi avaliar o perfil dos profissionais enfermeiros que lidam com o paciente em processo de morte e morrer e suas relações com pacientes e em cuidados paliativos e seus familiares.

MÉTODO

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia, no setor de Oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com os profissionais enfermeiros que estão inseridos de forma direta no processo de cuidar na instituição. Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o número de Certificado de apresentação para Apreciação Ética - CAAE 23631813.6.0000.5152, parecer 506.140.

Os participantes da pesquisa após esclarecidos do objetivo da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, o qual foi apresentado um

questionário semiestruturado, adaptado pelos pesquisadores, após teste de validação, com questões direcionadas a temática para serem respondidas de forma autônoma.

Inicialmente o questionário apresentou o levantamento do perfil sócio demográfico como idade, classe pertencente, tempo de experiência na profissão e com pacientes em estágio avançado da doença, para posteriormente uma melhor compreensão das respostas oriundas das questões temáticas. Este questionário foi uma adaptação da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada “Cuidados Paliativos de Enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares” de Silva (2008).

A amostragem deste estudo foi composta por nove (9) enfermeiros, distribuídos entre os setores de radioterapia, ambulatório de quimioterapia, cuidados paliativos e internação, de ambos os sexos, que lidam ou lidaram com pacientes oncológicos ou em cuidados paliativos, em estágio avançado e sem possibilidades e cura. O número total de enfermeiros lotados no setor de oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia são doze (12), porém nove (9) estavam disponíveis para a realização do estudo. Para que essa pesquisa possa ser realizada, temos como número mínimo de participantes oito (8) enfermeiros.

Critérios de inclusão, ter graduação em enfermagem, atuar no setor de oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia estando regularmente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que prestam ou já prestaram cuidados para pacientes oncológicos e em cuidados paliativos. Como critérios de exclusão, profissionais em licença médica, licença gestação ou férias.

A abordagem foi realizada nos seguintes passos: em um primeiro momento fez-se a apresentação do pesquisador, da pesquisa, a pertinência do assunto, a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido -TCLE, protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, apresentação do questionário (se o indivíduo concordasse em participar). O pesquisador permaneceu presente no momento do preenchimento do mesmo. Foram respeitados os profissionais que sentiram algum desconforto na resposta dos questionamentos, pois algumas questões poderiam remeter aos momentos vividos, lembranças e vivências mal resolvidas, sendo assim ficou permitido que indivíduo optasse em desistir ou completar o questionário em outro momento.

Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes a qual propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Os dados foram descritos e classificados em subcategorias de acordo com o assunto abordado, abordando o gênero, idade, ano de formação, tempo de profissão e experiência, percentual sobre capacitação e/ou instrução em cuidados paliativos, o tipo de relação entre profissionais e pacientes, relação entre profissionais com os pacientes e familiares, o conhecimento das 5 fases emocionais segundo Elisabeth Kübler Ross (2011), descritas em subcategorias. Informações obtidas através das questões I, II, VI e XII do questionário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram categorizados em seis subcategorias

Subcategoria: Percentual do gênero e idade.

A amostra foi composta por 9 profissionais enfermeiros, dos quais 08 (88,88%) são do sexo feminino e 01 (11,11%) do sexo masculino. Quanto a faixa etária, 06 (75%) indivíduos são do sexo feminino com a idade entre 28 a 38 anos e 03 (25%) tem entre 39 e 49 anos, destes, um do sexo masculino e o restante do sexo feminino.

Neste estudo o gênero predominante na classe da enfermagem é o feminino corroborando com o que é visto ao longo da história da profissão, a qual sempre foi predominante, isto também é evidenciado pelos estudos de Magalhães (2007); Reis (2003); Martins, et al. (2006), Ruben (2008), Padilha, et al. (2006), o qual as mulheres foram predominantes nas amostras.

Padilha, et al. (2006) relatam na literatura que a predominância dos trabalhadores nos hospitais é do sexo feminino, principalmente na enfermagem, explicada em função do arquétipo, atribuído às mulheres. Fato que também é elucidado em várias culturas, onde a assistência e higienização dos doentes são consideradas como extensão do trabalho da mulher. Além disso, consideramos ser um traço estrutural das atividades do setor de saúde, a preponderância da força do trabalho feminino nas atividades que envolvem o trato e o cuidado com as pessoas.

Subcategoria: Ano de formação, tempo de profissão e experiência.

Todos os indivíduos entrevistados tinham a graduação em enfermagem, os quais 3 (33,33%) se formaram entre os anos de 1998 à 2003, outros 3 (33,33%) entre os anos de 2004 à 2008 e por fim 1 (11,11 %) se formou entre 2009 à 2013, 2 (22,22 %) não responderam em que ano se formaram. Sobre o percentual do tempo de experiência e formação obtivemos os mesmos resultados, sendo 5 (55,55%) indivíduos tem entre 5 à 10 anos de experiência, 3 (33,33%) tem entre 11 à 16 anos de experiência e 1 (11,11%) tem entre 17 à 22 anos de experiência.

Subcategoria: Percentual de capacitação e/ou instrução em cuidados paliativos.

Neste percentual levantou-se quantos profissionais receberam algum tipo de instrução, formação ou capacitação sobre cuidados paliativos em seu percurso profissional, 7 (77,77%) indivíduos que receberam alguma instrução em cuidados paliativos, apenas 1 (11,11%) respondeu que nunca recebeu alguma instrução e 1 (11,11%) não respondeu à questão.

Contrapondo um estudo realizado por Vasques, et al (2013) em uma Unidade de Clínica Médica de um hospital do sul do Brasil, constatou-se que a maioria dos trabalhadores de enfermagem entrevistados tanto desconhece a filosofia dos cuidados paliativos quanto manifesta dificuldade em atuar frente à terminalidade, ainda, fortemente mobilizados por sentimento de tristeza, pesar e impotência pelo iminente processo de morte dos pacientes. Entretanto, os trabalhadores que demonstraram certo conhecimento dessa filosofia, manifestaram satisfação pessoal, quando conseguiam realizar os cuidados adequados, reconhecendo que a maior capacitação da equipe nessa temática poderia beneficiar mais os pacientes, pela continuidade na sua assistência.

É preciso um novo investimento científico na formação dos profissionais de enfermagem com ênfase nas dimensões subjetivas, Araújo, et al. (2013, p. 147) destacam uma maior ênfase às estruturas existenciais, sensíveis e humanas, tornando-se necessário ser criado nas instituições de ensino, pesquisa e assistência, espaços

para que se possa discutir e refletir sobre a razão sensível e a convivência do cuidado humano que releva o desejo da pessoa e sua potencialidade amorosa.

Vasques, et al. (2013) comenta que a educação permanente, também com estudos, leituras e reflexões, constitui-se em instrumento valioso para a capacitação dos trabalhadores de enfermagem, especialmente, por decorrer da problematização das vivências e dificuldades de cuidar pacientes sem possibilidade de cura e com risco de vida, de modo a assegurar dignidade, conforto e minimização da sua dor e de seus familiares, humanizando e qualificando o cuidado de enfermagem.

Percebe-se que essa qualificação, numa dimensão ética, emocional e espiritual, ainda, poderá reduzir o próprio sofrimento moral da equipe pelo seu fortalecimento para a tomada de decisões quanto ao cuidado a ser prestado em situações de terminalidade, além de propiciar maior visibilidade à equipe de enfermagem e ao trabalho por ela desempenhado.

Nessa perspectiva é importante que a equipe reconheça que é um direito da pessoa ser cuidada com respeito, responsabilidade e dignidade, e que ela deve participar e ser a protagonista na tomada de decisões frente ao seu processo de morte e morrer (SILVA e SILVA, 2013, p.34).

Subcategoria: Percentual do tipo de relação entre profissionais e pacientes.

Solicitou-se aos profissionais enfermeiros assinalarem qual era o tipo de relação profissional que tinham com os pacientes oncológicos e em cuidados paliativos e obtivemos a seguinte proporção, 4 (44,44%) indivíduos que tem uma relação técnica com os pacientes, e com a mesma proporção 4 (44,44 %) indivíduos tem uma relação afetiva na assistência, 1 (11,11%) indivíduo apenas que não respondeu adequadamente. Nesta questão obtiveram-se alguns questionamentos sobre o tipo de relação, alguns profissionais disseram que utilizam das duas relações na assistência.

Os resultados trazem uma equivalência ao tipo de relação técnica e afetiva, alguns profissionais apresentam certo receio em se envolver com o paciente, utilizando assim uma relação técnica, Araújo, et al. (2013, p. 142) relatam que o cuidado deve ser sentido, vivido, exercido. No cuidado é necessário desvelar-se, é ver no outro a si mesmo. Acredita-se que para cuidar é necessário empenho, disposição, doação e determinação; é importante despir-se de preconceitos e permitir que os sentimentos que se tem como “ser no mundo” se expressem em ações e atitudes.

O doente espera do profissional que dele cuida um engajamento humano, o estabelecimento de um vínculo, uma disponibilidade pessoal para estar com e, nesse sentido, o “eu” do profissional é um instrumento valioso. Investir na relação com o doente implica também no estabelecimento de estratégias que humanizem a assistência. Entretanto, elas ultrapassam a instância ôntica apenas quando singularizam o doente; caso contrário, transformam-se em mais técnicas e normas a serem seguidas (MAGALI, 2007 p. 194).

Araújo, et al. (2013, p.142) apresentam que o cuidado integral rompe com a fragmentação corpo/mente, normal/patológico e caminha para um cuidado integrador, humanizado, favorecedor de uma vida melhor e mais saudável – um cuidado terapêutico. Sendo assim os profissionais de saúde, dentre eles os profissionais enfermeiros, devem buscar desenvolver competências e habilidades que assegurem um agir voltado para a subjetividade humana, principalmente quando nos reportamos ao cuidado profissional de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos, em que muitas vezes o amor, o respeito e o zelo representam muito mais do que qualquer aparato tecnológico disponível.

O profissional deve se aproximar de seu paciente para “conquistar sua confiança”, possibilitando a expressão de seus desejos e o trabalho do “resgate”. Paradoxalmente, ele deve manter uma distância para preservar sua identidade profissional, buscando um ponto de equilíbrio em um jogo que compreende novos posicionamentos a cada situação. Sem dúvida, uma tarefa complexa, a do paliativista: manter seu lugar e identidade profissionais em um permanente processo de diferenciação com o doente e, paralelamente, afirmar sua proximidade e capacidade de identificação com o processo doloroso vivido por pacientes e familiares. A “humanização” da assistência deve ser administrada pela busca incessante de novos posicionamentos individuais e coletivos, levando a uma aproximação, seguida por um afastamento (MENEZES, 2004, p. 205).

Subcategoria: Percentual da relação entre profissionais com os pacientes e familiares.

Requeru-se que os profissionais assinalassem qual era o tipo de relação que tinham com os pacientes e familiares, se era muito bom, bom, razoável e péssimo. Obtivemos então 7 (77,77%) profissionais que responderam que é muito boa a relação com os pacientes e apenas 2 (22,22%) profissionais disseram que é bom a sua relação com os pacientes. Em relação com os familiares, 5 (55,55%) disseram que é muito boa a sua relação e 4 (44,44%) disseram que é bom o seu entrosamento entre os familiares.

Nesta relação percebe-se que os profissionais enfermeiros apresentam uma boa relação com os pacientes e familiares, e essa relação contribui favoravelmente para a lida dos sofrimentos gerados no processo de internação. Assim, como comenta Pires et al. (2013) o familiar sente-se inserido no cuidado de enfermagem e assistido tanto no âmbito físico, quanto emocional. Expressam o apoio, carinho, a escuta e atenção como características relevantes no acolhimento da equipe.

Pires, et al. (2013) ainda explica que a equipe de enfermagem convive a maior parte do tempo com o binômio paciente/familiar, e que está apta para informar, atender e acolher ambos em todo o processo. A equipe de enfermagem é a referência de todos em uma unidade de cuidados, principalmente da família que se encontra fragilizada, ferida e impotente frente à eminente perda de um ente querido. Desse modo, a equipe de enfermagem que trabalha com cuidados paliativos deve inteirar-se das vivências do paciente e da família para valorizar a dimensão relacional deste cuidado.

Santana (2009) ressalta o quanto é importante ter uma relação empática com a família, pois isso reflete na tomada de decisões em momentos complicados para a resolução de dilemas éticos como, por exemplo, a reanimação. Nesse processo o profissional enfermeiro precisa ter desenvolvido um esclarecimento para a família e paciente, ter uma postura coerente frente aos outros profissionais de saúde envolvidos e ainda a observação dos princípios bioéticos.

Subcategoria: Percentual de conhecimento das 5 fases emocionais, Ross (2011).

Neste percentual avaliou-se se os profissionais enfermeiros conheciam as 5 fases emocionais (negação, depressão, barganha, raiva e aceitação) que o doente poderá passar segundo Elisabeth Kübler Ross (2011). Obteve-se como resultado, 8 (88,88%) dos enfermeiros sabiam identificar tais fases e apenas 1 (11,11%) desconhecia.

Sabe-se quão é importante conhecer tais fases e saber intervir a partir da identificação de cada uma delas. Kovács (2007, p.216) comenta que os estágios:

negação, raiva, barganha, depressão e aceitação são um instrumento que pode ajudar a compreender que as pessoas passam por fases em situação de crise, ou quanto sentem as suas vidas ameaçadas. O que importa não é a sequência dos estágios, que não devem ser vistos como um padrão. É sim, e antes de tudo, uma busca de sintonia com as necessidades daqueles que estão enfermos ou de seus cuidadores.

No estudo realizado por Susaki, et al. (2006) mostrou que os profissionais de enfermagem se encontram numa situação de fragilidade para atuar junto ao paciente fora de possibilidades de cura, pois alguns desconheciam as fases emocionais e demonstravam dificuldades na lida com a morte e o processo do morrer. Isto mostra mais uma vez que é indispensável ter o conhecimento e saber identificar as fases para assim prestar uma melhor assistência para os indivíduos em fim de vida.

Como exemplo o estágio da depressão, dependendo da fase pode ser uma reação a uma má notícia, uma necessidade de recolhimento para a sua elaboração. Porém, segundo Kübler-Ross (2011) pode ser também uma outra forma de depressão, na verdade uma preparação para a morte. É um recolhimento energético e um desligamento do mundo que precisa de respeito e silêncio para acompanhar e não se intrometer, acolher e não abandonar. Se for o primeiro tipo de depressão mais reativo, este pode necessitar de medicação ou cuidados, o segundo com certeza não deve ser abordado com antidepressivos. O que se precisa é uma presença acolhedora e silenciosa.

CONCLUSÃO

Conclui-se então que apresentando o perfil dos enfermeiros que lidam com paciente em processo do morrer e morte, suas dificuldades e entendimentos entre as relações do processo da morte e morrer, bem como sua formação, traz um reflexão que este é uma processo de construção contínua para a classe de profissionais da enfermagem e para os pacientes, uma vez que estudos apontaram a necessidade desta formação contínua entre os profissionais em virtude do despreparo profissional, conhecimento inadequado, dificuldades de enfrentamento e lacunas na formação acadêmica e profissional de forma contínua, como principais barreiras que dificultam na assistência de enfermagem em oncologia e cuidados paliativos.

Um outro aspecto a ser levantado, são as formas de cultura do processo de morte e morrer que estão cada dia mais se modificando, pois tentativas isoladas surgem, em humanizar este processo e nós profissionais que fazemos parte deste contexto temos que estar preparados para este novo desafio. Por um lado, existir-se-á o familiar que sofre com o declínio de seu ente querido, por outro a luta pela desospitalização desses pacientes e outro o sistema de saúde tentando reduzir gasto. Estes são e serão os desafios a serem enfrentados por nós profissionais de enfermagem. Outros estudos deverão dar seguimento, com o propósito de desmistificar alguns traços marcantes que ainda existem no processo morte e morrer.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. C.; SILVA, R. S.; PEREIRA, A. O. **Cuidado Sensível ao Paciente Sob Cuidados Paliativos**. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. *Enfermagem em Cuidados Paliativos: Cuidando para uma boa morte*. 1º ed. São Paulo: Editora Martinari, 2013.

- BARDIN, L. **Análise de conteúdo** (L. de A. Rego & A. Pinheiro, Trads.). Lisboa: Edições 70. (Obra original publicada em 1977); 2006.
- HERMES, H.R.; LAMARCA, I.C.A. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, ed 18. pag:2577-2588, Rio de Janeiro. 2013.
- KOVÁCS, M. J. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 34. São Paulo: 2010.
- KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes, São Paulo: WMF Martins Fontes Ltda, 2011. (Obra original publicada em 1969).
- MAGALHÃES, A. M. M. et al. Perfil dos Profissionais de Enfermagem do Turno Noturno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. Rio Grande do Sul. 2007.
- MAGALI, R. B. **Enfermagem e morte**. In: INCONTRI, D.; SANTOS, F. S. A arte de morrer - Visões Plurais. Enfermagem e Morte. 1 ed. São Paulo: Bragança Paulista, Editora Comenius, 2007.
- MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A.C.; LEITE, M. M. J. Perfil do Enfermeiro e Necessidades de Desenvolvimento de Competência Profissional. **Revista Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2006.
- MENEZES, A. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, Garamond, 2004.
- MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25^o ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.
- PADILHA, M. I. C. S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e Enfermagem: Uma Análise Reflexiva. **Revista de Enfermagem da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – UERJ**. Rio de Janeiro, 2006.
- PIRES, L. C. B. VARGAS, M. A. O. VIEIRA, R. W. RAMOS, F. R. S. FERRAZO, S. BITENCOURT, J. V. O. V. Relação entre equipe de enfermagem e família de pessoas em cuidados paliativos. **Revista Enfermagem em Foco**. São Paulo. 2013.
- REIS, R. J. et al. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**. Belo Horizonte, 2003.
- RUBEN, N. R. A evolução da enfermagem e o processo saúde doença no Brasil. **Revista de Educação Popular**. v. 7, Uberlândia, 2008.
- SANTANA, J. C. B. et al. Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Revista do Centro Universitário São Camilo**. São Paulo, 2009.

SILVA, A. E. **Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) - Fundação Educacional de Divinópolis. Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, 2008.

SILVA, R. S.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e os Cuidados Paliativos**. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. *Enfermagem em Cuidados Paliativos: Cuidando para uma boa morte*. 1º ed. São Paulo: Editora Martinari, 2013.

SUSAKI, T. T.; SILVA, M. J. P.; POSSARI, J. F. Identificação das fases do processo de morrer pelos profissionais de Enfermagem. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 19, 2006.

VASQUES, T. C. S, et al. Percepções dos trabalhadores de enfermagem acerca dos cuidados paliativos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, Rio Grande, 2013.

GESTÃO DE MATERIAIS NO HOSPITAL: A PARTICIPAÇÃO DA ENFERMAGEM

Laíssa Shimada Junqueira¹; Arthur Velloso Antunes²; Clesnan Mendes-Rodrigues³

¹Graduanda em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

²Doutor, Professor Associado do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Minas Gerais, Brasil, e-mail: arthurantunes22@gmail.com,

³Doutor em Ecologia pelo Programa de Pós-graduação em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais - Instituto de Biologia, Enfermeiro no Hospital de Clínicas de Uberlândia, Graduando em Estatística pela Faculdade de Matemática; Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

INTRODUÇÃO: Considerando as transformações ocorridas nas últimas décadas no mercado mundial e no mercado da área de saúde, que vive momentos de grandes transformações e competitividade, de escassez de investimentos e recursos, de restrições orçamentárias, trona-se evidente a necessidade de conhecimento sobre custos e um controle de gastos rigoroso, a fim de garantir a sobrevivência do setor de saúde e a qualidade e eficiência nos serviços SUS. **OBJETIVOS:** Levantar situações de trabalho da enfermagem em que ocorrem desperdícios de materiais; verificar como deve ser a atuação do enfermeiro na gestão de materiais em seu setor de trabalho (previsão, requisição, recebimento, armazenamento, e utilização dos materiais); levantar o conhecimento do enfermeiro sobre o custo de materiais usados na assistência de enfermagem. **METODOLOGIA:** O presente trabalho é uma pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa realizada em um hospital universitário. Participaram todos os 38 enfermeiros chefes dos diferentes setores da instituição e a coleta de dados foi feita através da aplicação de um questionário. **RESULTADOS:** As situações ou procedimento em que ocorrem mais desperdícios de materiais são uso inadequado de folha de papel A4, realização de curativo, preparo de medicações, procedimentos e armazenamento de materiais em paciente que estão em quartos de isolamento, uso inadequado do equipo para bomba de infusão; os enfermeiros chefe entendem o processo de gestão de materiais e sabem o que deve ser feito em cada uma das cinco etapas do processo (previsão, requisição, recebimento, armazenamento e utilização) apontando ações que devem ser realizadas em cada uma delas; os enfermeiros são, na sua maioria, capazes de predizer de uma maneira linear os preços dos materiais que são utilizados na assistência de enfermagem nos diferentes setores do hospital, embora na sua maioria com superestimativas, mas de uma maneira proporcional, ou seja, o aumento das estimativas cresce com o aumento dos preços da última compra. **CONCLUSÕES:** Apesar dos enfermeiros saberem o que deve ser feito nas diferentes etapas da gestão de materiais e de estipularem preços aos materiais que utilizam maiores do que custam na realidade, ainda ocorrem diversas situações de desperdícios que os preocupam, sendo assim, é necessário que coloquem em prática seus conhecimentos e experiências para que possam ser evitadas as perdas e os desperdícios. Assim deve estabelecer as condições de uso dos materiais disponíveis, instituir a utilização de kits, criar critérios de controle e fiscalização do uso e envolver os

funcionários no processo através de orientações no dia a dia e treinamentos específicos.

Descritores: Enfermagem. Gestão. Materiais. Desperdício.

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde, já em 1982, apontava a enfermeira como o profissional da área de saúde com maior potencial para assegurar uma assistência rentável, uma vez que ela está presente na realização da maioria dos serviços hospitalares⁽¹⁾.

Com as transformações e a instabilidade econômica nas últimas décadas no mercado mundial e nacional, o mercado da área de saúde vive momentos de grandes transformações e competitividade, há cobranças tanto da sociedade quanto dos planos de saúde nas instituições privadas, há escassez de investimentos e recursos, e as restrições orçamentárias estão cada vez maiores nas instituições públicas, tornando-se evidente a necessidade de conhecimento sobre custos e um controle de gastos rigoroso⁽¹⁾.

Sabe-se que tanto no setor hospitalar público, quanto no privado, o controle dos gastos é essencial para manter as instituições em funcionamento e com qualidade. Sabe-se também que, neste contexto, a enfermagem tem papel fundamental, pois ela está entre os maiores consumidores de materiais nestas instituições, pelas atividades que realiza e por ser a maior equipe de trabalhadores nos hospitais. Assim, é de grande importância conhecer nas situações de trabalho da enfermagem aquelas em que podem ocorrer desperdícios, entender como deve ser a atuação do enfermeiro chefe na gestão de materiais e saber se eles sabem os custos dos materiais que utilizam para realização da assistência ao paciente.

Com isso, há a necessidade de implantar estratégias de controle destes materiais, no sentido de garantir a viabilidade dessas instituições, a classificação ABC dos materiais vem como método de controle de estoque, mostrando quais materiais necessitam de maior atenção e, também, possibilita fazer um planejamento para aquisição desses materiais⁽²⁾.

Esta classificação se baseia na ordenação dos itens de estoque de acordo com seu Valor de Aquisição Anual (VAA) em ordem decrescente (VAA = quantidade adquirida X custo unitário), calcula-se então o VAA acumulado em cada item, e para cada item calcula-se a porcentagem do número de item em relação ao valor total dos estoques, após isso classifica-se em relação às classes. No estudo que realizaram para classificação dos materiais utilizaram-se os seguintes critérios: itens de classe A representam 50% dos custos, itens de classe B representam 30% e os de classe C 20%. Nos resultados, os materiais assistenciais, assim como (luvas, gases, seringas, agulhas) representavam 80% dos itens hospitalares e são os mais representativos na classe A, mostrando então mais uma vez a importância da enfermagem no controle de custos nas instituições⁽²⁾.

É necessária uma nova avaliação deste método a cada ano devido a variável do custo dos produtos e sua utilização. Resumidamente, aos itens mais importantes, segundo a ótica do valor ou da quantidade, dá-se a denominação itens classe A, aos intermediários, itens classe B, e aos menos importantes, itens classe C⁽³⁾.

Esses percentuais do total de itens que pertencem à determinada classe não são uma razão exata: os da classe A estão entre 35% e 70% do valor movimentado no estoque, os da classe B, entre 10% a 45% e os da classe C, entre 20% e 55%⁽³⁾.

A ideia de realização deste trabalho, primeiramente veio pelo interesse em estudar a função administrativa do enfermeiro que tem papel importante na gestão de materiais no hospital, a enfermagem trabalha diretamente com esses recursos e é um dos grandes consumidores de materiais, portanto, necessita de uma gestão eficiente. Por estes motivos e por não existirem muitos estudos relacionados a este tema, fizemos um levantamento junto aos enfermeiros chefes dos diferentes setores do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU) com a finalidade de analisar alguns aspectos relativos à gestão de materiais na visão do enfermeiro chefe. Os objetivos específicos foram: levantar situações de trabalho da enfermagem em que ocorrem desperdícios de materiais; verificar como deve ser a atuação do enfermeiro na gestão de materiais em seu setor de trabalho, considerando as etapas de previsão, requisição, recebimento, armazenamento, e utilização dos materiais e; levantar o conhecimento do enfermeiro sobre o custo de materiais usados na assistência de enfermagem, levando em conta a classificação ABC dos materiais.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória, descritiva e quantitativa realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia através do parecer número 1.127.790 e a coleta dos dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2015. A população e a amostra do estudo foram compostas por todos os enfermeiros chefes dos setores de enfermagem do hospital, totalizando 38 participantes.

Os dados foram coletados através de um questionário estruturado contendo três questões, a primeira foi de livre resposta e solicitou que os participantes citassem até três situações/procedimentos de trabalho da enfermagem que ocorrem desperdícios de materiais. A segunda, também de livre resposta, foi proposta para saber como deve ser a atuação do enfermeiro na gestão de materiais em seu setor, sendo a questão subdividida nas cinco etapas do processo de gestão de materiais: previsão, requisição, recebimento, armazenamento, e utilização dos materiais.

A terceira questão foi proposta para verificar o conhecimento dos enfermeiros chefes sobre o custo dos primeiros quinze materiais do grupo A da Curva ABC de Valores disponibilizada pela gestão de materiais do HCUFU, que são utilizados na assistência de enfermagem. Assim, foram apresentados os 15 itens para que o enfermeiro informasse qual o valor de compra de cada produto, de acordo com o que ele acreditava. Os resultados sobre as situações de desperdícios e ação dos enfermeiros nas cinco etapas da gestão de materiais foram categorizados e apresentados utilizando estatística descritiva (frequência absoluta e relativa em função do total de respostas).

Para a terceira questão, os dados foram apresentados individualmente por enfermeiro, foram incluídos somente 24 Enfermeiros Chefes, pois os demais sujeitos não atribuíram preços a mais de 3 materiais e foram excluídos das análises. Para testar a relação linear entre os valores reais (valor da última compra) e atribuídos por cada enfermeiro (valor informado no questionário) foi realizada correlação de Spearman para cada enfermeiro respondente entre os dois valores e a sua significância testada com

teste *t* de Student; nessa análise somente foram inseridos os dados de itens que cada enfermeiro atribuiu valor. Para verificar a diferença entre os preços reais e atribuídos para cada enfermeiro a diferença média foi testada a partir do teste *t* de Student para dados pareados em função de cada item. Para testar se existe associação do conhecimento dos enfermeiros chefes sobre os preços dos materiais utilizados, realizou-se teste de McNemar. Foi testado se enfermeiros que apresentavam alta correlação entre o preço atribuído e o da última compra também estimavam corretamente o preço. Adicionalmente foi calculada a média de preço de cada item e esta foi ajustada em função de um modelo de regressão linear com o preço da última compra. O modelo foi testado sem o intercepto. O ajuste do modelo foi testado com uso de Anova.

Para todas as análises foi adotado significância de 5%. As análises foram executadas no BioEstat 5.3 ou SPSS versão 20.

RESULTADOS

Os dados da tabela 1 mostram as situações ou procedimentos em que ocorre maior desperdício de materiais na opinião dos enfermeiros chefes de setores.

Tabela 1. Análise das respostas de Enfermeiros quanto a questões relacionadas a situações de desperdícios materiais ocorrentes na unidade de trabalho.

| Categorias das respostas | Número | % |
|---|-----------|---------------|
| Utilização inadequada de impressos | 13 | 14,61 |
| Realização de curativo | 12 | 13,48 |
| Preparo de medicações | 12 | 13,48 |
| Desconhecimento na utilização dos materiais | 12 | 13,48 |
| Procedimento em paciente isolado | 7 | 7,87 |
| Utilização inadequada de equipos de soro | 6 | 6,74 |
| Contaminação no manuseio de material estéril | 4 | 4,49 |
| Atendimento em situações de emergências | 4 | 4,49 |
| Falta de materiais adequados para alguns procedimentos levando à utilização de materiais mais caros como substituição | 4 | 4,49 |
| Troca semanal das soluções de almotolias | 3 | 3,37 |
| Utilização em excesso de copos descartáveis | 3 | 3,37 |
| Compra de materiais de baixa qualidade | 2 | 2,25 |
| Pedidos de materiais em excesso | 2 | 2,25 |
| Procedimento de punção venosa periférica | 2 | 2,25 |
| Consumo de esparadrapo para uso pessoal | 1 | 1,12 |
| Perda de materiais por prazo de validade vencido | 1 | 1,12 |
| Acompanhantes que levam material do hospital para casa | 1 | 1,12 |
| Total | 89 | 100,00 |

Fonte: dados do estudo

Os dados referentes às respostas dos enfermeiros chefes sobre como deve ser a ação do enfermeiro nas cinco etapas da gestão de materiais – previsão, requisição, recebimento, armazenamento e utilização – em seu setor de trabalho estão apresentados tabela de 2.

Tabela 2. Análise das respostas de Enfermeiros quanto a questões relacionadas as etapas do processo de gestão de materiais na unidade.

| Questões apresentadas para cada etapa da gestão de materiais (N respostas) | | |
|---|--------|-------|
| Categorias das respostas | Número | % |
| Como se deve agir na etapa de previsão? (N = 41 respostas) | | |
| Verificar quantidade usada semanalmente | 18 | 43,90 |
| Verificar a quantidade de material a ser utilizado | 13 | 31,71 |
| Elaboração de planilha para controle do consumo | 3 | 7,32 |
| Realizar conferência do estoque | 2 | 4,88 |
| Determinar períodos ou intervalo entre os pedidos | 2 | 4,88 |
| Considerar quantidade média de pacientes | 2 | 4,88 |
| Considerar a quantidade média de procedimentos | 1 | 2,44 |
| Como se deve agir na etapa de requisição? (N = 39 respostas) | | |
| Requisitar a quantidade necessária de acordo com a previsão | 27 | 69,23 |
| Padronizar dia da semana para fazer a requisição | 6 | 15,38 |
| Verificar especificação de cada item ao requisitar | 4 | 10,26 |
| Outras respostas isoladas | 2 | 6,12 |
| Como se deve agir na etapa de recebimento? (N = 44 respostas) | | |
| Conferir quantidade de materiais requisitados | 23 | 52,27 |
| Realizado pela equipe de enfermagem | 10 | 22,73 |
| Conferir produto, validade e integridade do material | 7 | 15,90 |
| Conferência deve ser feito por alguém da equipe de enfermagem | 2 | 4,55 |
| Receber apenas o que foi solicitado | 2 | 4,55 |
| Como se deve agir na etapa de armazenamento? (N = 47 respostas) | | |
| Checar local correto de armazenamento, temperatura e prazo de validade | 27 | 57,45 |
| Organizar materiais conforme data de validade | 15 | 31,91 |
| Orientar equipe quanto disponibilização dos materiais para fácil visualização | 4 | 8,51 |
| Materiais específicos devem-se armazenar em armários trancados | 1 | 2,13 |
| Como se deveria agir na etapa de utilização? (N = 34 respostas) | | |
| Organizar o material antes do procedimento | 11 | 32,35 |
| Utilizar somente o necessário | 9 | 26,47 |
| Conscientizar equipe quanto a desperdícios | 7 | 20,59 |
| Realização de kit's para procedimentos específicos | 2 | 5,88 |
| Fiscalização do uso | 2 | 5,88 |
| Outras respostas isoladas | 3 | 8,82 |

Fonte: dados do estudo

Os custos dos quinze materiais do grupo A da Curva ABC de Valores foram atribuídos pelos enfermeiros chefes e comparados com os valores pagos pela instituição na última compra que antecedeu a coleta de dados, demonstrados na tabela 3.

Tabela 3 - Preços atribuídos pelos enfermeiros chefes dos setores para cada unidade de materiais utilizados na assistência de enfermagem e último preço pago por este material pelo Hospital, Uberlândia – 2015.

| ENF | rs | Média Diferenças | Teste t | Preço em reais | | |
|-----|----------|------------------|---------|----------------|----------------|---------------|
| | | | | Produto | Média dos Enf. | Última Compra |
| E26 | 0,577* | -1,36 | ns | A | 15,1563 | 14,05 |
| E30 | 0,828** | -0,65 | ns | B | 4,28542 | 1,35 |
| E35 | 0,263ns | -0,59 | ns | C | 11,5292 | 11,45 |
| E24 | 0,664** | -0,53 | ns | D | 5,07708 | 2,25 |
| E2 | 0,783** | -0,35 | ns | E | 0,94826 | 0,21 |
| E19 | 0,802** | -0,11 | ns | F | 2,43435 | 0,34 |
| E12 | 0,469ns | 0,13 | ns | G | 0,53227 | 0,31 |
| E7 | 0,9320** | 0,35 | ns | H | 1,37478 | 0,27 |
| E14 | 0,793** | 0,59 | ns | I | 1,69143 | 0,44 |
| E4 | 0,731** | 0,73 | ns | J | 1,88565 | 0,22 |
| E22 | 0,780** | 0,95 | ns | K | 12,807 | 2,9 |
| E37 | 0,572* | 1,65 | ns | L | 6,50625 | 4,65 |
| E31 | 0,857** | 1,80 | ns | M | 11,9517 | 1,7 |
| E3 | 0,589* | 1,98 | ns | N | 2,77458 | 2,4 |
| E21 | 0,812** | 2,25 | * | O | 4,59375 | 1,28 |
| E5 | 0,808** | 2,53 | * | | | |
| E9 | 0,7820** | 2,77 | * | | | |
| E15 | 0,562* | 2,85 | ns | | | |
| E1 | 0,899** | 4,14 | ns | | | |
| E29 | 0,814** | 5,27 | * | | | |
| E36 | 0,760** | 7,40 | * | | | |
| E10 | 0,925** | 7,43 | * | | | |
| E6 | 0,772** | 8,99 | * | | | |
| E38 | 0,578* | 15,84 | * | | | |

FONTE: dados do estudo

LEGENDAS: *($P < 0,05$), **($P < 0,01$), e ns ($P > 0,05$) para correlação de Spearman (rs) baseado no teste t de Student; e para média das diferenças baseado no teste t de Student para dados pareados; ENF (Enfermeiro Chefe); Materiais: A) equipo comum de soro para bomba de infusão B) equipo de soro macro gotas c/ suspiro e injetor lateral C) equipo de dieta enteral para bomba de infusão D) equipo comum para dieta enteral E) luva de látex para procedimento não estéril F) compressa tipo gaze estéril com 5 dobras, 8 camadas, 11 fios, 7,5 x 7,5 cm pacote com 10 unidades G) agulha descartável 25x8 H) seringa descartável 20mL - bico reto I) tira reagente para glicemia J) coletor de urina tipo saco coletor K) coletor de urina sistema fechado L) esparadrupo impermeável tipo rolo M) fita hipoalergênica para curativo 10 cm x 4,5 m (transpore) N) torneira de 3 vias para infusão venosa O) cateter intravenoso periférico 25g x 0,7.

DISCUSSÃO

Na tabela 1 verificamos que a situação de desperdício mais citada pelos participantes, não se encaixa dentre os materiais assistenciais, referindo-se à utilização

de papel A4 para impressão inadequada de documentos por parte dos funcionários, a maioria para fins pessoais. A ocorrência desta situação demonstra que a instituição deve adotar mecanismos de controle de impressão e de disponibilização de documentos importantes na intranet, com acesso liberado para os funcionários.

Outras situações de desperdícios apontadas foi a de realização de curativos e o preparo de medicações. O desperdício na realização de curativo ocorre por não existir uma classificação dos tipos de curativos e kits de materiais específicos para cada tipo, assim, para diminuir o desperdício é necessário identificar os tipos de curativos e criar kits específicos para cada um deles. No preparo de medicações o desperdício ocorre nos casos em que as dosagens contidas nos frascos são maiores que a dose a ser administrada, para reduzir tal desperdício, a solução seria a centralização do preparo de medicamentos com a dispensação por dose individualizada, mas enquanto isto não é implantado na instituição, deve-se estudar um meio de propor técnicas de preparo que permitam o reaproveitamento de todo conteúdo do frasco para novas aplicações, considerando o tempo de estabilidade dos medicamentos após a reconstituição.

Outra situação de desperdício apontada está relacionada com a assistência ao paciente em isolamento. Ela ocorre porque, para facilitar o trabalho, a equipe de enfermagem armazena no quarto diversos materiais para serem usados em diferentes procedimentos, quando o paciente sai de alta ou acaba o isolamento tais materiais tem que ser desprezados. A solução nesta situação seria a confecção de kits para os diferentes procedimentos de enfermagem que seriam solicitados apenas na hora de sua realização, e o treinamento dos funcionários para atuação nessas situações.

O desconhecimento na utilização dos materiais utilizados na assistência também foi citado, ele ocorre porque alguns funcionários e, na maioria das vezes, os estagiários não sabem como utilizá-los. Uma solução para este caso seria criação de protocolos de utilização e capacitar o pessoal.

A inadequada utilização dos equipo para soro também foi citada como situação de desperdício, na qual os enfermeiros relataram que há a troca desnecessária, em períodos curtos de tempo, que não obedecem ao prazo máximo de utilização preconizado que é de 96 horas e troca em intervalo menor se houver sujidade visível. A adoção de protocolos de utilização destes materiais seria útil, assim como a realização de treinamento das equipes, além do controle e fiscalização da utilização deste material por parte dos enfermeiros responsáveis.

Numa análise geral das situações de desperdícios citadas pode-se inferir que a atuação dos enfermeiros responsáveis pela gestão de materiais não está sendo feita de forma eficiente, pois a solução para a maioria delas está no desenvolvimento adequado do processo de gestão de materiais. Assim, podemos sugerir que sejam feitos investimentos na qualificação dos enfermeiros chefes, na criação de protocolos de utilização dos materiais mais críticos e na elaboração de kits adequados aos procedimentos a serem realizados.

Não encontramos na literatura outros estudos que nos permitissem fazer maiores comparações com os resultados que encontramos. Um estudo realizado semelhante, também em um Hospital Universitário, porem sobre levantamento dos diferentes tipos de desperdícios, dentre eles: material, estrutura física, leitos, equipamentos, processo de trabalho e pessoal, suas causas e sugestões para eliminá-las, foram levantadas junto aos profissionais da enfermagem e médicos atuantes na área assistencial. O desperdício relacionado ao material foi o mais apontado dentre todos, e as situações que ocorriam os desperdícios de materiais foram semelhantes às encontradas em nosso estudo, sendo eles: medicamentos, papel A4, materiais

usados/armazenados em paciente isolado, destreza/inexperiência da utilização dos materiais pelos estagiários, curativo, equipo de soro, punção, abertura desnecessária de materiais nos procedimentos, planejamento do uso dos materiais antes da sua abertura, entre outros⁽⁴⁾.

A tabela 2 nos mostrou as respostas dos enfermeiros chefes sobre como deve ser sua atuação nas etapas da gestão de materiais em seu setor. Na etapa de previsão da gestão de materiais deve-se verificar o que solicitar e quando solicitar os materiais. Para saber o que solicitar deve-se levar em conta o consumo médio de cada material e para saber quando solicitar deve considerar a periodicidade em que os pedidos são feitos. A previsão ou a quantidade a ser requisitada pela unidade representa uma estimativa de gastos em determinado período⁽⁵⁾.

Nesta tabela podemos verificar que 75,61% dos enfermeiros chefes disseram que deve ser verificada a quantidade de material a ser solicitada, além disso, apontam para a necessidade de saber sobre o consumo dos materiais, controle de consumo e de estoque, intervalos para pedidos, quantidade de pacientes e de procedimentos a serem realizados. Tais respostas demonstram que os enfermeiros chefes conhecem as ações a serem feitas nesta etapa.

Na etapa de requisição da gestão de materiais, o enfermeiro deve fazer a requisição do material considerando a quantidade definida na etapa de previsão, em tempo hábil, para que não falem materiais para a assistência a ser prestada⁽⁵⁾.

As respostas dos enfermeiros chefes mostram que nesta etapa deve ser considerada a quantidade prevista para consumo (69,23%), em um dia determinado da semana, fazendo a especificação correta do material, demonstrando que eles sabem o que deve ser feito nesta etapa.

Na etapa de recebimento da gestão de materiais deve ocorrer a conferência dos materiais entregues pelo fornecedor no prazo determinado, constantes na nota fiscal com os dados da nota de empenho⁽⁵⁾. No setor de internação isto equivale à conferência dos materiais entregues pelo almoxarifado constante da requisição, observando a quantidade e o tipo de material solicitado. As respostas dos enfermeiros chefes mostram a preocupação em conferir a quantidade e o produto que está sendo entregue e que isto deve ser feito por alguém da equipe de enfermagem (75%), além disso, disseram que deve ser conferido o prazo de validade e a integridade do material. Tais respostas demonstram que eles sabem o que deve ser feito nesta etapa.

O armazenamento ou organização dos materiais consiste na maneira como o enfermeiro irá dispor os materiais na unidade⁽⁶⁾. Ele deve procurar centralizá-los em locais de fácil acesso para facilitar o uso e controle. As respostas dos enfermeiros chefes mostram a preocupação em armazenar no local correto e organizar os materiais de acordo com a data de validade (89,36%), guardar de modo que facilite a visualização e alguns devem ser guardados em armários fechados. Tais respostas demonstram que eles sabem o que deve ser feito nesta etapa.

Na etapa de utilização o enfermeiro é responsável por orientar o pessoal quanto ao uso correto dos materiais visando alcançar bons resultados no trabalho e evitar desperdício por perda ou uso inadequado. É também responsável pelo controle desse material, evitando os extravios, que muitas vezes são causas de prejuízos.

O controle na utilização dos materiais fornece dados importantes para a previsão, propiciando informações sobre a qualidade e a durabilidade do material, diminui extravio e assim garante uma utilização apropriada dos recursos materiais, bem como a continuidade de assistência ao paciente e a diminuição de custos relacionados aos materiais⁽⁶⁾. As respostas dos enfermeiros chefes mostram que se deve organizar o

material antes do procedimento, usar somente o necessário e conscientizar a equipe quanto aos desperdícios (79,41%), além de criar kits e fiscalização do uso.

Numa análise geral das respostas dos enfermeiros chefes sobre o que deve ser feito nas cinco etapas da gestão de materiais, concluímos que os enfermeiros chefe entendem o processo de gestão de materiais, sabendo o que deve ser feito em cada uma delas.

Um estudo realizado em uma unidade de terapia intensiva de um hospital de ensino do interior de São Paulo, em entrevista a uma enfermeira sobre suas atividades relativas ao gerenciamento de recursos materiais, descreveu cada etapa de gestão de materiais de acordo com a rotina do setor. A pesquisa evidenciou e reforçou a importância do enfermeiro ter noções sobre o controle do uso de materiais, supervisionar adequadamente o trabalho de sua equipe e ainda proporcionar a educação e atualização constante do conhecimento com a finalidade de garantir melhores rendimentos financeiros e de qualidade no uso de recursos materiais necessários à assistência ao paciente⁽⁷⁾.

Na tabela 3 são apresentados dados referentes à comparação entre o preço estimado pelos enfermeiros chefes e o custo do material na última compra antes da coleta de dados.

Com a análise estatística dos dados desta tabela verificamos que apesar da maioria (66,6%) saber estimar o preço dos materiais, um percentual considerável (33%) não soube estimar o preço dos materiais, o que pode levar a uma menor preocupação por parte destes profissionais na orientação da sua equipe sobre a economia e a utilização eficiente dos materiais, demonstrando que os enfermeiros que tem baixa correlação entre os valores tendem a apresentar médias das diferenças iguais entre o estimado e a última compra.

Quando a média geral de preços atribuídos por todos os enfermeiros foi comparada com o valor da última compra, o valor também foi diferente entre o atribuído e o valor da última compra ($t=3,23$, $p<0,01$), sendo que a diferença média foi de R\$2,65 (desvio padrão = 3,17), evidenciando que os enfermeiros tendem a predizer um valor do produto acima do valor da última compra, num comportamento geral. Os materiais: coletor de urina sistema fechado (K) e fita hipoalergênica para curativo 10 cm X 4,5 m – transpore (M) são os materiais que os enfermeiros chefes tiveram mais dificuldades para predizer, atribuindo a estes materiais valores R\$9,91 e R\$10,25 maiores que da última compra.

Verificou-se que as correlações foram significativas em 22 dos 24 enfermeiros. Isto demonstra que os enfermeiros são na sua maioria capazes de predizer de uma maneira linear os preços, embora na sua maioria com superestimativas, mas de uma maneira proporcional, ou seja, o aumento das estimativas cresce com o aumento dos preços da última compra. Esse comportamento também pode ser observado na Figura 1, que demonstra que o modelo de regressão tem um bom ajuste ($F_{1,14} = 35,74$; $P < 0,01$), sendo o intercepto também significativo ($t = 5,79$; $P < 0,01$; IC(95%) = 0,793-1,680). A cada aumento de um real do preço da última compra o preço médio atribuído pelos enfermeiros cresce R\$ 1,2361.

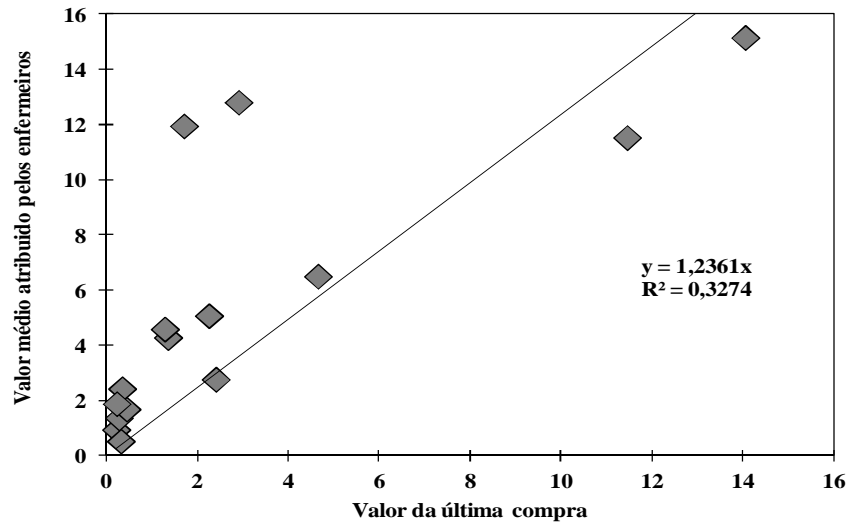


Figura 1. Relação linear entre o preço médio atribuído por enfermeiros a 15 itens da curva ABC e o valor da última compra para cada item.

Fonte: dados deste estudo

Tais dados demonstram que de maneira geral, que os enfermeiros atribuem aos materiais que utilizam na assistência preços maiores do que custam na realidade, o que pode contribuir para uma maior preocupação na utilização e no controle dos materiais.

CONCLUSÃO

Este estudo permitiu analisar alguns aspectos relevantes relativos à gestão de materiais realizada pelo enfermeiro chefe enquanto gestor de materiais em diferentes setores do HCUFU.

As situações ou procedimento em que ocorrem mais desperdícios de materiais são: uso inadequado de folha de papel A4, realização de curativo, preparo de medicações, procedimentos e armazenamento de materiais em paciente isolados, e o uso inadequado do equipo para bomba de infusão.

Os enfermeiros chefe entendem o processo de gestão de materiais, sabendo o que deve ser feito em cada etapa (previsão, requisição, recebimento, armazenamento e utilização).

Os enfermeiros são, na sua maioria, capazes de prever de uma maneira linear os preços dos materiais que são utilizados na assistência de enfermagem nos diferentes setores do hospital, embora na sua maioria com superestimativas, mas de uma maneira proporcional, ou seja, o aumento das estimativas cresce com o aumento dos preços da última compra.

Além disso, pudemos observar que apesar dos enfermeiros saberem o que deve ser feito nas diferentes etapas da gestão de materiais e de estipularem preços aos materiais que utilizam maiores do que custam na realidade, ainda ocorrem diversas situações de desperdícios que os preocupam, sendo assim, é necessário que coloquem em prática seus conhecimentos e experiências para que possam ser evitadas as perdas e os desperdícios. Devem ser estabelecidas as condições de uso dos materiais disponíveis, instituir a utilização de kits, criar critérios de controle e

fiscalização do uso e envolver os funcionários no processo através de orientações no dia a dia e treinamentos específicos.

REFERÊNCIAS

1. CASTILHO, V.; VALÉRIA, I. M. F.. A enfermagem e o gerenciamento de custos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 36, n. 3, p.240-4, jan 2002.
2. LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, V. Classificação ABC dos materiais: uma ferramenta gerencial de custos em enfermagem. **Rev Bras Enferm.**, v. 59, n. 1, p. 52-5, jan/2006.
3. VAGO, F. R. M.; SOUSA, C. V.; MELO, J. M. C.; LARA, J. E.; FAGUNDES, A. F. A.; SAMPAIO, D. O. A importância do gerenciamento de estoque por meio da ferramenta curva ABC. **Revista Sociais e Humanas**. v. 26, n. 3, p. 638-55, mai/2016.
4. CASTILHO, V. de; et al. Levantamento das principais fontes de desperdício de unidades assistenciais de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. esp, p. 1613-20, 2011.
5. CASTILHO, V.; LEITE, M. M. J. Gerenciamento de recursos materiais. IN: KURCGANT, P.(coordenadora). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. CUNHA, K. C.. Filosofia do Serviço de enfermagem. IN:Kurcgant, P.(coordenadora). **Administração em Enfermagem**. São Paulo: Epu; 1991.
7. OLIVEIRA, N. C.; CHAVES, L. D. P. Gerenciamento de recursos materiais: o papel da enfermeira de unidade de terapia intensiva. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - **Rev Rene**, v. 10, n. 4, p. 19-27, out/dez 2009.

ENFERMEIRO/A E PROFESSOR/A? O ESPAÇO FORMATIVO QUE INTEGRA LICENCIATURA E BACHARELADO NO CURSO DE ENFERMAGEM

Denize Rodrigues Freitas¹; Drielly Alexandre Mendes²; Camila Lima Coimbra³

¹Bolsista de Iniciação Científica da UFU/CNPq, graduanda em Enfermagem na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU). E-mail: nica-rodrigues@hotmail.com

²Bolsista de Iniciação Científica da UFU/CNPq, graduanda em Enfermagem na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU).

³Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Uberlândia (FACED/UFU).

RESUMO

Introdução: A articulação entre a licenciatura e o bacharelado pode levar à transformação do contexto da educação em Enfermagem, isto é, levar o professor e o estudante a perceberem a importância de seus papéis no processo de aprendizagem e, desse modo, despertar o interesse e expectativas de atuação na educação, como docente. Este artigo é parte de um projeto de iniciação científica, o qual foi motivado pela problematização a partir da vivência no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. **Objetivo:** Esta pesquisa teve como objetivo, compreender a percepção dos estudantes que cursam bacharelado e licenciatura concomitante e obrigatoriamente. **Metodologia:** Em uma abordagem qualitativa, foram realizados três Grupos Focais, sendo com primeiro, quinto e décimo períodos, e participantes um total de 58 estudantes, com intuito de conhecer o entendimento nas três fases do curso e definir o percurso formativo do projeto pedagógico em questão. **Resultados:** Evidenciou-se então um descompasso entre licenciatura e o bacharelado, os quais parecem não caminhar de forma integrada, refletindo na desarticulação dos conteúdos ministrados na formação deste estudante. As expectativas referentes à formação de bacharel/licenciado estão localizadas nas oportunidades que vislumbram no mercado de trabalho. Desse modo, os estudantes se veem com possibilidades de atuar na assistência, munidos da formação adicional de educador. Por outro lado, contemplando o maior objetivo da licenciatura - formação de professores - tais estudantes projetam expectativas no campo do ensino em Enfermagem (nível médio e superior). **Conclusão:** Diante disso, o relatório final do projeto de iniciação científica apresentou dados importantes para o momento de reestruturação curricular do projeto pedagógico vigente que contemple, além de outras possibilidades, os conteúdos e metodologias de forma integrada.

Descritores: Curso de Enfermagem. Relação professor-enfermeiro. Formação de professores.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho teve sua origem a partir da vivência e reflexão acerca das problematizações provocadas pela característica do Curso de Graduação em

Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, que oferece, concomitantemente, a formação nos graus licenciatura e bacharelado.

O curso de Licenciatura em Enfermagem foi criado no final dos anos 60 e desde a sua criação, destinou-se a atender a uma exigência social de formação de profissionais de nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem), sendo necessário para o desempenho deste papel o bacharelado em Enfermagem. É também objetivo da licenciatura formar professores responsáveis, cooperativos, inovadores, inseridos socialmente, orientados por princípios éticos e comprometidos com a transformação social. (PHILBERT, 2009 apud SANTOS et al., 2011)

No entanto, uma vasta bibliografia especializada vem apontando as deficiências de Cursos de Licenciatura que atribuem à dimensão pedagógica o simples caráter de complementação à formação específica obtida nos bacharelados e apontam a necessidade de uma formação profissional articulada, significativamente sintonizada com questões relativas à prática educativa e a seus objetivos e contextos.

A articulação entre a licenciatura e o bacharelado pode levar à transformação do contexto da educação em Enfermagem, isto é, levar o professor e o estudante a perceberem a importância de seus papéis no processo de aprendizagem e, desse modo, despertar o interesse e expectativas de atuação na educação, como docente.

Sendo assim, esse estudo pretende contribuir para a realidade do Curso de Graduação em Enfermagem, para a definição do percurso formativo e do lugar de formação do professor, a partir da voz dos estudantes. Essa pesquisa busca registrar a vivência dos estudantes no curso com os graus licenciatura e bacharelado concomitantemente. Além de, averiguar se esses estudantes compreendem a importância das disciplinas no processo de formação do professor enfermeiro, e se acreditam que a licenciatura ajuda na formação do enfermeiro, enquanto educador, ou se a entendem unicamente, como formação para a docência.

OBJETIVOS

Identificar o lugar do/a professor/a no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, em que os graus licenciatura e bacharelado são oferecidos concomitantemente e obrigatoriamente, por meio da voz dos sujeitos/discentes que estão vivenciando o Projeto Pedagógico do Curso vigente.

Indagar os discentes sobre o grau licenciatura no Curso e a aplicabilidade da mesma, com intuito de coletar o que conhecem e entendem do mesmo, assim também como averiguar se os discentes compreendem a importância das disciplinas no processo de formação do professor enfermeiro, se há correlação teórico-prática no ensino-aprendizagem a partir das falas dos sujeitos. E a partir de então, comparar o entendimento que dos mesmos a respeito da licenciatura em cada fase da graduação: início (1º, 2º e 3º períodos), meio (4º, 5º, 6º e 7º períodos) e fim (8º, 9º e 10º períodos) do Curso.

METODOLOGIA

Foi realizada a análise documental do Projeto Pedagógico do Curso, das Diretrizes Curriculares Nacionais que regulamentam o curso de Enfermagem, assim também como realizamos a revisão bibliográfica de revistas, artigos e periódicos que tratam do tema para embasamento teórico. Para coleta de dados, foi utilizado como procedimento de pesquisa a técnica de grupo focal.

O grupo focal em uma abordagem qualitativa configura-se como não-diretiva, cujo resultado visa o controle da discussão de um grupo de pessoas e permite a coleta de dados através de grupos que dialogam sobre um tema em particular, sugerido pelo pesquisador. O facilitador da discussão direciona, facilita e problematiza a discussão e não realiza uma entrevista em grupo. A opção por este método se deve ao fato de que, nesta estratégia, o mais importante é a interação que se estabelece entre os participantes, favorecendo trocas, descobertas, além de oportunizar a interpretação de conceitos, conflitos e pontos de vista.

O primeiro grupo focal foi realizado com o 5º período, se dispuseram a participar da pesquisa 19 pessoas, via termo de consentimento livre e esclarecido. O segundo Grupo focal foi com o 1º período, neste estavam presentes 24 pessoas. O terceiro e último Grupo focal, foi realizado, com o 10º período, se dispuseram a participar da pesquisa, 15 pessoas.

Os participantes foram dispostos em círculo, para proporcionar maior interação e maior campo de visão às pesquisadoras. No centro do círculo foram distribuídos 5 gravadores e então iniciada a gravação, com perguntas norteadoras elaboradas previamente e que foram direcionadas ao grupo. A transcrição das falas na íntegra foi realizada para que, a partir dela, pudéssemos elaborar as categorias de análise. O trabalho realizado para isso fundamentou-se em Laville e Dionne (1999)

Será preciso para isso empreender um estudo minucioso de seu conteúdo, das palavras e frases que o compõem, procurar-lhes o sentido, captar-lhes as intenções, comparar, avaliar, descartar o acessório, reconhecer o essencial e selecioná-lo em trono das ideias principais [...]

A partir dessas categorias, optou-se por identificar os/as estudantes por número em que pudéssemos registrar qual o momento do Curso em que se encontram, por isso, as numerações, definem no primeiro número, o período em que estão no curso e o segundo, refere-se a ordem em que a sua voz aparece na transcrição. Não há, de forma alguma, possibilidade de localizar ou identificar o/a estudante, pois o mais importante para essa pesquisa foi o registro das vozes e suas respectivas análises.

RESULTADOS

As categorias de análise foram agrupadas por afinidade e compuseram os seguintes temas: a escolha pelo Curso; as percepções do Projeto Pedagógico do Curso; a formação do professor; a formação do enfermeiro; expectativas profissionais; e por fim, a relação entre bacharelado e licenciatura.

A escolha pelo Curso: do encantamento à responsabilidade

Optar por um curso superior não é uma tarefa fácil. Pois a escolha pode gerar uma série de consequências, como desconforto, insatisfação e ansiedade. Nesta perspectiva, vários fatores interferem nesta escolha.

Segundo um estudo realizado por Barlem et al. (2012), a aproximação dos estudantes com a profissão acontece a partir de vivências prévias com situações de doença familiar ou, pelo contato com pessoas próximas que atuam na enfermagem, porém sem a necessária e essencial reflexão sobre a sua opção de ingresso no curso. Tal consideração foi evidenciada na presente pesquisa pelas seguintes falas:

Estudante 1.2: *Eu fui mesmo foi por parte de influência, eu tenho uma tia que é enfermeira (técnica de enfermagem), também tenho uma prima que tá formando agora, e também por causa do meu avô, ele fazia diálise peritoneal em casa e eu pude aprender com minha prima, ela me ensinou e eu pude tipo assim, conhecer mais a área [...]*

Estudante 5.1: *Minha tia já é enfermeira também e quando meu avô ficou doente eu ficava muito no hospital com ele e fui vendo o trabalho das enfermeiras e fui gostando; foi por isso mesmo.*

Estudante 10.7: *A minha família é praticamente inteira quase de enfermeiro e médico. Então o meu foi mais quesito familiar mesmo.*

Estudante 10.8: *[...] mas minha família tem muito enfermeiro também e a influência era grande.*

Evidenciaram também que a opção pelo Curso de Graduação em Enfermagem esteve associada à vocação pessoal e à percepção da enfermagem como uma profissão do cuidado, além da proximidade com as demais áreas da saúde.

Estudante 1.3: *Sempre gostei de cuidar, às vezes da minha vó, às vezes da minha amiga, dos meus primos, aí tipo, eu procurei bastante e era o que me encaixava [...]*

Estudante 10.2: *[...] eu decidi entrar pra um curso afim, na área da saúde [...]*

Estudante 10.3: *[...] Porque era o mais afim e a área da saúde era a certeza que eu tinha. E aí eu gostei, eu fui vendo e eu também não me arrependo [...]*

Percebemos também a presença de vários estudantes que já possuem curso técnico em enfermagem, alguns inclusive já trabalham na área e decidiram por cursar a graduação.

Dos diversos motivos que levam os trabalhadores em enfermagem a optar pela graduação, destacam-se os seguintes: é um curso menos seletivo, permite a ascensão profissional, melhora o conhecimento científico e, conseqüentemente, possibilita mudar de status dentro da equipe. (ZANEI, 1995 apud MEDINA E TAKAHASHI, 2003)

Esta característica é evidenciada nas falas dos sujeitos, sugerindo então que, a graduação os permite maior qualificação profissional.

Estudante 1.1: *Eu já trabalho na área, sou técnica em enfermagem e me identifico com a profissão, então eu procurei a graduação pra me qualificar mais.*

Estudante 5.4: *Ah, é porque eu já trabalho na área, sou técnica de enfermagem e quis assim, melhorar os meus conhecimentos na enfermagem.*

Estudante 10.9: *Eu já era técnica de enfermagem, aí eu escolhi fazer enfermagem, porque só enfermagem mesmo que me interessava[...]*

Ao ingressar na Universidade e no curso escolhido, emergem-se múltiplas sensações. O ambiente novo e o compromisso de uma profissionalização desencadeiam ideias diversas e necessidade de enfrentamento e assimilação das mesmas para o êxito no ensino superior.

As experiências durante o primeiro ano na universidade são muito importantes para a permanência no ensino superior e para o sucesso acadêmico dos estudantes. (PASCARELLA & TEREZINI, 2005; REASON, TEREZINI & DOMINGO, 2006 apud TEIXEIRA, et al, 2008)

Em um estudo realizado por Teixeira, et al. (2008) com intuito de investigar, qualitativamente, a experiência de adaptação à universidade em jovens calouros, demonstrou-se que, tal fenômeno a princípio gera imensa satisfação e contentamento,

por se findarem então as pressões envolvidas no processo seletivo “[...] é percebido como um evento que divide a vida em dois momentos: antes e depois do resultado do vestibular.”

No entanto, estudos têm revelado que nem sempre a profissão escolhida possui um caráter central na constituição da identidade de calouros universitários. Para alguns, o simples fato de ingressar no ensino superior e identificar-se como estudante universitário parece ser um aspecto mais saliente do que a própria profissão (ou curso) em si. (LASSANCE & GOCKS, 1995 apud TEIXEIRA et al, 2008)

Estas percepções são também evidenciadas na presente pesquisa, principalmente nas falas dos estudantes que cursavam o décimo período em questão.

Estudante 10.12: *Ai pra mim era tudo ótimo!(risos) Não, eu falava – Ai “tô” na Universidade!*

Estudante 10.2: *É. Na verdade a gente entra muito imaturo. Mas a priori, acho que o que passava na minha cabeça é que, eu estaria dentro de uma Universidade Federal e que... eu era poderoso aqui dentro.*

Ainda nesta jornada inicial, ao se apropriarem de maiores informações a respeito, demonstram também afeição em relação às características e benefícios que um curso da área da saúde proporciona na instituição.

Estudante 10.12: *[...] Sabe. Pra mim era tudo lindo! [...] eu achava ótimo! Entrar no hospital. Gente quando eu entrei no hospital “puis” o jaleco, usei branco. “Seis” ficava ah! Eu pertencço à tropa!*

Estudante 10.2: *É que a gente “tava”... tinha acesso a um hospital que é referência aí, pra mais de.. referência pra todo triangulo aqui, e... que era muito divertido e ao mesmo tempo muito prazeroso estar dentro de uma Universidade Federal de Uberlândia. A priori. A primeira impressão. Agora relacionado ao curso... aí ao longo do tempo isso muda, período pós-período.*

Ao se depararem com o curso propriamente dito (disciplinas, conteúdos e carga horária), os estudantes começam ter novas percepções, evidenciadas principalmente nas falas dos estudantes do primeiro e quinto período, por não estarem muito distantes dessa realidade. A visão muda do encantamento para a necessidade de maior responsabilidade.

A responsabilidade pelo aprendizado, antes centrada na escola, é agora deslocada para o jovem. Dele se espera autonomia na aprendizagem, na administração do tempo e na definição de metas e estratégias para os estudos. (SOARES, ALMEIDA, DINIZ & GUISANDE, 2006)

Os relatos então começam a ganhar adjetivos negativos e os sujeitos mostram-se amedrontados, quando questionados sobre qual a primeira impressão do curso de enfermagem.

Estudante 1.2: *Susto, medo.*

Estudante 1.1: *Não que não seja importante, mas foi assim bem um “baque”, foi muita teoria e prática que é bom “neca”.*

Estudante 5.1: *Nossa dá vontade de desistir no primeiro período!*

Estudante 1.5: *É porque é uma carga horária bem complicada, puxada, para o tempo que a gente tem [...] aí quando chega no outro dia tem trabalho pra apresentar, tem coisas pra fazer e nem sempre dá pra conciliar o tempo.*

Estudante 10.4: *Não... eu acho que a maioria pensa assim “tamém”. O primeiro momento, “cê” acha que é tudo lindo né. “Cê” gosta de tudo. Só que conforme vai “passanu” “cê” vê que não é aquilo.*

Fica então evidenciada nas respostas dos estudantes, a grande preocupação com o excesso de disciplinas e pouco tempo para realizar todas as atividades exigidas. Constituindo então a principal queixa dos discentes em relação ao primeiro período do curso.

As percepções do Projeto Pedagógico do Curso (PPC)

Para análise desta categoria, relembremos alguns aspectos importantes das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) para os Cursos de Graduação. Buscando sistematizar o conjunto de reflexões acerca da melhoria da qualidade do ensino nas graduações, criou-se em 1999, o Plano Nacional de Graduação (PNG), que objetiva estabelecer princípios para nortear as atividades de graduação nas Instituições de Ensino Superior (IES). O PNG considera que o Projeto Pedagógico é o instrumento balizador para o fazer universitário, devendo, por consequência, expressar a prática pedagógica do(s) curso(s), dando direção à ação docente, discente e de gestores.

Nesse aspecto, as DCNs apresentam os princípios gerais orientadores da formação e atribui as IES a tarefa de orientar a elaboração dos currículos de seus cursos, por meio dos projetos pedagógicos. Partindo da compreensão de um currículo como um processo de construção histórico-cultural e social, segundo Sacristán 2000, entendemos que a formação e elaboração dos conteúdos devem contribuir para um contexto.

[...] O currículo é um objeto que se constrói no processo de configuração, implantação, concretização e expressão de determinadas práticas pedagógicas e em sua própria avaliação, como resultado das diversas intervenções que nele se operam. Seu valor real para os alunos, que aprendem seus conteúdos, depende desses processos de transformação aos quais se vê submetido. (SACRISTÁN, 2000, apud COIMBRA, 2007)

Considerando então que o currículo direciona as práticas pedagógicas vivenciadas pelos estudantes, é fundamental o conhecimento do mesmo, no entanto percebe-se nas falas o quanto o conhecimento sobre o PPC é superficial, quando questionados se o conhecem.

Estudante 5.9: *‘Tá’ junto com as fichas de disciplinas lá, a grade horária, as salas de aula, eu já dei uma lida, eu acho.*

Nas falas dos estudantes do primeiro período, identifica-se um desejo imediatista de conhecer aquilo que é o necessário e imprescindível para o exercício da enfermagem (técnicas invasivas, contato com o ambiente hospitalar e paciente) e não para aquilo que é necessário para o seu exercício enquanto discente. Como demonstrado nas falas a seguir.

Estudante 1.7: *É eu achei que seria assim, quando eu entrei no curso eu achei que as disciplinas seriam mais voltadas pra prática mesmo, da enfermagem, as rotinas do hospital[...]*

Estudante 1.10: *[...] A gente chega muito animado né, achando que vai chegar vai fazer alguma coisa e tal...*

Outra fala demonstra claramente que, as percepções sobre fichas de disciplinas e PPC misturam-se, transformando-se, muitas vezes, em uma grande confusão de conceitos.

Estudante 5.6: *Alguns professores mesmo, no primeiro dia, mostram sabe? Olha, o projeto pedagógico dessa matéria é assim, pra tentar mostrar que vai ser desse jeito.*

Por esta evidente dificuldade de diferenciação e compreensão de conceitos, vemos a necessidade de um direcionamento maior por parte dos envolvidos na elaboração e execução do Curso, incorporando em seus planejamentos, ações que subsidiem com informações acerca do PPC, de forma concisa a criar uma unidade sobre os princípios do mesmo, conforme supracitado, além de rotinas básicas do curso e da universidade nos períodos iniciais.

A ausência de uma orientação com relação aos processos burocráticos universitários também é percebida como um obstáculo à adaptação, na medida em que dificulta a ambientação do calouro à instituição e suas rotinas. (TEIXEIRA, et al. 2008)

Estudante 1.5: *Acho que no primeiro período a gente fica meio abandonado.*

Estudante 1.16: *O quê que a gente teve foi uma introdução do que seria enfermagem e do que a gente poderia fazer [...].*

Estudante 1.4: *O quê que era o papel do enfermeiro, mas também não foi nada da coordenação, foi o pessoal do DA que conseguiu essa palestra [...]*

O curso forma um bom professor?

Ao serem indagados se o curso forma um bom professor, emergem-se múltiplos assuntos a respeito, principalmente das disciplinas de licenciatura, a maneira com que são dispostas na grade curricular e como são executadas.

As falas no primeiro período soam pouco concisas, não há ainda um conceito de formação acadêmica do enfermeiro docente. Volta-se então para a primeira categoria desta análise, onde os relatos evidenciam desconhecimento na escolha do curso. Demonstrando assim, as dúvidas acerca dos objetivos da licenciatura em Enfermagem, por esse motivo, não diferencia, nem ao menos, quais disciplinas pertencem à formação do bacharelado e quais pertencem à licenciatura.

Estudante 1.16: *Política é licenciatura ou é bacharelado?*

Estudante 1.5: *Eu acredito que eles tinham que pôr lá que é matéria de licenciatura porque de cabeça a gente não sabe.*

Estudante 5.8: *Acho que nem só a distribuição, mas o modo delas serem aplicadas também, a didática usada. Em história da educação ninguém aprendeu nada, todo mundo fez “empurrando com a barriga”, [...] ninguém entendeu o porquê daquela matéria para o curso, então acho que além da distribuição como a fulana falou, deveria rever o modo de dar essas matérias, acho que seria isso.*

Segundo os estudantes a organização das disciplinas não proporciona uma boa formação do professor enfermeiro.

Estudante 5.1: *Assim, eu acho que se as matérias de licenciatura fossem melhor distribuídas acho que seria melhor porque tipo, as matéria de licenciatura acaba atrapalhando muito e tem matéria que é muito puxada e ai agente acaba, meio que, deixando as matérias de licenciatura, e vai “levando com a barriga”. Igual no primeiro período tem muita matéria de licenciatura aí à gente tem anatomia e histologia e aí agente acaba deixando de lado.*

Estudante 1.5: [...] *Eu acho licenciatura legal, é uma oportunidade, o único problema é a divisão dela... primeiro período é muita coisa.*

Podemos sugerir que a ausência do conceito de licenciatura em enfermagem, provoca essa dissonância, o que é percebido também nas falas dos estudantes do quinto período e que, não desperta de imediato um interesse em ser professor.

Estudante 5.5: *Acho que o que ocorre é igual o que elas falaram, o aluno que escolhe enfermagem às vezes... quando você escolhe enfermagem, odontologia, você não tá escolhendo pra ser professor, se você realmente tivesse interesse em ser professor, você escolhia um curso de licenciatura: português, matemática, biologia, acredito eu.*

Os estudantes afirmam que a escolha do curso não foi motivada por um desejo de ser professor e não reconhecem esta característica no curso e quando a reconhecem, não entendem a aplicabilidade em docência, mas sim no caráter educador do enfermeiro generalista.

Estudante 5.5: [...] *Tem disciplinas da enfermagem, por exemplo, a saúde coletiva, que mostra o enfermeiro como educador, aí você vai entender a licenciatura na sua vida por causa da saúde coletiva [...]*

No décimo período os estudantes afirmam que a articulação entre teoria e prática, assim também como sentimento de ser professor, acontece apenas em ESPE III e que a mesma deveria acontecer com os outros ESPEs.

Estudante 10.10: *Porque eu acho que a gente sente... porque eu pelo menos senti tudo isso. Eu quando cheguei e ESPE III que eu falei – Gente era isso!*

Estudante 10.2: *E às vezes seria importante articular as ESPEs. Entendeu? Dá um processo de continuidade. Que seja em diferentes públicos alvos, mas um processo contínuo pro aluno que quer ser um futuro professor, já ir desenvolvendo um pensamento desde a formação de um plano de aula até ele dominar uma sala de aula.*

Quanto à fragmentação do conhecimento, perceberemos na fala dos participantes que aproxima-se de uma totalidade vazia, pois sem o conhecimento dessas relações e da compreensão do todo, as partes não conseguem demonstrar a complexidade do espaço formativo em que se encontra o Curso de Enfermagem da UFU. Os poucos estudantes que demonstram diferenciação do caráter docente e educador do enfermeiro relatam terem obtido em projetos de ensino, pesquisa ou extensão, como o Pibid (Programa Institucional de Bolsa de Incentivo à Docência).

Estudante 5.6: [...] *Eu comparo com o povo da biologia, eles são só licenciatura, eu faço PIBID com eles, nossa e parece que a licenciatura deles é muito diferente, do jeito que eles escrevem, do jeito que eles sabem da importância, do jeito que eles apresentam, eles não apresentam, eles dão aula, é diferente, e é isso que eu acho que falta, a gente começar a não apresentar, isso aqui é isso, sabe? Do jeito que a gente faz as matérias, e sim dar aula daquilo e é por conta disso que é diferente eu acho que falta isso. [...]*

Por estas várias lacunas identificadas por meio da voz dos/as estudantes, salientam que a licenciatura junto ao bacharelado fica como apêndice à formação do enfermeiro no Curso de Graduação.

O curso forma um bom enfermeiro?

Sabe-se que ao longo dos anos os hospitais perderam seu caráter essencialmente assistencial e passaram a ser também percebidos como o local de formação, a sala de aula prática, para os futuros profissionais da área da saúde.

Araújo e Leta (2014) afirmam que, os hospitais-escola vinculados às universidades são locais de experimentação de novas tecnologias e procedimentos, de

prestação de serviços de alta complexidade e ainda de formação e educação permanente dos profissionais da área da saúde.

Nesse contexto, ao serem indagados se o curso da Universidade Federal de Uberlândia forma um bom enfermeiro, alguns estudantes afirmam que sim, justificando que, consideram vantajoso cursar enfermagem em uma Universidade Federal, pois esta tem vinculado a ela, o Hospital Universitário, onde o binômio ensino e assistência é a característica principal dessa instituição, vantagem esta que, segundo os estudantes, não possuem a maioria das instituições de ensino superior privadas.

Estudante 1.13: *O campo que a gente tem de atuação aqui dentro é maior do que fora, porque quem faz numa particular às vezes o campo de estágio é bem menor, às vezes você tá em um hospital pequeno e ele não pode ter tanto contato com o paciente o quanto a gente tem aqui, às vezes até dentro do primeiro, segundo período [...]*

Estudante 5.2: *Eu acho que forma sim, depende do aluno pra formar um excelente profissional, porque eu imagino as particulares que, não tem um hospital escola. Eu tenho uma amiga que faz fisioterapia e outra que faz enfermagem na particular, e elas estão tendo contato agora no sexto período com o hospital particular.*

As Diretrizes Curriculares de Graduação em Enfermagem apontam competências e habilidades específicas que indicam que, o enfermeiro egresso deve possuir uma formação **generalista**, humanista, crítica e reflexiva. **Este deve ser capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença** mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, **identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes** (grifo nosso).

Tendo em vista o perfil do egresso estabelecido pelas DCNs, o objetivo do PPC – dar direcionamento à ação docente, discente e de gestores e a visão de currículo como algo compartilhado por vários atores, tais competências e habilidades são exigidas para a formação do enfermeiro e quando questionados, observa-se que para alguns há o cumprimento destas exigências. No entanto, muitos estudantes entendem que para a formação de um bom enfermeiro, esse processo depende unicamente do aluno e de seu interesse.

Estudante 5.2: *Depende do aluno*

Estudante 5.8: *Além desse fato, depende do aluno, se o aluno quer ele corre atrás de estágio, ele corre atrás de saber mais, procurar mais [...]*

Nesta perspectiva, os estudantes fazem referência às aulas práticas durante a graduação, evidenciando que estas são insuficientes, coabitando a insatisfação deste estudante frente à operacionalização do conteúdo teórico-prático, que mostra-se dissonante.

Faz-se necessário ressaltar que esta problematização não pretende encontrar respostas aqui, mas apenas elucidá-las a partir das falas e registros dos sujeitos, sobre o curso em questão.

Estudante 5.3: *[...] nós formamos profissionais despreparados e desqualificados na parte prática, não necessariamente na parte teórica [...] então eu acho que o enfermeiro assistencial não é boa qualificação, eu acho que falta muito ainda.*

Estudante 10.2: *Mas nós saímos com um conhecimento teórico bom, isso é fato! E eu acho que isso parte, vai muito do aluno também. Mas se você souber aproveitar seu curso o mínimo que seja a gente sai com um conhecimento teórico bom.*

Estudante 10.2: *Prático regular.*

Expectativas profissionais

Com o decorrer do curso aumentam-se as expectativas dos estudantes universitários quanto a sua futura inserção no mercado de trabalho, tendo em vista que, a obtenção de um diploma de curso superior não garante o ingresso do recém formado no mercado de trabalho, em sua área de formação.

Segundo um estudo realizado por Santos et al (2011), os motivos pelos quais os estudantes de enfermagem embasam a ação – fazer licenciatura e bacharelado concomitantemente – se referem a objetivos e projetos futuros que os estudantes lançam sob a formação que escolheram. Ainda segundo Santos et al (2011), neste sentido, os estudantes ressaltaram as possibilidades que o mercado de trabalho pode oferecer para o enfermeiro na área da educação, vislumbrando a licenciatura como mais uma oportunidade no âmbito profissional. Evidenciado na presente pesquisa, pelas falas a seguir.

Estudante 5.5: *A ideia de se falar assim: licenciatura e bacharelado, pô legal, vou poder formar em duas coisas. Eu particularmente gosto, eu sou a favor da licenciatura por causa disso, porque te diferencia no mercado de trabalho.*

Estudante 5.8: *[...] a enfermagem tem o curso de licenciatura, caso você não goste de hospital [...] então tem essa opção de dar aula [...]*

Estudante 10.4 *[...] querendo ou não quando ‘cê’ chega você vai querer fazer a licenciatura, porque além de ser um diferencial, já é uma outra área que você pode atuar.*

O mercado de trabalho para o enfermeiro bacharel e licenciado é muito amplo e entre as demais oportunidades vislumbradas pelos estudantes destaca-se a aspiração pela docência, no qual alguns pretendem aplicar os conhecimentos que lhes foram proporcionados pela licenciatura.

Estudante 1.13: *Entrar em Mestrado e Doutorado.*

Estudante 5.10: *Eu gostaria de ser professora, do curso técnico.*

Estudante 10.12: *Quero muito mestrado, se possível doutorado e dar aula na universidade também, porque eu não, eu não gosto de ambiente hospitalar, não gosto.*

Estudante 10.7: *Eu acho que eu vou fazer mestrado primeiro [...]*

As possibilidades geradas pela formação em bacharelado se traduzem em oportunidades para o futuro profissional dos estudantes, com destaque também, para as aspirações no âmbito hospitalar.

Estudante 5.8: *Eu quero fazer minha residência [...] em oncologia.*

Estudante 5.7: *Eu quero ou residência em pediatria ou licenciatura.*

Estudante 10.4: *[...]eu quero a residência, quero mais a residência do que o mestrado [...]*

Relação entre bacharelado e licenciatura

Sabendo-se que os atores que vivenciam o currículo devem estar cientes de suas bases e transformações, o currículo integrado se dá ao estabelecer relação entre seus conteúdos e atores na prática curricular.

O currículo integrado caracterizar-se-ia pela ausência de territórios disciplinares, existindo uma profunda interconexão conceptual e estrutural entre os diferentes cursos para alcançar algumas metas interdisciplinares. (...) (LASLEY E PAYNE, 1991 apud GARCIA 1999 apud COIMBRA, 2007)

É evidenciado na fala dos estudantes o não-reconhecimento de um currículo integrado.

Estudante 5.5: [...] porque assim parece que as disciplinas não conversam, não tem integração, aí falta esse link, aí falta um pouco dessa sequência tem hora. [...]

Estudante 10.4: Porque se fosse igual antigamente, a gente seria um enfermeiro. E eu já poderia estar trabalhando. Depois se eu quisesse ser professora eu continuaria. Então assim, é uma, eu acho que como era é uma oportunidade de ingressar mais cedo no mercado de trabalho.

Perceber as amarras da lógica disciplinar em um currículo na área da saúde, faz com que compreendamos a necessidade de buscar outras vias de organização curricular que transcenda as limitações temporais e espaciais de uma Universidade que funciona em uma lógica tradicional.

Talvez o grito anunciado na voz desses/as estudantes, ao longo desse movimento de realização dos Grupos focais, tenha sido em evidenciar as limitações acadêmicas propiciadas pela fragmentação, individualização e distanciamento da formação profissional que os currículos disciplinares tem realizado na prática.

CONCLUSÃO

Partiu-se do pressuposto que, um melhor conhecimento acerca das percepções dos estudantes em cursar bacharelado e licenciatura concomitantemente e obrigatoriamente no Curso de Graduação em Enfermagem da UFU, poderia auxiliar na construção de estratégias e contribuir para a realidade do curso, com possíveis reflexões para a apropriação pelo/as estudantes de seu próprio Curso.

Evidenciou-se, assim, em linhas gerais, um descompasso entre os graus licenciatura e bacharelado, os quais parecem não caminhar de forma integrada, refletindo na desarticulação dos conteúdos ministrados na formação deste estudante. As expectativas referentes à formação de bacharel/licenciado estão locadas nas oportunidades que vislumbram no mercado de trabalho. Desse modo, os estudantes se veem com possibilidades de atuar na assistência, munidos da formação adicional de educador. Por outro lado, contemplando o maior objetivo da licenciatura - formação de professores -, tais estudantes projetam expectativas no campo do ensino em Enfermagem (nível médio e superior). Diante disso, é fundamental a discussão no projeto pedagógico do curso que contemple princípios, conteúdos e metodologias integradas.

Se há o que gritar, a partir das vozes dos estudantes, a partir dos dados desse relatório de pesquisa é que essas discussões curriculares precisam permear a prática pedagógica tanto do docente quanto do discente dentro da Universidade. Precisamos achar o lugar e o caminho de realização de tais discussões para que possamos avançar na aproximação do que temos para o que desejamos, para o que queremos. O NDE do Curso de Enfermagem tem enfrentado esse desafio e precisamos unir esforços para que essa iniciativa continue.

Vale ressaltar ainda que essa pesquisa desdobrou-se em outra, tão importante quanto, aos nossos olhos, que é agora identificar o perfil e a voz dos professores e professoras do Curso de Enfermagem da UFU. Em uma relação de aprendizagem, é fundamental que os sujeitos compreendam suas identidades como ponto de partida e, por isso, estudantes e professores precisam ter voz nesse processo que se pretende democrático de organização e implementação curricular que está em curso.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Kizi Mendonça de; LETA, Jacqueline. **Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente.** História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.21, n.4, out.-dez. 2014, p.1261-1281.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem.** PARECER Nº: CNE/CES 1.133/2001, de 7 de agosto de 2001.

COIMBRA, C. L. **A pesquisa e a prática pedagógica como um componente curricular do Curso de Pedagogia:** uma possibilidade de articulação entre a teoria e a prática. 2007. 250 f. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

FREIRE, Paulo. **A educação na cidade.** 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001.

FREIRE, Paulo. **À sombra desta mangueira.** 5. ed. São Paulo: Olho d'Água, 2003.

GONDIM, Sônia Maria Guede; **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos.** Universidade Federal da Bahia, Paidéia, 2003,12(24), 149-161.

GOODSON, Ivor F. **As políticas de currículo e de escolarização.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber:** manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul Ltda.; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LOPEZ, Alice Casimiro (Org.); MACEDO, Elizabeth (Org.). **Currículo:** debates contemporâneos. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

MEDINA, Neuma Vital Julca; TAKAHASHI, Regina Toshie. **A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem.** RevEscEnferm USP. 2003; 37(4):101-08.

RESSEL, Lúcia Beatriz et al. **O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa.** Texto Contexto Enferm., Florianópolis, 2008; 17 (4): 779-86.

SANTOS, Sueli Maria dos Reis et al. **Licenciatura e bacharelado em enfermagem: experiências e expectativas de estudantes.** Rev. Gaúcha Enferm., 2011, vol.32, n.4, pp.711-718.

SOARES, Ana Paula et al. **Modelo Multidimensional de Ajustamento de jovens ao contexto Universitário (MMAU):** Estudo com estudantes de ciências e tecnologias versus ciências sociais e humanas, Análise Psicológica, 2006, pp.15-28.

TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira et al. **Adaptação à universidade em jovens calouros,** Adaptação à universidade, Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE), 2008, vol. 12, n.1, pp. 185-202.

UFU. **Projeto Institucional de Formação e Desenvolvimento do Profissional da Educação.** Uberlândia, 2005.

UFU. **Projeto Pedagógico do Curso de Enfermagem.** Uberlândia, 2010.

PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA: PRINCIPAIS EVENTOS EMOCIONAIS GERADOS SOBRE A PERSPECTIVA DO ENFERMEIRO

Artur Rodrigues Cunha¹; Suely Amorim de Araújo²; Lívia de Paula Peres³

¹Enfermeiro Residente da área de concentração Atenção em Oncologia do Programa de Residência Multiprofissional da FAMED – UFU de Uberlândia.

²Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

³Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela UFU. Enfermeira do Programa de Cuidados Paliativos do setor de Oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia – HCU. Email: lipperes23@gmail.com

RESUMO

Introdução. O câncer é uma das doenças socialmente associadas à morte, sendo esta, a unidade da totalidade do ser. É a última das possibilidades, ao mesmo tempo é também, a sua possibilidade mais própria. A experiência com a morte é sempre com a morte do outro e ninguém pode assumir a morte de outrem. **Objetivo.** Apresentar os principais eventos emocionais que ocorrem em pacientes fora de possibilidade terapêutica. **Metodologia.** Trata-se de recorte de um estudo qualitativo descritivo, realizado em um hospital universitário, no setor de oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com 9 profissionais enfermeiros. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia. Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes, descritos e classificados em subcategorias, abordadas as concepções sobre o processo do morrer, os eventos mais frequentes que ocorrem com o paciente fora de possibilidade terapêutica e qual o entendimento dos profissionais sobre a fase final da vida dos pacientes que estão sob os cuidados da enfermagem. **Resultados.** Os profissionais entrevistados expõem suas percepções sobre o processo de morte e morrer como uma evolução da doença, uma fase em que o doente tem algumas mudanças de comportamento, podendo aflorar algumas emoções, como: tristeza, medo, depressão, perdão, alegria, sofrimento e alívio. E, neste processo, há um desapego de coisas materiais inclusive a do próprio corpo, onde é preciso aceitar que a sua hora chegou e que é preciso ir. Percebe-se que, há uma grande preocupação em proporcionar uma morte tranquila, sem dor física e psíquica, de forma humanizada, com espaço para falas de pacientes e familiares, com um aperto de mão e um abraço. Também, se evidencia nos discursos, a importância de ter a presença de familiares e entes queridos para os momentos íntimos, fraternos e de resolução de pendências da vida, pois se pretende ter uma morte tranquila (sem sofrimento), com conforto (físico e emocional) sem estresse e sem procedimentos invasivos e dolorosos. **Conclusão.** Os eventos emocionais observados durante o processo de morte e morrer de pacientes fora de possibilidade terapêutica, ainda é uma temática polêmica, visto que este processo e suas expressões emocionais precisam ser melhor compreendidas.

Descritores: cuidados paliativos, morte, enfermagem oncológica.

INTRODUÇÃO

A morte é a unidade da totalidade do ser, é a última das possibilidades, ao mesmo tempo em que é, também a sua possibilidade mais própria. A experiência com a morte é sempre com a morte do outro e ninguém pode assumir a morte de outrem (BARRETO; MOREIRA, 2001; KÜBLER-ROSS, 2011).

Mas, qual a definição de morrer? Morrer pode ser definido como deixar de viver, falecer, acabar, cair no esquecimento! Assim, uma forma de nos mantermos vivos após a morte é na memória daqueles que permanecerão vivos. Talvez, por isso, morrer seja sinônimo de cair no esquecimento, pois o ser humano existe pelas relações que mantém com a sociedade. A definição de morte carrega consigo alguns problemas, pois como outras definições, é circular. Por isso, conceituar, exatamente, o que é a morte não é possível, já que seu significado varia de acordo com a cultura. A cultura forma nossas identidades a partir de arranjos discursivos, submetendo-nos a relações de poder e saber que nos governam e constituem nossas práticas (BARRETO; MOREIRA, 2001; SILVA, A. E., 2008).

Falar sobre a morte nos dias de hoje constitui-se ainda uma temática tabu (MACEDO, 2011).

“Caíram todos os tabus, como o do sexo, mas a morte é hoje, mais do que nunca, proibida de se mostrar. Esta negação da morte encontra-se inerente à própria atuação da sociedade atual, tecnicamente admite-se que podemos morrer e tomar providências em vida para preservar os nossos da miséria. Verdadeiramente, porém, no fundo de nós mesmos, não nos sentimos mortais”.

Esta situação interfere com a prestação de cuidados, podendo fazer emergir sentimentos como a frustração, a fragilidade, a impotência, entre outros, os quais podem impedir o enfermeiro de atender às necessidades humanas básicas do doente e família, incluindo o de proporcionar uma morte tranquila ao doente na iminência da morte. A maior parte do trabalho de enfermagem é baseado no alívio dos sintomas, na prestação dos cuidados a doentes que se encontram a morrer, na preparação do corpo após a morte, e no cuidar do luto das famílias (PARECE; SARAIVA; BARBOSA, 2010).

Para bem desempenhar suas atividades, os enfermeiros de cuidados paliativos precisam também de preparo tecnocientífico que envolva conhecimentos sobre: drogas analgésicas (ação, via de administração, efeitos colaterais, dosagem, mitos); como avaliar os sintomas, principalmente a dor; reconhecer situações de distanásia; conhecer e aplicar os princípios da bioética; desenvolver a relação de escuta ativa; realizar comunicação efetiva com o paciente, a família e os demais membros da equipe; trabalhar em equipe interdisciplinar e apresentar facilidade para cuidar da família (SILVA, A. E., 2008).

Em um estudo realizado com 14 doentes hospitalizados foram evidenciados uma mudança de comportamento, os quais se apresentavam em um processo de transição, que envolve uma reorganização interior em que, em determinada altura, a pessoa apresentava consciência da realidade da sua condição de fim de vida dadas as evidências fortes da doença. E em outras o doente não aceitava a morte, a evolução normal do ser humano, as despedidas, e que nem se falem dela (FONSECA; CRUZ; DIAS NETO, 2012).

É necessário conhecer as fases do processo de morrer, vivenciadas pelos pacientes oncológicos fora de possibilidades de cura; elas são importantes no processo de comunicação e intervenção, pois através da identificação delas poderemos utilizar o

tipo de comunicação adequada para cada fase (RODRIGUES; FERREIRA; MENEZES, 2010).

Os pacientes fora de possibilidade terapêutica poder vivenciar algumas fases e preocupações expressas em relação a sua morte, embora cada paciente passasse por momentos distintos, eles acabavam vivendo formas semelhantes, as quais foram denominados de “estágios do morrer”: Negação; Cólera; Barganha, Depressão e Aceitação (KÜBLER-ROSS, 2011).

De fato, os enfermeiros são essenciais no processo de tomada de decisão, podendo auxiliar clínicos, pacientes, familiares e serviços de saúde na escolha de produtos ou cuidados alternativos, independente do seu local de atuação, seja no contexto hospitalar, no cuidado direto aos pacientes, em questionamentos insistentes sobre a real necessidade do uso dos recursos tecnológicos (SILVA, A. E., 2008).

OBJETIVO

Apresentar os relatos dos profissionais enfermeiros sobre os principais eventos emocionais frequentes que ocorrem em pacientes de cuidados paliativos.

MÉTODO

Este estudo trata-se de um recorte de um estudo qualitativo descritivo realizado em um hospital Universitário, no setor de Oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com os profissionais enfermeiros que estão inseridos de forma direta no processo do cuidar na instituição.

O presente projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o número de Certificado de apresentação para Apreciação Ética - CAAE 23631813.6.0000.5152, parecer 506.140. Os participantes da pesquisa após esclarecidos do objetivo da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, o qual foi apresentado um questionário semiestruturado, adaptado pelos pesquisadores, após teste de validação, com questões direcionadas a temática para serem respondidas de forma autônoma.

Inicialmente o questionário apresentou o levantamento do perfil sócio demográfico como idade, classe pertencente, tempo de experiência na profissão e com pacientes em estágio avançado da doença, para posteriormente uma melhor compreensão das respostas oriundas das questões temáticas. Este questionário foi uma adaptação da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada “Cuidados Paliativos de Enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares” (3).

A amostragem deste estudo foi composta por nove (9) enfermeiros, distribuídos entre os setores de radioterapia, ambulatório de quimioterapia, cuidados paliativos e internação, de ambos os sexos, que lidam ou lidaram com pacientes oncológicos ou em cuidados paliativos, em estágio avançado e sem possibilidades de cura. O número total de enfermeiros lotados no setor de oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia são doze (12), porém nove (9) estavam disponíveis para a realização do estudo. Para que essa pesquisa possa ser realizada, temos como número mínimo de participantes oito (8) enfermeiros.

Para ser incluído nesta pesquisa tem-se como critérios de inclusão, ter graduação em enfermagem, atuar no setor de oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia estando regularmente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que prestam ou já prestaram cuidados para pacientes

oncológicos e em cuidados paliativos. Como critérios de exclusão, profissionais em licença médica, licença gestação ou férias.

O pesquisador foi o responsável em abordar os enfermeiros que estavam de plantão e possuíam disponibilidade de horário para responder o questionário sem prejuízo de suas atividades laborais. A abordagem foi realizada nos seguintes passos: em um primeiro momento fez-se a apresentação do pesquisador, da pesquisa, a pertinência do assunto, a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, apresentação do questionário (se o indivíduo concordasse em participar). O pesquisador permaneceu presente no momento do preenchimento do mesmo. Foram respeitados os profissionais que sentiram algum desconforto na resposta dos questionamentos, pois algumas questões poderiam remeter aos momentos vividos, lembranças e vivências mal resolvidas, sendo assim ficou permitido que indivíduo optasse em desistir ou completar o questionário em outro momento.

Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes (MINAYO, 2001) que fazem uma adaptação e recorte da metodologia de Bardin (BARDIN, 2006) sobre metodologia da análise de conteúdo de que propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Os dados foram descritos e classificados em subcategorias abordando quais concepções sobre o processo do morrer, os eventos mais frequentes que ocorrem com paciente fora de possibilidade terapêutica e qual o entendimento dos profissionais sobre a fase final da vida dos pacientes que estão sob os cuidados da enfermagem.

RESULTADOS

Subcategoria: Entendimento sobre processo do morrer.

Para se chegar à morte o indivíduo passa por um processo, que aqui chamamos de processo do morrer. Questionados sobre qual seria o entendimento sobre o processo da morte, ou seja, o caminho que o doente fora de possibilidade terapêutica passa até o fim de vida, tem-se as seguintes ideias: seria uma etapa, preparo e processo que necessariamente o doente passa antes de morrer.

Enf.1- É a etapa que antecede a morte.

Enf.2 - Processo pelo qual o indivíduo fora de possibilidade terapêutica irá passar inclusive pelas 5 fases do fim de vida.

Enf.3 - Evolução da doença (até termino da vida).

Enf.4 - É a transição entre a saúde, o processo de adoecer, de tratar, de não curar, de sofrer, de desapegar e morrer.

Enf.5 - É o preparo para a morte. É a aceitação do paciente que sente seu momento antes mesmo de falarmos qualquer coisa ou palavra, ele já nos avisa “minha filha vou descansar hoje”.

Enf.6 - É um processo natural que fazer parte da vida e que deveria ocorrer de forma tranquila.

Enf.7 - A trajetória, as etapas vividas ou enfrentadas até a interrupção da vida.

Enf.8 - O processo de morrer envolve aspectos orgânicos, físicos, emocionais, espirituais e sociais. É um momento em que pode ocorrer dor e sofrimento, mas também, paz, serenidade e tranquilidade dos envolvidos.

Os profissionais entrevistados trazem como percepções sobre o processo do morrer que é uma evolução da doença, uma fase que o doente tem algumas mudanças de comportamento, podendo aflorar algumas emoções como tristeza, medo, depressão, perdão, alegria, sofrimento e alívio. E neste processo há um desapego de coisas materiais inclusive a do próprio corpo, onde é preciso aceitar que há sua hora chegou e é preciso ir.

O processo do morrer possa ser, em parte, imaginado e representado, isso não será possível com a morte, sua consequência final. O fato de não poder saber-se o que ocorre quando a morte chega e, ao mesmo tempo, sentir-se terror com sua proximidade, acrescenta ao ser humano outro tipo de sofrimento, o de não-saber. O não-saber é vivenciado também como terrorífico, um vazio que nos mostra que, ao nada sabermos nada pode fazer. É essa ansiedade que nos impulsiona a buscar respostas e soluções que possam, de alguma forma, preencher algo desse vazio assustador. Uma tática será transpor a experiência da morte para aquilo que a antecede, isto é, o processo de morrer (BARRETO; MOREIRA, 2001; ROOSEVELT, 2007).

Subcategoria: Eventos mais freqüentes que ocorrem com pacientes fora de possibilidades terapêuticas.

No cotidiano de um paliativista sabe-se que alguns eventos (emoções) se afloram nos pacientes fora de possibilidade terapêutica, tais como dor, angústia, estresse e solidão (SILVA, A. E., 2008). Pediu-se que os enfermeiros assinalassem em ordem de acontecimentos quais desses eventos aparecem com mais frequência nos pacientes em cuidados paliativos.

Obteve-se 4 (44,44%) enfermeiros que apontaram em ordem de importância a Angústia, Dor, Estresse e a Solidão. Sobre os sentimentos diante de pacientes terminais, verificou-se que 25% dos profissionais tinham sentimentos de sofrimento e tristeza, 17% sentiam-se angustiados, 7% sentiam impotência e 5,1% sentiam medo (FARIA; MAIA, 2007). Outros 2 (22,22%) responderam que os primeiros eventos que se destacam neste processo são a Dor, Angústia, Estresse e a Solidão e 3 (33,33%) apenas assinalando as lacunas, não colocando em ordem de importância, entendendo-se como preenchimento incorreto da questão.

A definição de dor internacionalmente aceita é a da “*International Association for the Study of Pain*” IASP) em que dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão efetiva ou potencial dos tecidos, ou descrita em termos de tal lesão. Esta definição abrange tanto os aspectos somáticos quanto os psíquicos do ser humano, não exclui as síndromes clínicas que não apresentam alterações ao exame físico nem nos exames complementares, e acredita e aceita a subjetividade daquele que a sofre (KOPF; PATEL, 2010; KRAUSE, 2012).

Subcategoria: Fase final da vida dos pacientes sob seus cuidados.

Sobre o entendimento dos profissionais sobre a fase final da vida dos pacientes que estão sob os cuidados da enfermagem, questionou-se como deveria ser esta fase, muitos apontaram que essa fase deveria ser tranquila, sem dor e ao lado de familiares.

Enf.1- Esclarecer o paciente e a família sobre a morte.

Enf.2 - Tranquila, devemos respeitar ao máximo a vontade do paciente, tentar entender as angústias e dúvidas dos familiares/pacientes.

Enf.3 - Fase final com tranquilidade, sem dor física e psíquica.

Enf.4 - A fase final deveria ser o momento de união, paz, harmonia entre o paciente e seus familiares. A presença, o aperto de mão, a solução, os problemas resolvidos, o cuidar.

Enf.5 - Da melhor forma possível, como seus familiares ao lado e da forma que o paciente quiser. Se for preciso ceder que ceda, mas o paciente saberá disso antes.

Enf.7 - Com conforto, ao lado de seus familiares no domicílio.

Enf.6 - Sem dor e cercado pelas pessoas que são importantes na vida dele.

Enf.8 - Deveria ser com controle de sintomas, principalmente a dor, ao lado de pessoas queridas da família e amigos e em casa.

Enf.9 - Natural, sem estresse, tranquila, sem procedimentos invasivos se não tiver prognóstico.

Percebe-se que há uma grande preocupação em proporcionar uma morte tranqüila, sem dor física e psíquica, humanizada com espaço para falas de pacientes e familiares, com um aperto de mão e um abraço. Também se evidencia nos discursos a importância de ter a presença de familiares e entes queridos para momentos íntimos, fraternos e de resolução de pendências da vida, pois se pretende ter uma morte tranqüila, com conforto (físico e emocional) sem estresse e sem procedimentos invasivos dolorosos.

A equipe tem-se que a fase final da vida deve ser passada em casa, condignamente, junto apenas dos familiares, amigos (ou de alguém especial), e de poucos membros da equipe de saúde (SILVA, A. E., 2008; SILVA, K. S.; RIBEIRO; KRUSE, 2009). O ambiente doméstico deve ser tranqüilo e confortável para todos, para que se possa, serenamente, prestar os últimos cuidados ao paciente, que incluem alívio da dor com sedativos, apoio espiritual e higienização.

O produto final do trabalho da equipe interdisciplinar paliativista é uma “boa morte”, a resolução de todas as pendências em seu período final de vida. Isso engloba desde a pacificação de conflitos familiares e a realização dos desejos do doente, a resolução de aspectos legais (aposentadoria por invalidez, levantamento de fundos, procurações e abertura de contas bancárias conjuntas, por exemplo) (MENEZES, 2004; SILVA, K. S. et al., 2009).

CONCLUSÃO

Conclui-se então que apresentando os discursos dos enfermeiros sobre os eventos emocionais frequentes que ocorrem em pacientes fora de possibilidade terapêutica, devemos instigar questionamentos e novas investigações.

Uma vez que a habilidade do processo morte e morrer vivenciado entre profissionais de saúde e leigos ou cuidadores não os isenta de sentimentos ruins. Para aqueles que atuam na área de cuidados de pacientes em fase de terminalidade, ou os próprios pacientes que vivenciam esta fase, surge, então, a necessidade da quebra do silêncio e osem a falar de seus medos, dores, a fim de que suas demandas sejam atendidas.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L.. **Análise do Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2006.

BARRETO, J. A. E.; MOREIRA, R. V. O. **A outra margem: Filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano**. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza: Casa de José de Alencar, 2001.

FARIA, D. A. P.; MAIA, E. M. C. Ansiedades e sentimentos de profissionais da enfermagem nas situações de terminalidade em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol.15, no.6, dez. 2007.

FONSECA, M. F. C.; CRUZ, A. G.; DIAS NETO, D. M. Expectativas dos doentes face ao internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos. *Revista Enfermagem*, Portugal, Coimbra, p. 191-198, jul. 2012.

KOPF, A.; PATEL, N. B. **Guide to Pain Management in Low-Resource Settings**. Seattle, USA: International Association for the Study of Pain (IASP), 2010.

KRAUSE, L. H. Dor no Fim da Vida: Avaliar para Tratar. **Revista do Hospital Universitário Pedro Ernesto**, UERJ, Rio de Janeiro, ano 11, p. 26-31, abr/jun. 2012.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: WMF Martins Fontes Ltda, 2011.

MACEDO, J. C. G. M. **Educar para a morte: uma abordagem a partir de Elizabeth-Kubler-Ross**. Portugal, Coimbra: Almedina, 2011.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Garamond, 2004.

MINAYO, M. C. S. O. (Org.) et al. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2001.

PARECE, A. M. G. G.; SARAIVA, C.; BARBOSA, A. **Vivências dos enfermeiros relativamente a cuidados post mortem em unidades de medicina**. Mestrado em Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina de Lisboa Universidade de Lisboa, Portugal, 2010.

RODRIGUES, M. V. C.; FERREIRA, E. D.; MENEZES, T. M. O. Comunicação da enfermeira com pacientes portadores de câncer fora de possibilidade de cura. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, p. 86-91, jan/mar. 2010.

SILVA, A. E. **Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares**. Dissertação de Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais. Fundação Educacional de Divinópolis, Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, 2008.

SILVA, K. S.; RIBEIRO, R. G.; KRUSE, M. H. L. Discursos de enfermeiras sobre morte e morrer: vontade ou verdade?. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, p. 451-456, maio-jun. 2009.

SATISFAÇÃO DA PUÉRPERA À VIVÊNCIA DO PARTO E NASCIMENTO

Geane Lemes Viana¹; Efigenia Aparecida Maciel Freitas²

¹Enfermeira. Universidade Federal de Uberlândia – MG, Brasil. E-mail: geanelemesviana@gmail.com

²Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia – MG, Brasil.

RESUMO

Introdução: O parto é uma etapa importante no processo da maternidade, e não constitui apenas um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural. Sendo assim, o nascimento perpassa pelos direitos reprodutivos e sexuais da mulher, demandando, portanto, do fornecimento de uma assistência de qualidade, uma vez que esta etapa pode deixar marcas, sejam boas ou ruins, na vida da mulher no momento do nascimento do seu filho. **Objetivo:** Caracterizar e apresentar as evidências disponíveis na literatura sobre a satisfação da puérpera em relação à vivência do parto e nascimento. **Metodologia:** Optou-se pelo método de revisão integrativa da literatura. Foram realizadas buscas avançadas nas bases de dados indexadas como SCIELO, MEDLINE, LILACS, CUMED, BIREME e BVS, no período de 2005 a 2015. Foram encontrados 2419 artigos, destes 16 foram selecionados por estarem diretamente relacionados ao tema proposto. **Resultados:** Após leitura e análise minuciosa dos artigos incluídos nesta RI procedeu-se a técnica de categorização lexical dos achados, sendo definidas as categorias: Assistência pré-natal, Presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto e Satisfação quanto ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde à gestante. A maioria das gestantes/puérperas demonstra satisfação com o acompanhamento pré-natal. A presença do acompanhante durante o parto proporciona sensação de segurança e apoio psicológico. Dentre os motivos de satisfação para com o atendimento da equipe de saúde, destacam-se a atenção recebida, a educação e o cuidado e conforto dispensados no período de internação. Porém, são revelados diferentes motivos que tornam negativo a vivência deste momento tão especial na vida das mulheres, tais como a ausência de acompanhante, o medo da dor e dor no parto, a falta de paciência de alguns profissionais e estrutura física inadequada. **Conclusão:** A maioria das mulheres está satisfeita com a vivência no processo de parturição e revelam experiências positivas. Porém, percebe-se que há falta de conhecimento e de empoderamento da mulher dos seus direitos garantidos por lei na assistência ao parto e nascimento. Sugere-se a implementação de educação continuada nos serviços de saúde, visando não apenas o aperfeiçoamento de conhecimentos técnicos, mas também a sensibilização para o atendimento humanizado, o estabelecimento de metas visando sagrar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento estabelecida pela Organização Mundial de Saúde e os princípios estabelecidos no Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Descritores: Satisfação do paciente; Gestante; Parto; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade exclusiva das parteiras, utilizando apenas suas experiências. Na década de 1940 o parto passou de um processo privativo, natural e familiar, no qual a mulher tinha privacidade e autonomia para um processo vivenciado em instituições de saúde, onde vários atores participavam. Neste modelo de assistência a mulher vem perdendo sua posição de protagonista do processo parturitivo, sendo submetida a normas institucionais e práticas de intervenção por vezes desnecessárias (MOURA et al., 2007).

O parto é uma etapa importante no processo da maternidade, e não constitui apenas um ato fisiológico, mas um evento definido e desenvolvido num contexto cultural. Sendo assim, o nascimento perpassa pelos direitos reprodutivos e sexuais da mulher, demandando, portanto, do fornecimento de uma assistência de qualidade, uma vez que esta etapa pode deixar marcas na vida da mulher, sejam boas ou ruins, no momento do nascimento do seu filho (BICCHIERI; SILVA, 2006).

Desde meados dos anos 80 tem sido apontada a necessidade de ocorrência de mudanças nas rotinas de assistência ao trabalho de parto, para garantir maior qualidade da assistência prestada à gestante, melhores resultados perinatais, bem como a humanização da experiência do parto e nascimento vivenciados pela mulher e sua família (REZENDE; MONTENEGRO, 2005). A qualidade da assistência à mulher durante o trabalho de parto pode prevenir complicações obstétricas que podem levar a um aumento da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal e por consequência pode diminuir as elevadas taxas de cesariana (OLIVEIRA et al., 2008).

Entendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituem o pano de fundo da má assistência, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturadores (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Segundo o Ministério da Saúde (MS) a implementação ou a extinção de ações direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da mulher está diretamente relacionada com o reconhecimento pelos profissionais, da mulher como protagonista do processo de parto, devendo ter dignidade, individualidade e valores respeitados (BRASIL, 2000).

O papel do profissional de saúde na assistência ao parto é garantir o apoio à mulher e sua família, monitorar o bem-estar do binômio mãe-bebê, realizar as intervenções necessárias e quando indicado, referi-la para um nível mais complexo de cuidado quando julgar necessário (HOFMEYR, 2005).

OBJETIVO

O objetivo desta revisão integrativa é analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a satisfação da puerpera em relação à vivência do parto e nascimento.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, considerada como um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado. Inclui a análise de pesquisas relevantes cientificamente referentes ao tema investigado e identifica lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas por meio da realização de novas pesquisas

(MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A construção da revisão integrativa segue seis etapas distintas, as quais foram utilizadas nesse estudo: 1. Identificação do tema ou questão de estudo; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados; 4. Análise crítica dos estudos; 5. Interpretação dos resultados obtidos com a revisão; 6. Elaboração da síntese do conhecimento (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Para guiar o estudo foram formuladas as seguintes questões norteadoras: “Será que as mulheres estão satisfeitas com a vivência do parto e nascimento e com a atenção recebida pela equipe de enfermagem durante o trabalho de parto? Os princípios do PHPN são respeitados no processo de parturição?”

Os estudos foram identificados mediante busca no site da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui publicações indexadas das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs), Medical Literature Analysis and Retrieval System (Medline), Base de dados de Enfermagem (BDENF), Centro Nacional de Informação de Ciências Médicas de Cuba (CUMED) e Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS).

Para a busca, foram utilizados os descritores: “Satisfação do paciente”; “Gestantes”; “Parto normal”; “Cesárea”, “Parto”, “Equipe de enfermagem”, “Qualidade da assistência à saúde” e “Enfermagem”. Foram incluídos os artigos publicados em língua portuguesa e espanhola na íntegra e indexadas nos referidos bancos de dados, no período de janeiro de 2005 à dezembro de 2015 que tratem do assunto em estudo nesta revisão.

O agrupamento dos descritores foi efetuado da seguinte maneira: Satisfação do paciente, Gestantes e Parto normal ou Cesárea; Satisfação do paciente, Parto normal ou Cesárea; Satisfação do paciente, Parto e Equipe de enfermagem; Qualidade da assistência à saúde, Parto e Enfermagem. Um total de 2.373 artigos foi identificado durante a busca na literatura. Destes, 1.566 não estavam disponíveis na íntegra via “online” e por isso, foram excluídas devido a um dos critérios previamente estabelecidos, restando 807 referências. Destes, foram incluídos apenas os artigos em português e espanhol, que totalizaram 101. Foram excluídos os artigos anteriores a 2005, restando 96 artigos. Dos 96 restantes, 64 não respondiam aos objetivos da temática proposta e por isso, não foram incluídos na revisão. Restaram 32 artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão. Foi necessária a realização da leitura dos artigos na íntegra, a fim de certificar se o artigo possuía a finalidade do estudo em questão. Após a leitura, foi observado que 16 dos 32 artigos correspondiam aos objetivos da RI. Sendo assim, a amostra final foi composta por 16 artigos, os quais foram categorizados e, analisados posteriormente buscando atender aos objetivos da pesquisa. A estratégia utilizada para a coleta de dados dos artigos foi à utilização de um instrumento construído e validado por Ursi (2005). Foram necessárias algumas adaptações do instrumento, devido ao fato dele ter sido originalmente proposto para a enfermagem perioperatória, para atender o objetivo do estudo. As adaptações realizadas foram no item 3, cuja publicação em revista perioperatória foi substituída por publicação em revista de enfermagem de outras especialidades, e o item 4, subitem 3, que constava diagnóstico e tipo de cirurgia, foi excluído. A análise dos resultados dos dados ocorreu de forma descritiva.

A Figura 1 apresenta de forma esquemática a seleção dos artigos desta revisão integrativa.

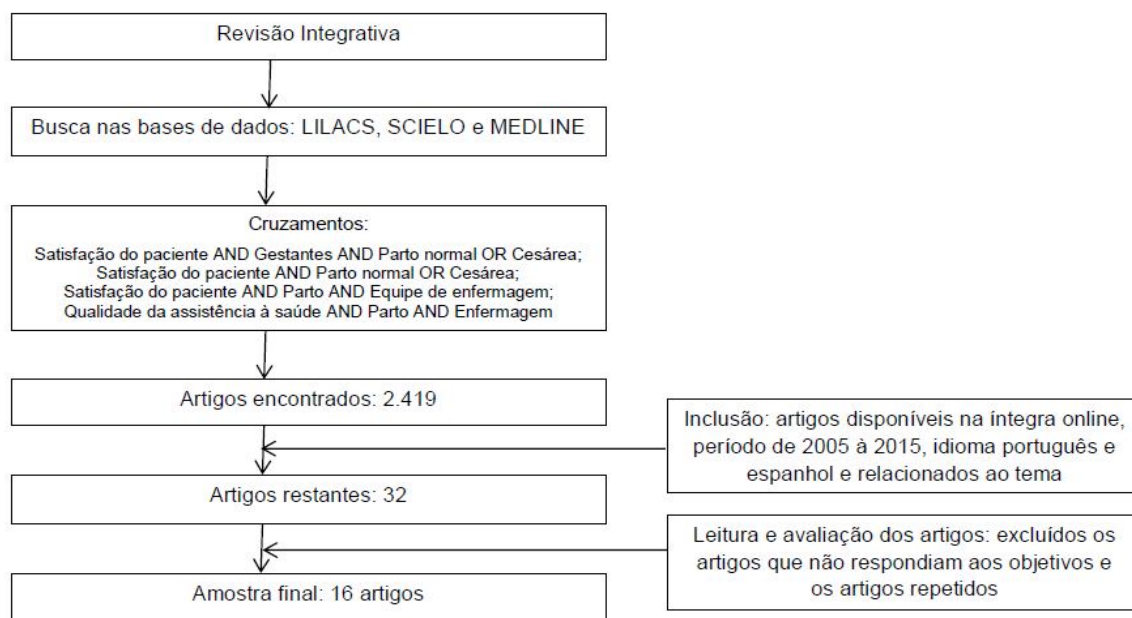


Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos da revisão integrativa.

RESULTADOS

Foram analisados 16 artigos na íntegra. A maior parte dos estudos foi encontrada em onze periódicos nacionais ($n = 14$), na língua vernácula e dois em espanhol, publicados principalmente no ano 2010 ($n=4$), 2011 e 2013 ($n=3$), 2006 ($n=2$) e nos anos 2008, 2009, 2014 e 2015 apenas 1 artigo em cada ano.

Após leitura crítica e reflexiva dos artigos incluídos nesta RI procedeu-se a técnica de categorização lexical dos achados (BARDIN, 2009), sendo definidas três categorias: **1.** Assistência pré-natal; **2.** Presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto; e **3.** Satisfação quanto ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde à gestante.

Assistência pré-natal

Quanto à experiência no acompanhamento do pré-natal as gestantes ou puérperas referem estar satisfeitas com a atenção recebida (DIAS; DESLANDES, 2006; ALMEIDA; TANAKA, 2009). As mesmas destacam: o fato de conseguir gratuitamente os medicamentos prescritos; poder falar sobre sua experiência como gestante com o profissional de saúde e tirar dúvidas; receber informações sobre a gestação e o parto; o acompanhamento pré-natal asseguraria uma vaga para o parto no mesmo equipamento de saúde e a realização de exames. No entanto, observou-se certa controvérsia uma vez que alguns dos motivos alegados para insatisfação com a assistência pré-natal foi a pouca informação ou oportunidade para que a mulher tire suas dúvidas durante a consulta por um ou outro profissional, e a demora para o atendimento, uma vez que todas são agendadas no mesmo horário e atendidas por ordem de chegada, fazendo com que a espera pela consulta dure até três horas e a demora ou a não na realização de exames solicitados.

Este fato demonstra a falta de conhecimento dos direitos descritos no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde desde o ano 2000, através da Portaria/GM nº 569, subsidiado nas análises das

necessidades de atenção específica à gestante, ao recém nascido e à mãe no período pós-parto (BRASIL, 2000). No entanto, observa-se que a gestante tem pouco conhecimento ou desconhece o direito que lhe é assegurado por lei enquanto gestante desde o início da gravidez até o puerpério, demonstrando a necessidade de implementação de ações de educação em saúde, por parte das equipes de saúde, voltadas para a mulher no ciclo gravídico puerperal (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

A assistência pré-natal tem como objetivo acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período este que envolve mudanças físicas e emocionais. Cabe ao profissional de saúde na consulta de pré-natal escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. Estas atitudes contribuem para uma maior adesão das mulheres ao pré-natal, tornando-as mais partícipes, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil (BRASIL, 2000).

Segundo Milfont et al. (2011) e Figueiredo et al. (2013) a maioria das gestantes, 95% e 97% respectivamente, realizaram pelo menos o número mínimo de seis consultas preconizadas no PHPN. Porém, não foi observado nos estudos incluídos nesta RI grupos de discussão com as gestantes que abordassem temas como: o tipo de parto, as etapas do trabalho de parto ou o direito de participar das decisões na escolha do tipo de parto. Isso demonstra a necessidade de melhoria na qualidade da assistência pré-natal e nas informações repassadas e discutidas com as gestantes. Conforme preconizado pelo PHPN o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados começa na assistência pré-natal adequada. Além disso, a gestante deve participar ativamente do processo de decisões que envolvem o nascimento de seu bebê, sendo dever das unidades de saúde e dos profissionais que ali trabalham, acolher com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, de forma ética e solidária (BRASIL, 2004).

O esclarecimento que a mulher tem a respeito dos seus direitos reprodutivos é um dos pilares do PHPN, e é justamente esse conhecimento que deve garantir uma participação ativa da mulher durante todo processo de atenção no pré-natal. Este estudo mostra a clara necessidade de uma aproximação entre os princípios estabelecidos no PHPN e a realidade vivenciada pelas mulheres nos serviços de saúde, produzindo um processo real de educação (MENDOZA-SASSI et al., 2007).

Presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto

A maioria das gestantes/puérperas está acompanhada durante o seu trabalho de parto e parto por algum familiar (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008; FIGUEIREDO et al., 2013). Os acompanhantes escolhidos com maior frequência pela parturiente foram: o pai da criança (23,4%), mãe (18,5%), irmã, sogra e cunhada (8,4%). No entanto, apesar da lei, foi relatada pelas mulheres a resistência da equipe de saúde para aceitar a presença da figura masculina como acompanhante da parturiente, sendo alegados vários motivos pelos profissionais de saúde para impedir a presença do acompanhante: “são regras do hospital; a lei do acompanhante não vigora; o acompanhante é desnecessário; a internação é pelo SUS; as mulheres da enfermagem ficam sem roupa; não é permitido acompanhante do sexo masculino; muita gente atrapalha; é maior de idade, não precisa; acompanhante só pode ficar se for cesárea”. Outros motivos levantados para a ausência de acompanhante foi a falta de pessoa disponível que pudesse permanecer na instituição, outras entrevistadas não souberam responder os motivos pelos quais não puderam ficar com acompanhante e que desconheciam este

direito (26,3%) ou referiram que não tiveram esse direito.

As diretrizes do parto humanizado foram analisadas por Milfont et al. (2011) e constatou que em 100% dos partos houve ausência do acompanhante e, em nenhum dos casos avaliados houve a participação da parturiente na tomada de decisão quanto ao tipo de parto. O direito ao acompanhante durante o processo do parto integra o conjunto de recomendações da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996), e no Brasil está garantido na Lei nº 11.108/2005, onde o acompanhante é de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. A inclusão do acompanhante durante a internação da gestante para o parto é um dos princípios para assistência humanizada ao parto, podendo ser este o companheiro da parturiente ou algum familiar de escolha da parturiente. Gestantes que contam com a presença de um acompanhante no parto e puerpério imediato se sentem mais tranquilas e seguras durante o processo, havendo diminuição do tempo de trabalho de parto e do número de cesarianas (BRASIL, 2005).

Segundo Nagahama e Santiago (2008) uma parcela minoritária das mulheres vieram desacompanhadas para o parto pelo desejo de privacidade, visto que o pleno exercício da diversidade de escolhas com relação ao acompanhamento inclui a opção por estar desacompanhada. A presença do companheiro não deve ser imposta, uma vez que a presença do homem durante o trabalho de parto e parto pode diferir de uma família para outra, devendo ser respeitada as diferenças socioculturais que existe entre as mulheres. Desta forma na perspectiva da humanização da assistência, deve-se ouvir e respeitar os desejos da gestante neste momento especial de sua vida (TORNQUIST, 2003).

Quanto à sensação que a presença do acompanhante proporciona durante o processo de parto, os estudos revelam que as mulheres sentem-se mais seguras, amparadas, com liberdade para expressar seus sentimentos, satisfação, proteção e tranquilidade (JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013; D'ORSI et al., 2014), pois além de incentivarem a realização de exercícios, eles oferecerem apoio, diminuindo a preocupação com possíveis trocas de bebês. No entanto, outras mulheres declararam ter sentido constrangimento e vergonha com a presença do acompanhante no parto. Apesar das divergências de opiniões, de maneira geral, a presença do acompanhante proporciona sentimentos de satisfação com a assistência, proteção contra abusos ou uma relação mais cordial com a equipe, amparo e apoio psicológico.

Apesar dos benefícios dessa prática e a legislação vigente apoiarem o parto com acompanhante, o que se observa no cotidiano das maternidades é o despreparo dos profissionais em lidar com a figura do acompanhante/pai como alguém participando do processo do parto e nascimento (SANTOS et al., 2012). Em outros casos os serviços de saúde não estão preparados para receber esse acompanhante. Algumas instituições não possuem área física adequada para acomodá-los e é possível encontrar profissionais resistentes, com preconceito ou receio em relação à presença dos acompanhantes, seja nas consultas de pré-natal, durante o trabalho de parto, parto e puerpério (SILVA; ALVES; PEREIRA, 2010). Sendo assim, o direito ao acompanhante, de livre escolha da mulher durante o trabalho de parto, parto e pós-parto ainda não é uma realidade para todas as mulheres.

Satisfação quanto ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde à gestante

Satisfação é uma avaliação subjetiva de diferentes aspectos da prestação de cuidados de saúde em termos positivos e negativos, isto é, uma reação cognitiva e não

emocional face a uma situação (WENSING et al., 1997). Neste sentido, esta categoria foi dividida em duas subcategorias: motivos de satisfação e motivos de não satisfação com o atendimento prestado à gestante/puérpera.

Motivos de satisfação

Os motivos de satisfação das puérperas com o trabalho de parto e parto levantados nos estudos analisados foram: a ausência ou não ter mais dores; a felicidade e alívio em ganhar o bebê e a concretude de vê-lo perfeito; conseguir uma vaga para internação; ser atendida sem demora na admissão; a atenção prestada pela equipe no tratamento e atendimento; o cuidado e conforto dispensados; assistência imediata ao parto em caso de urgência; maleabilidade por parte dos profissionais que demonstraram sensibilidade suficiente para identificar uma situação de emergência; as orientações recebidas a respeito do parto; o acompanhamento contínuo dos profissionais durante o processo de nascimento e não ter sofrido nenhuma situação de violência (CARRARO et al., 2006; DIAS; DESLANDES, 2006; MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010; NARCHI ET AL., 2010; ODININO; GUIRARDELLO, 2010; RONCONI et al., 2010; DÍAZ-SÁEZ, et al., 2011; GONÇALVES et al, 2011; MILFONT et al., 2011; CORDERO et al., 2013; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013; D'ORSI et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2015).

O cuidado obstétrico envolve, também, a compreensão dos sentimentos gerados em decorrência do momento experienciado, a fim de que o apoio e conforto oferecidos possam, de fato, refletir um cuidado com e para o outro (OLIVEIRA et al., 2010). O fato de serem bem atendidas, demonstrando que as gestantes/puérperas querem receber atenção, independente de qual orientação ou cuidados a serem oferecidos, ou seja, há uma valorização da escuta e diálogo nas relações interpessoais com a equipe de saúde.

É importante considerar que o esclarecimento da mulher a respeito dos seus direitos reprodutivos é um dos pilares do PHPN, e é justamente esse conhecimento que garante uma participação ativa e consciente da mulher durante todo processo da gestação e puerpério (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

Muitas vezes o cuidado satisfatório é visto como aquele desenvolvido com simpatia e educação. Respeitar a mulher durante o atendimento é pressuposto fundamental para a humanização do parto. Nesse sentido, informá-las sobre os diferentes procedimentos a que serão submetidas, esclarecer suas dúvidas e aliviar sua ansiedade são atitudes relativamente simples que requerem, entre outras coisas, boa vontade do profissional (BRASIL, 2003). Porém, observa-se que as próprias mulheres têm dificuldades em assumir um papel participativo no trabalho de parto e exigir atendimento de qualidade, pois este é garantido por lei.

Motivos de não satisfação

Vários motivos foram apontados para não satisfação, seja durante a admissão no hospital, seja durante o atendimento ao trabalho de parto e parto. As causas de não satisfação mencionados foram: a demora no atendimento ou a falta de vagas para internar; o medo da dor no trabalho de parto (contrações/dilatação); medo de perder o controle; ansiedade; a presença de muitos estagiários; a falta de privacidade; pouca ou nenhuma informação sobre os procedimentos a que estão sendo submetidas; os cuidados que devem ter com sua saúde após a alta; e o fato de terem sofrido violência por parte da equipe, seja ela verbal ou mesmo física; a desatenção, abandono,

indiferença, preconceito e mau trato por parte da equipe; a estrutura física inadequada; o número de enfermeiros considerada escassa, gerando ansiedade e incerteza; a falta de atividade de lazer durante a internação; e a ausência de um acompanhante (CARRARO et al., 2006; DIAS; DESLANDES, 2006; MOURA; COSTA; TEIXEIRA, 2010; NARCHI ET AL., 2010; DÍAZ-SÁEZ, et al., 2011; GONÇALVES et al., 2011; MILFONT et al., 2011; CORDERO et al., 2013; JAMAS; HOGA; REBERTE, 2013; D'ORSI et al., 2014; FIGUEIREDO et al., 2015).

O parto é caracterizado como um evento que provoca mudanças fisiológicas abruptas e intensas. É um evento cercado de valores sociais, culturais, afetivos e emocionais, sendo demarcado por simbolismos, como a intensidade da dor e a imprevisibilidade, causando sofrimento, ansiedade e insegurança (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004; PEREIRA; FRANCO; BALDIN, 2011). O conceito de humanização da assistência ao parto inclui vários aspectos, dentre eles a organização de uma assistência realmente voltada para as necessidades das mulheres, sendo assim, modificações na estrutura física são importantes, transformando o espaço hospitalar num ambiente mais acolhedor e favorável à implantação de práticas humanizadas. Desta forma, o profissional de saúde deve respeitar os aspectos da fisiologia do parto, e não intervir desnecessariamente, dando maior autonomia à mulher durante todo o processo, respeitando assim, seus direitos como cidadã (DIAS; DOMINGUES, 2005).

CONCLUSÃO

A análise dos estudos aponta experiências positivas em relação a vivência no processo de parturição, porém são revelados diferentes motivos que tornam negativo a vivência deste momento tão especial na vida das mulheres, tais como a ausência de acompanhante, o medo da dor e dor no parto, a falta de paciência de alguns profissionais e estrutura física inadequada.

Os princípios do PHPN são parcialmente respeitados pelo serviço de saúde, bem como pela equipe de assistência, destacando o respeito ao direito de acompanhante durante todo o processo de parturição incluindo o parto e nascimento, ainda que seja parto cirúrgico. No entanto, percebe-se que há falta de conhecimento e de empoderamento da mulher dos seus direitos garantidos por lei na assistência ao parto e nascimento; e que persiste a cultura de que receber um bom atendimento é questão de “sorte”, e não rotina nos serviços de saúde tanto para as mulheres, seus conceitos e familiares.

Sugere-se a implementação de educação continuada nos serviços de saúde, visando não apenas o aperfeiçoamento de conhecimentos, habilidades e atitudes, mas também a sensibilização para o atendimento humanizado e acolhedor, além de medidas e ações visando sagrar as boas práticas de atenção ao parto e nascimento estabelecidas pela OMS e os princípios constituídos no PHPN.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.

BICCHIERI, T.; SILVA, L. R. A percepção dos acadêmicos de enfermagem sobre o cuidado à mulher no trabalho de parto e nascimento: uma abordagem qualitativa. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.10, n. 2, p. 258-265, ago 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005.

CARRARO, T. E. et al. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: na busca pela opinião das mulheres. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, Esp, p. 97-104, 2006.

CORDERO, M. J. A. et al. Valoración del nivel de satisfacción en un grupo de mujeres de Granada sobre atención al parto, acompañamiento y duración de la lactancia. **Nutr Hosp**, v.28, n.3, p. 920-926, 2013.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl, p. S154-S168, 2014.

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2647-2655, dez 2006.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 669-705, jul/set 2005.

DÍAZ-SÁEZ, J. et al. La comunicación y la satisfacción de las primíparas en un servicio público de salud. **Gac Sanit**, v. 25, n. 6, p. 483-489, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, Sup1, p. S52-S62, 2004.

FIGUEIREDO, M. S. et al. Possíveis indicadores da assistência obstétrica a parturiente em uma maternidade escola. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 722-728, out/dez 2013.

FIGUEIREDO, M. S. et al. Grau de satisfação de puérperas quanto à qualidade da assistência no Alojamento Conjunto de uma Maternidade Pública. **J. res.: fundam. care. online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 2697-2706, jul/set 2015.

GONÇALVES, R. et al. Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev Esc Enferm USP**, v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.

HOFMEYR, G. J. Evidence based intrapartum care. **Best Pract Res Clin Obstet Gynecol**, n. 19, v. 1, p. 103-15, feb 2005.

JAMAS, M. T.; HOGA, L. A. K.; REBERTE, L. M. Narrativas de mulheres sobre a assistência recebida em um centro de parto normal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 12, p. 2436-2446, dez 2013.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. R. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out/dez 2008.

MENDOZA-SASSI, R. A. et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007.

MILFONT, P. M. S. et al. Estudo exploratório sobre a implementação de diretrizes para um parto seguro e satisfação das mulheres. **Online braz. J. nurs (Online)**, v. 10, n. 3, set/dez 2011. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/3493/1102>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Rev Bras de Enferm**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, jul/ago 2007.

MOURA, M. A. V.; COSTA, G. R. M.; TEIXEIRA, C. S. Momentos de verdade da assistência de enfermagem à puérpera: um enfoque na qualidade. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 429-434, jul/set 2010.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p.1859-11868, ago 2008.

NARCHI, N. Z. et al. Satisfação das mulheres com a experiência do parto em modelos assistenciais distintos: um estudo descritivo. **Online braz. J. nurs (Online)**, v. 9, n. 2, ago 2010. Disponível em:

<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.3102/692>>. Acesso em: 13 abr. 2016.

ODININO, N. G.; GUIRARDELLO, E. B. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 682-90, out/dez 2010.

OLIVEIRA, A. S. S. et al. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. **Rev. Rene**, v. 11, Esp., p. 32-41, 2010.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Qualidade da assistência ao trabalho de parto pelo Sistema Único de Saúde, Rio de Janeiro (RJ), 1999-2001. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 895-902, 2008.

PEREIRA, R. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN N. A Dor e o Protagonismo da Mulher na Parturição. **Rev Bras Anestesiol**, v. 61, n. 3, mai/jun. 2011.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p.181-204, 2005.

RONCONI, A. P. L. et al. Dor e satisfação durante o trabalho de parto em primigestas: visão da parturiente e do obstetra. **Revista Dor**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 277-281, out/dez 2010.

SANTOS, A. L.; RADOVANOVIC, C. A. T.; MARCON, S. S. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas pré-natal. **Rev. Rene**, v. 11, n. Esp, p. 61-71, 2010.

SANTOS, L. M. et al. Percepção da equipe de saúde sobre a presença do acompanhante no processo parturitivo. **Rev Rene**, v. 13, n. 5, p. 994-1003, 2012.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e do Nascimento do Ministério da Saúde do Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1281-1289, set/out 2004.

SILVA, L. C. S.; ALVES, V. H.; PEREIRA, A. V. A aplicabilidade da lei do acompanhante na maternidade de um hospital universitário. **RECENF-Rev Técnico-Científica Enferm**. v. 8, n. 24, p. 34-38, 2010.

TORNQUIST, C. S. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, Supl 2, p. S419-S427, 2003.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. (Dissertação mestrado). Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 2005.

WENSING, M. et al. Improving the quality of beath care: metbods for incorporating patient´s views in health care. **British Medical Journal**, v.326, p. 877-879, abr 1997.

WHO. World Health Organization. **Care in Normal Birth**: a practical guide. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Geneva, 1996.

IX Fórum Mineiro de Enfermagem

Tema: A enfermagem como protagonista na construção do cuidado em saúde



DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM EM UTI DE ADULTOS: COMPARAÇÃO DOS RESULTADOS OBTIDOS UTILIZANDO O NURSING ACTIVITIES SCORE E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTE

Karine Ellen Soares Costa¹, Arthur Velloso Antunes², Fabiola Alves Gomes³, Clesnan Mendes-Rodrigues⁴

¹Enfermeira, graduada pela Universidade Federal de Uberlândia.

²Enfermeiro, Doutor, Professor Associado do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeira, Ms, Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: Fabiola-gomes@uol.com.br

⁴Doutor em Ecologia pelo Programa de Pós-graduação em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais - Instituto de Biologia, Enfermeiro no Hospital de Clínicas de Uberlândia, Graduando em Estatística pela Faculdade de Matemática; Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

Introdução: Para o dimensionamento de pessoal em Unidades de Terapia Intensiva tem sido sugeridas diferentes metodologias, dentre elas estão as que utilizam o Nursing Activities Score (NAS), o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP) e a Resolução RDC 7/2010 da Agência Nacional de Vigilância sanitária. **Objetivos:** realizar dimensionamento de pessoal em uma UTI de adultos utilizando o NAS; realizar dimensionamento de pessoal na mesma UTI de adultos utilizando o SCP; verificar se existe diferença significativa entre os resultados do dimensionamento de pessoal de uma UTI de adultos quando se utiliza o NAS e o SCP e; comparar os resultados obtidos através do dimensionamento do NAS e SCP com o que é preconizado pela RDC 07/2010. **Metodologia:** O estudo foi realizado na UTI de Adultos de um hospital universitário. A coleta de dados foi realizada em seis momentos diferentes num período de 90 dias, utilizando os dois instrumentos, o NAS conforme proposto por Queijo (2002) e uma adaptação do SCP proposto por Santos et al (2007). Participaram do estudo 155 pacientes com mais de 12 horas de internação, que concordaram em participar. **Resultados;** Em relação ao NAS o resultado do dimensionamento com as diferentes coleta de dados variou de 98,31 a 109,07 funcionários, e com média geral foi 101,90 funcionários; houve uma variação de 62,8 até 69,9 de pontuação média; os pacientes da UTI são muito homogêneos quanto a esta classificação; a média de todas as coletas permaneceu acima de 60 pontos, independentemente do número dos pacientes. Em Relação ao SCP o resultado do dimensionamento com as diferentes coletas de dados variou de 106,27 a 119,01 funcionários, com média de 110,57; em relação a frequência relativa do número de pacientes por tipo de cuidado por dia de coleta, observou que os pacientes classificados como cuidados intensivos têm maior frequência. O dimensionamento por dia de coleta variou de 106,27 a 119,01, com média de 110,57 funcionários. Em relação a RDC 07/2010 o total de funcionários necessários foi de 98,8 funcionários. **Conclusões:** Não há diferença significativa entre os resultados encontrados com a utilização das três metodologias, NAS, SCP e RDC 7/2014, quando se utiliza a média de pacientes por tipo de cuidado e a pontuação média do NAS. A comparação entre o NAS e o SCP mostrou que, na comparação dos resultados do dimensionamento por dia de coleta, o SCP gera um dimensionamento para os 30

leitos, maior que o NAS. Assim, qualquer uma das três metodologias de dimensionamento utilizadas pode ser utilizada para a realização do cálculo de pessoal para a Unidade de Terapia Intensiva em que o estudo foi realizado.

Descritores: Dimensionamento, Enfermagem, Unidade de Terapia Intensiva

INTRODUÇÃO

Entende-se como dimensionamento de pessoal de enfermagem um método que através dele podem-se calcular o quantitativo de pessoal para atender as necessidades na assistência prestada ao cliente com segurança e qualidade. Segundo Gaidzinski (1998, p. 91) o dimensionamento de pessoal de enfermagem “é a etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionário por categoria, requerida para suprir as necessidades de assistência de Enfermagem, direta ou indiretamente prestada à clientela”.

O dimensionamento de pessoal deve ser realizado para todos os setores do Hospital onde existem atividades relacionadas com a assistência de enfermagem, sendo uma responsabilidade do enfermeiro que responde pelo serviço de enfermagem da instituição.

Assim, o dimensionamento de pessoal de enfermagem também deve ser realizado nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com o objetivo de manter a assistência de cuidados aos pacientes com qualidade e segurança e também favorecer ao profissional de enfermagem uma boa condição de trabalho. Nas UTIs os cuidados de enfermagem são mais complexos e exigem mais empenho dos profissionais na assistência prestada ao paciente, por este motivo é de suma importância que seja feito um dimensionamento de pessoal preciso.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 07 de 24 de fevereiro de 2010 (Brasil, 2010) que determina, no artigo 14, o quantitativo e a distribuição da equipe multiprofissional nas UTI. No que se refere à equipe de enfermagem diz que deve ter no mínimo 1 enfermeiro assistencial em cada 8 leitos ou fração por turno de trabalho, 1 técnico de enfermagem para cada dois leitos ou fração por turno de trabalho, além de 1 enfermeiro administrativo.

Em UTI têm-se utilizado algumas metodologias para dimensionar o pessoal de enfermagem, sendo elas: o Sistema de Classificação de pacientes (SCP), o Therapeutic Intervention Scoring System (TISS) e o Nursing Activities Score (NAS). Sendo o SCP e o NAS os mais utilizados.

O SCP é conceituado por Giovannetti (1979 apud FERROCA; GAIDZINSKI, 1998, p. 154) como "a identificação e classificação de pacientes em grupos de cuidados ou categorias, e a quantificação destas categorias como uma medida dos esforços de enfermagem requeridos".

Além disso, Gaidzinski (1994) diz que, o SCP pode ser entendido, como uma forma de determinar a dependência de um paciente em relação à equipe de enfermagem, com a finalidade de estabelecer o tempo despendido no cuidado direto e indireto, bem como o qualitativo de pessoal, para atender às necessidades biopsicossocial e espirituais do paciente.

Para pacientes clínicos e cirúrgicos em geral o SCP mais utilizado é o proposto por Santos et al (2007) que é uma reformulação do instrumento proposto inicialmente

por Fugulin (1997). Este instrumento propõe a classificação dos pacientes em cinco tipos de cuidados: mínimos, intermediário, alta dependência, semi-intensivo e intensivo.

De acordo com COREN-SP (2010) os pacientes devem ser classificados como Pacientes de Cuidados Mínimos/Autocuidado (PCM) que é aquele que está estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, e fisicamente autossuficiente quanto ao atendimento das necessidades humanas básicas - Pacientes de Cuidados Intermediários (PCI) que está estável, sob o ponto de vista clínico e de enfermagem, requerendo avaliações médicas e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento das necessidades humanas básicas - Pacientes de Cuidados Semi-Intensivos (PCSI) que está grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada - Pacientes de Cuidados Intensivos (PCIT) que está grave e recuperável, com risco iminente de morte, sujeito à instabilidade das funções vitais, requerendo assistência de enfermagem e médica permanente e especializada.

Segundo a Resolução COFEN 293/2004 para realizar o cálculo, necessita considerar como horas de Enfermagem, por leito, nas 24 horas: 3,8 horas de Enfermagem para Cuidados Mínimos; 5,6 horas de Enfermagem para Cuidados Intermediária; 9,4 horas de Enfermagem para Cuidados semi-intensivo e; 17,9 horas de Enfermagem para Cuidados intensivos (COFEN, 2004).

Desse modo, após classificar os pacientes é realizado um cálculo para obter a quantidade de profissionais de enfermagem necessários para determinado setor de internação.

A fórmula para realizar o cálculo de acordo com Antunes e Costa (2003) é a seguinte:

$$\text{NFTC} = \frac{\text{NPTC} \times \text{NHTC} \times \text{NDS}}{\text{CH}}$$

$$\text{NFE} = \text{NFTC}_1 + \text{NFTC}_2 + \text{NFTC}_3 + \text{NFTC}_4 \cdot \frac{(1 + \text{IST})}{100}$$

NFTC = Número de funcionários por tipo de cuidado

NPTC = Número de pacientes por tipo de cuidado

NHTC = Número de horas por tipo de cuidado

NDS = Número de dias da semana

CHS = Carga horária semanal

NFE = Número de funcionário de enfermagem

IST = Índice de segurança técnica

O Nursing Activities Score (NAS), é o mais recomendado e o que tem sido o mais utilizado para classificar os pacientes e fazer o dimensionamento em UTI, por ser mais detalhado e por avaliar os cuidados que são realizados com os pacientes internados nestas unidades.

O NAS permite a avaliação do tempo gasto na assistência de enfermagem ao paciente, contempla as atividades administrativas e também no suporte dos familiares. (INOUE; MATSUDA, 2009)

Esta ferramenta é uma evolução do TISS, e atinge com maior abrangência as atividades realizadas pela equipe de enfermagem.

De acordo com Queijo (2002, p.10) “o NAS nasceu mais abrangente no sentido de medir a real carga de trabalho de enfermagem na UTI”.

O NAS serve, também, para calcular quantitativamente o pessoal de enfermagem, através dele pode-se ter conhecimento se são necessárias novas contratações de funcionários para os serviços de enfermagem na UTI e além de controlar os gastos.

O NAS é uma ferramenta que contém 7 categorias e 23 itens, sendo que alguns destes itens se dividem em subitens. Cada item ou subitem tem uma pontuação que pode variar de 1,2 a 32 pontos. De acordo com Queijo (2002, P.11) “O escore total obtido com a pontuação do NAS representa a porcentagem de tempo gasto por enfermeiro, por turno, na assistência direta ao paciente, variando de zero a 100 ou mais.” Cada 100 pontos correspondem a 24 horas de assistência e cada ponto é equivalente a 14,4 minutos. Se o escore final for maior que 100%, interpreta-se que será necessário mais de um profissional para prestar assistência aquele paciente em um certo dia (LEITE et al. 2012).

Após classificar os pacientes é necessário calcular o quantitativo de pessoal de enfermagem necessário para aquele setor. A seguinte fórmula é a utilizada para realizar o cálculo:

$$PE = (E. L. \cdot \text{NAS}/100) \cdot (1 + \text{IST}/100)$$

- PE = número de profissionais de enfermagem necessários.
- E = número de turnos de enfermagem.
- L = número de leitos
- NAS = média de pontos do NAS .
- IST = Índice de Segurança Técnica.

Da dúvida sobre qual metodologia de dimensionamento de pessoal de enfermagem seria mais adequado para UTI, com o SCP ou com o NAS, surgiu o questionamento que direcionou este estudo: existe diferença nos resultados no dimensionamento de pessoal realizado na UTI utilizando o SCP e o NAS?

Para responder a esta questão fizemos esta pesquisa para verificar se existe diferença significativa entre os resultados do dimensionamento de pessoal de enfermagem quando se utiliza o Nursing Activities Score (NAS) e o Sistema de Classificação de Pacientes (SCP). Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos: realizar dimensionamento de pessoal em uma UTI de adultos utilizando o NAS; realizar dimensionamento de pessoal na mesma UTI de adultos utilizando o SCP; verificar se existe diferença significativa entre os resultados do dimensionamento de pessoal de uma UTI de adultos quando se utiliza o NAS e o SCP e; comparar os resultados obtidos através do dimensionamento do NAS e SCP com o que é preconizado pela RDC 07/2010.

A realização deste estudo foi justificada pelo fato dos resultados possibilitarem o apontamento do método que apresenta os melhores resultados, em termos de quantitativo de pessoal de enfermagem contribuindo, assim, com a instituição e com a literatura sobre o tema, por mostrar qual é o método mais adequado.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva com abordagem quantitativa, realizada na UTI de Adultos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU), instituição que possui 525 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e sexto no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), é referência em média e alta complexidade para 30 municípios da macro e micro regiões do Triângulo Norte.

A UTI de adultos situa-se no quarto andar do HCUFU, é composta por 30 leitos no total, sendo eles divididos de em unidade 1 (leitos 1 ao 9) para grandes cirurgias, unidade 2 (leitos 10 ao 18) para traumas, unidade 3 (leitos 19 ao 27) para clínica e unidade 4 (leitos 28 ao 30) para isolamento. Além dos leitos, a UTI também é composta por uma farmácia satélite, uma sala de entrevista, uma copa para funcionários, uma sala para coordenação entre outras dependências. Este setor é destinado a internação de pacientes graves e a equipe de enfermagem é composta por 73 técnicos de enfermagem e 14 enfermeiros.

A coleta de dados foi realizada pelos pesquisadores envolvidos no projeto juntamente com os enfermeiros da UTI de adultos do HCUFU. Foi feita a classificação dos pacientes utilizando tanto o NAS como o SCP nos mesmos pacientes, em seis coletas.

A coleta de dados foi realizada em seis momentos diferentes num período de 90 dias, nos meses de maio, junho e julho de 2014, em todas elas foram utilizados os dois instrumentos, o NAS (Anexo 1) conforme proposto por Queijo (2002) e uma adaptação do SCP proposto por Santos et al (2007) conforme apresentado no anexo 2. Assim, cada paciente incluído no estudo foi classificado duas vezes, uma com o SCP e outra com o NAS.

Tal adaptação foi feita porque o instrumento de Santos et al (2007) propõe a classificação dos pacientes em cinco tipos de cuidados (mínimos, intermediário, alta dependência, semi-intensivo e intensivo) e, porque na Resolução 293 do COFEN e na literatura não existem proposta de quantitativo de horas para o cuidado alta dependência. Assim, refizemos os cálculos das pontuações para que pudéssemos classificar os pacientes apenas como cuidados mínimos, intermediário, semi-intensivo e intensivo.

Em tal adaptação o instrumento avalia 12 indicadores ou variáveis que podem receber pontuações de 1 a 4 pontos cada, mantendo o formato do SCP de Santos et al (2007). Desta forma a pontuação possível do instrumento vai de 12 a 48 pontos, o que representa 37 pontuações possíveis. Para definir a pontuação de cada um dos quatro tipos de cuidados dividimos 37 por quatro e, desta forma, as pontuações de cada tipo de cuidado ficou definida da seguinte forma: cuidados mínimos de 12 a 20 pontos, intermediário de 21 a 30 pontos, semi-intensivo de 31 a 39 e intensivo de 40 a 48 pontos.

A população de referência deste estudo foi composta pelos pacientes internados na UTI de adultos nos momentos em que ocorreram a coleta de dados. A amostra foi constituída por todos que estiverem internados, nos dias em que ocorreram as coletas de dados e que concordaram em participar do estudo. Assim, considerando que na UTI existem 30 leitos, que normalmente estão ocupados, que foram realizadas seis coletas

em dias diferentes, a amostra deveria ser constituída de 180 pacientes, entretanto, considerando os critérios de inclusão e exclusão, a amostra foi de 155 pacientes.

Para que o paciente fosse incluído na pesquisa, este deveria estar internado na UTI de adultos do HCUFU há mais de 12 horas no momento da coleta de dados, ser maior de 18 anos, autorizar voluntariamente a sua participação na pesquisa, ou ter sua participação autorizada pelo responsável quando inconsciente.

Foram excluídos aqueles com menos de 12 horas de internação, menores de 18 anos, que não concordaram em participar ou aqueles inconscientes cujo responsável não autorizou sua participação.

Após ser aprovado o projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (Parecer 649.859), no momento da coleta de dados os pacientes ou responsáveis, foram abordados na UTI pelos pesquisadores que esclareceram sobre os objetivos da pesquisa, sobre a forma de participação dos pacientes, e sobre o sigilo dos dados coletados. Aqueles que concordaram em participar ou tiveram sua participação autorizada pelos responsáveis foram orientados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com o termo assinado, o pesquisador começou a coleta dos dados junto ao paciente e, quando necessário, consultou as anotações do prontuário do paciente para algum esclarecimento que se fez necessário.

O único risco a que os sujeitos foram expostos pela sua participação na pesquisa foi o de serem identificados, porém não houve probabilidade de isto ocorrer, visto que os dados pessoais do paciente não foram coletados e que os pesquisadores se comprometeram com a não identificação em nenhuma hipótese. O benefício da pesquisa foi avaliar o melhor método para ser utilizado no setor de UTI de adultos, além de contribuir com a literatura.

Os dados foram analisados utilizando estatística descritiva, com apresentação em tabelas. Todos os dados foram testados previamente para normalidade com o teste de Kolmogorov-Smirnov Lilliefors. Para os dados do dimensionamento por setor, que apresentaram normalidade, as médias foram comparadas entre si com o teste t de Student e os dados foram correlacionados entre si com uso da correlação de Pearson. Para o número de horas de enfermagem por paciente, obtidos pelo SCP e pelo NAS, que não apresentaram normalidade, as médias foram comparadas com o uso do teste de Mann-Whitney. Todas as análises estatísticas utilizaram uma significância de 5% e os testes foram realizados no Programa BioEstat 5.3 (Ayres et al. 2007)

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados da coleta de dados utilizando o Nursing Activities Score na Unidade de Terapia Intensiva de Adultos estão apresentados na tabela 1.

Tabela 1 – Pontuação obtida com a aplicação do Nursing Activities Score por dia de coleta de dados realizada. Uberlândia, MG, 2014.

| DIA DE COLETA | Nº DE PACIENTES | PONTUAÇÃO GERAL | PONTUAÇÃO MÉDIA |
|----------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| 1 ^o | 26 | 1817.9 | 69.9 |
| 2 ^o | 27 | 1845.1 | 68.3 |
| 3 ^o | 26 | 1668.2 | 64.2 |
| 4 ^o | 25 | 1569.9 | 62.8 |
| 5 ^o | 24 | 1528.7 | 63.7 |
| 6 ^o | 27 | 1701.6 | 63.0 |
| TOTAL | 155 | 10131.4 | 391.9 |
| MÉDIA | 25.8 | 1688.6 | 65.3 |

Nesta tabela podemos verificar que a pontuação média obtida, nos diferentes dias de coletas com o NAS, por paciente foi de 65.3 pontos variando de 62.8 até 69.9 pontos, demonstrando que a pontuação obtida não foi afetada pelo número de pacientes avaliados. Sabendo que a pontuação do NAS depende dos cuidados que cada paciente recebeu nas 24 horas que antecedem o momento da avaliação e que isto foi observado na cada coleta, constatamos que os pacientes da UTI foram muito homogêneos na classificação realizada (coeficiente de variação para os 155 pacientes = 10,31% e para o a pontuação média de 4,64%).

Utilizando a fórmula preconizada para o dimensionamento através do Nursing Activities Score, apresentada anteriormente, considerando a existência de quatro turnos de trabalho, trinta leitos na unidade, as pontuações médias dos diferentes dias de coletas e índice de segurança técnica de 30%, temos os resultados apresentados na tabela 2.

Tabela 2 – Resultados do dimensionamento de pessoal utilizando a fórmula preconizada para o dimensionamento através do Nursing Activities Score, para 30 leitos, segundo os diferentes dias de coletas de dados em uma UTI Adulto. Uberlândia, MG, 2014.

| DIA DE COLETA | PONTUAÇÃO MÉDIA | RESULTADO DO DIMENSIONAMENTO |
|----------------------|------------------------|-------------------------------------|
| 1 ^o | 69.9 | 109.07 |
| 2 ^o | 68.3 | 106.61 |
| 3 ^o | 64.2 | 100.09 |
| 4 ^o | 62.8 | 97.96 |
| 5 ^o | 63.7 | 99.37 |
| 6 ^o | 63.0 | 98.31 |
| TOTAL | 391.9 | 611.41 |
| MÉDIA | 65.3 | 101.90 |

Nesta tabela pode ser visto que a média dos resultados dos dimensionamentos realizados com as pontuações obtidas nos diferentes dias de coletas de dados com o NAS foi igual a 101.9 funcionários, variando entre 98.31 e 109.07 funcionários, demonstrando que o número de funcionários resultante dos dimensionamentos não variou significativamente (Coeficiente de variação para os seis dimensionamentos = 4.64%), como era de se esperar, o resultado do dimensionamento está diretamente relacionado com a média da pontuação.

Os resultados da coleta de dados utilizando o SCP na Unidade de Terapia Intensiva de Adultos estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 – Frequência relativa (%) do número de pacientes por tipo de cuidado por dia de coleta em uma UTI Adulto, Uberlândia, MG, 2014.

| DIA DE COLETA | FREQUÊNCIA RELATIVA (%) POR TIPO DE CUIDADO | | | | NÚMERO DE PACIENTES AVALIADOS |
|----------------|---|----------------|---------------|--------|-------------------------------|
| | INTENSIVO | SEMI-INTENSIVO | INTERMEDIÁRIO | MÍNIMO | |
| 1 ^a | 57.7 | 42,3 | 0.0 | 0.0 | 26 |
| 2 ^a | 74.1 | 25,9 | 0.0 | 0.0 | 27 |
| 3 ^a | 69.2 | 26,9 | 3.8 | 0.0 | 26 |
| 4 ^a | 56.0 | 40,0 | 4.0 | 0.0 | 25 |
| 5 ^a | 62.5 | 29,2 | 4.2 | 4.2 | 24 |
| 6 ^a | 59.3 | 29,6 | 11.1 | 0.0 | 27 |
| MÉDIA | 63.13 | 31,8 | 3.85 | 0.69 | 25.83 |

Observa-se que nos seis dias de coleta, os pacientes classificados como cuidados intensivos têm maior frequência quando comparados com os pacientes de outros tipos de cuidados. E que a frequência de pacientes de cuidados mínimos e intermediários é muito pequena. No geral, os pacientes na sua maioria são classificados como intensivo (média = 63,13 %) ou semi-intensivo (32,3 %).

Quando analisamos a frequência relativa dos pacientes de cuidados intensivos verificamos que sua média é de 63.13%, variando de 56 a 74.1% e constatamos que a variação não é tão alta (Coeficiente de variação da frequência de pacientes de cuidados intensivo = 11.26%). Por outro lado, a análise da frequência relativa dos pacientes de cuidados semi-intensivos mostra que a média é de 31.8%, variando de 25.9 a 42.3% demonstrando uma grande variação (Coeficiente de variação da frequência de pacientes de cuidados semi-intensivo = 22.95%).

A análise comparativa das frequências relativas dos pacientes de cuidados intensivos com as dos pacientes de cuidados semi-intensivo demonstra que existe uma diferença significativa entre elas permitindo afirmar que a internação de pacientes de cuidados intensivos é significativamente maior que a internação de pacientes de cuidados semi-intensivos ($t = -5.58$; graus de liberdade = 5; $P = 0,0025$).

Utilizando a fórmula preconizada para o dimensionamento através do Sistema de Classificação de Pacientes, apresentada anteriormente, considerando a existência

de trinta leitos na unidade, a média de pacientes de cada um dos tipos de cuidados (derivados da frequência relativa), as horas de enfermagem para cada tipo de cuidado preconizadas pelo COFEN, funcionamento da unidade durante os sete dias da semana, a carga horária semanal de trabalho de 36 horas e o índice de segurança técnica de 30%, temos os resultados apresentados na tabela 4.

Tabela 4 – Número estimado de pacientes por tipo de cuidado para 30 leitos e resultado do dimensionamento por dia de coleta. Uberlândia, MG, 2014.

| DIA DE COLETA | NÚMERO DE PACIENTES POR TIPO DE CUIDADO ESTIMADOS PARA 30 LEITOS | | | | RESULTADO DO DIMENSIONAMENTO |
|---------------|--|----------------|---------------|--------|------------------------------|
| | INTENSIVO | SEMI-INTENSIVO | INTERMEDIÁRIO | MÍNIMO | |
| 1ª | 17.31 | 12.69 | - | - | 108.47 |
| 2ª | 22.22 | 7.78 | - | - | 119.01 |
| 3ª | 20.77 | 8.08 | 1.15 | - | 114.79 |
| 4ª | 16.80 | 12.00 | 1.20 | - | 106.21 |
| 5ª | 18.75 | 8.75 | 1.25 | 1.25 | 108.59 |
| 6ª | 17.78 | 8.89 | 3.33 | - | 106.27 |
| MÉDIA | 18.94 | 9.70 | 1.16 | 0.21 | 110.57 |

Verifica-se que a média dos resultados dos dimensionamentos realizados com o número estimado de pacientes por tipo de cuidado foi de 110.57 funcionários, variando entre 106.21 e 119.01 funcionários, demonstrando que o número de funcionários resultante dos dimensionamentos não variou significativamente (Coeficiente de variação para os seis dimensionamentos = 4.7%)

O dimensionamento de pessoal realizado utilizando as recomendações da RDC 7/2010, considerando a necessidade de 1 enfermeiro para cada 8 leitos ou fração e 1 técnico de enfermagem para cada 2 leitos ou fração, a existência de 30 leitos na unidade, de quatro turnos de trabalho de 6 horas e o mesmo índice de segurança técnica igual a 30%, temos: 15 técnicos mais 4 enfermeiros totalizando 19 funcionários por turno, que multiplicado por 4 turnos e multiplicado pelo IST de 30% resulta num total necessário de funcionários igual a 98.8.

Com a finalidade de melhor visualizar os resultados do dimensionamento de pessoal da UTI realizado com a utilização dos três métodos propostos neste trabalho elaboramos a tabela 5.

Tabela 5 – Número de funcionário resultante do dimensionamento realizado com a utilização das três metodologias utilizadas no estudo, Nursing Activities Score, Sistema de Classificação de Pacientes e Resolução RDC 7/2010. Uberlândia, MG, 2014.

| MÉTODOLOGIA UTILIZADA | RESULTADO DO DIMENSIONAMENTO |
|---------------------------------------|------------------------------|
| NURSING ACTIVITIES SCORE | 101.9 |
| SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES | 110.57 |
| RESOLUÇÃO RDC 7/2010 | 98.8 |

A análise estatística comparando os resultados do dimensionamento de pessoal da UTI utilizando os três métodos propostos no estudo demonstrou que não há diferença significativa entre os resultados encontrados com a utilização das três metodologias, NAS, SCP e RDC 7/2014 (Qui-quadrado = 0,717; Graus de liberdade = 2; P = 0.6986)

Além disto, a comparação entre o NAS e o SCP mostrou que, na comparação dos resultados do dimensionamento por dia de coleta, o SCP gera um dimensionamento para os 30 leitos, maior que o NAS ($t = 4,0491$, $P = 0,0098$). Sendo que os resultados obtidos não foram correlacionados entre-si ($r = 0,4448$, $P = 0,3767$).

Os dados coletados permitiram, ainda, conhecer as horas de enfermagem requeridas em 24 horas por paciente com a utilização do NAS e do SCP. O Nursing Activities Score levou a uma mediana de 15,31 horas de enfermagem e o Sistema de Classificação de Pacientes levou a uma mediana de 17,9 horas de enfermagem, demonstrando que são significativamente diferentes ($U = 6782,50$, $P < 0,0001$). Sendo que o número de horas entre os dois sistemas foi correlacionado entre si ($rs = 0,4414$) ($P < 0,0001$).

CONCLUSÕES

O trabalho realizado chegou as seguintes conclusões: Os resultados do dimensionamento de pessoal utilizando a fórmula preconizada para o dimensionamento através do Nursing Activities Score, para 30 leitos variou de 98,31 a 109,07 funcionários, com média geral de 101,90; Os resultados do dimensionamento de pessoal utilizando a fórmula preconizada para o dimensionamento através do Sistema de Classificação de Pacientes, para 30 leitos variou de 106,27 a 119,01 funcionários, com média de 110,57; O resultado do dimensionamento de pessoal utilizando a RDC 7/2010 demonstra que são necessários 98,8 funcionários; Não há diferença significativa entre os resultados encontrados com a utilização das três metodologias, NAS, SCP e RDC 7/2014, quando se utiliza a média de pacientes por tipo de cuidado e a pontuação média do NAS; A comparação entre o NAS e o SCP mostrou que, na comparação dos resultados do dimensionamento por dia de coleta, o SCP gera um dimensionamento para os 30 leitos, maior que o NAS

Assim, qualquer uma das três metodologias de dimensionamento utilizadas pode ser utilizada para a realização do cálculo de pessoal para a Unidade de Terapia Intensiva em que o estudo foi realizado.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, A. V.; COSTA, M. N.. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p.832-839, 2003.

AYRES, M., AYRES JR., M., AYRES, D.L. & SANTOS, A.D.A.S.D. 2007. BioEstat: Aplicações estatísticas nas áreas das ciências bio-médicas. 4th ed., Ong Mamiraua, Bélem.

BRASIL. Agencia Nacional de Vigilância Sanitária Resolução - RDC Nº 7, DE 24 DE fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, n.37, seção 1, p. 48-51, 25 de fevereiro de 2010.

CONISHI, R. M. Y.; GAIDZINSKI, R. R. Nursing Activities Score (NAS) como instrumento para medir carga de trabalho de enfermagem em UTI adulto. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, São Paulo, v. 41, n. 3, p.346-354, 2007.

COREN-SP. **Livreto de Dimensionamento de Pessoal**, Abril de 2010. Disponível em: http://inter.coren-sp.gov.br/sites/default/files/livreto_de_dimensionamento.pdf.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. Resolução nº 293/04. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluo-cofen-2932004_4329.html, Acessado em 25 de agosto de 2013.

DUCCI, A. J.; PADILHA, K. G.. Nursing Activities Score: estudo comparativo de aplicação retrospectiva e prospectiva em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 4, p.581-587, 2008.

GAIDZINSKI, R.R. Dimensionamento do pessoal de enfermagem. In: Kurcgant P, coordenadora. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU; 1991. p. 91-96.

GAIDZINSKI, R. R. O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam esta prática. 1994. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem/USP; 1994.

HOSPITAL de Clínicas de Uberlândia. Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) **Apresentação do Hospital de Clínicas de Uberlândia**. Uberlândia. Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/conteudo/apresenta%C3%A7%C3%A3o>. Acesso em 16 de agosto de 2013.

INOUE, K. C.; MATSUDA, L. M.. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para adultos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 3, p.379-384, 2010.

LEITE, I. R. L.; SILVA, G. R. F. da; PADILHA, K. G. Nursing Activities Score e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 6, p.837-843, 2012.

LIMA, M. K. F.; TSUKAMOTO, R.; FUGULIN, F. M. T.. Aplicação do nursing activities score em pacientes de alta dependência de enfermagem. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p.638-646, 2008.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R.. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, Sao Paulo, v. 2, n. 32, p.153-168, 1998.

QUEIJO, AF. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: NURSING ACTIVITIES SCORE (N.A.S.)**. 2002. 86f. Dissertação. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2002.

SANTOS, F. et al. Sistema de classificação de pacientes: proposta de complementação do Instrumento de Fugulin et al. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, 2007.

TRANQUITELLI, A. M.; PADILHA, K. G.. Sistemas de classificação de pacientes como instrumentos de gestão em Unidades de Terapia Intensiva. **Rev. Esc. Enferm. Usp**, Sao Paulo, v. 41, n. 1, p.141-146, 2007.

IMPACTO DO TRABALHO NOTURNO NA QUALIDADE DE VIDA DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM DO GÊNERO MASCULINO

Ailton de Souza Aragão¹; Rafael Lemes de Aquino²

¹Cientista Social. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto II do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (ICS-UFTM);

²Enfermeiro. Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador (PPGAT/UFU).

RESUMO

Introdução: A equipe de enfermagem possui o maior contingente de profissionais nos ambientes de saúde, com mais de 1,8 milhões de profissionais, e destes 15% são de homens, fenômeno que demonstra uma masculinização da profissão, histórica e culturalmente exercida por mulheres (COFEN/FIOCRUZ, 2013). O presente estudo discute a profissão frente a algumas questões vinculadas à qualidade de vida e o trabalho noturno. **Objetivo:** analisar os impactos que o trabalho noturno apresenta na qualidade de vida do profissional do gênero masculino a fim de identificar os principais problemas e danos comuns a esse grupo frente a sua atividade profissional. **Metodologia:** Um estudo descritivo e transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 72 profissionais do gênero masculino da equipe de enfermagem de hospital de grande no Triângulo Mineiro, sendo 41 (56,9%) técnicos de enfermagem, 18 (25%) de auxiliares de enfermagem e 13 (18,1%) de enfermeiros (dados de 01/2016). Utilizou-se o questionário WHOQOL-bref, nas quais as variáveis quantitativas foram descritas através de média, desvio padrão, máxima e mínima, além dos testes de Shapiro-Wilk e de Kruskal-Wallis utilizados na análise dos dados, com nível de confiança de 5% ($p < 0,05$). **Resultados:** Quanto ao perfil dos entrevistados, a maioria era de casados 42 (58,3%); sob o contrato de trabalho via Regime Jurídico Único 50 (69,4%); com idade média de 40 anos e 16 anos tempo de serviço; e dentro de uma escala de 0 a 100, os domínios com melhor avaliação foram o das Relações Sociais (70,1) e o Psicológico (67,5); já os piores foram o do Ambiente (57,4) e o Físico (65,4). Na avaliação global, a média foi de 63,3 e ficando abaixo da média brasileira de (65-70). Logo, os profissionais que eram casados obtiveram um melhor escore, independente da categoria que se encontra na equipe de enfermagem. **Conclusão:** O grupo está na média, levando em consideração o desvio padrão, mas podemos afirmar que as condições de trabalho interferem na sua profissão, e estes resultados permitem a detecção das dificuldades vivenciadas pelos homens da equipe de enfermagem, e podem cooperar com o delineamento de estratégias que beneficiem ou minimizem a busca para os conflitos que incidem na saúde desses trabalhadores e na sua qualidade de vida.

Descritores: Enfermagem. Qualidade de vida. Trabalho noturno.

INTRODUÇÃO

Na atualidade, um dos assuntos de maior abrangência e relevância tem sido a saúde, pois a preocupação com o aspecto ambiental e sua relação com o homem se faz essencial para melhor entendimento da realidade vivida. Nesse processo, a

temática da qualidade de vida e a saúde do trabalhador exercem papel relevante, pois os aspectos sociais e ambientais no viver em sociedade são, geralmente, os grandes responsáveis pelos problemas que afligem a maioria da população.

Essa preocupação não é recente, pois desde a antiguidade se relaciona o ambiente às inúmeras enfermidades. Logo, é nesse contexto que a saúde ambiental e a saúde do trabalhador, bem como o processo de saúde-doença nos profissionais que cuidam exclusivamente da recuperação da saúde seja abordada de modo interdisciplinar com vistas a reduzir os impactos causados por atividades laborais, e construir meios para equalizar essa relação.

O estudo “Perfil da Enfermagem no Brasil”, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) ouviu uma população de mais de 1,8 milhões de profissionais da enfermagem em 2013. Revelaram dados como o aumento da participação masculina, chegando a registrar uma presença crescente de 15% de homens com uma nova tendência a masculinização da profissão.

Ainda que a Enfermagem seja historicamente de predominância feminina, e que mesmo após muitas décadas o setor da saúde é estruturalmente feminino, a presente pesquisa se justifica tendo em vista os escassos estudos que efetivamente aprofundam na temática dos trabalhadores noturnos de enfermagem do gênero masculino diante da análise da qualidade de vida.

A relevância de estudos dessa natureza dialoga e aproxima o profissional e sua atividade profissional, qual seja sua atividade ou turno de trabalho, e assim ser norteadores de propostas de uma melhoria da própria promoção, prevenção e identificação de agravos e doenças no ambiente de trabalho.

Enfim, pesquisar as relações que envolvem o trabalho, a saúde e os impactos que o trabalho noturno causa na qualidade de vida de profissionais permite contribuir para avaliá-la criticamente as condições e os processos de trabalho geradores de adoecimento.

OBJETIVOS

O objetivo foi analisar os impactos que o trabalho noturno apresenta na qualidade de vida do profissional do gênero masculino, por meio de um instrumento específico de qualidade de vida.

Para tanto, desdobramos esse leque analítico em algumas categorias de análise, como estratégia para compreender e discutir o tema a partir de cinco “domínios”: físico, psicológico, meio ambiente, relações sociais e o geral. A partir destes, correlaciona-los com a qualidade de vida global e as percepções dos participantes sobre sua saúde geral.

Assim, perguntamos: em que medida o profissional de enfermagem do gênero masculino, seja ele enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem que desenvolve suas atividades no trabalho noturno é impactado na qualidade de vida e saúde? E quais são os principais entraves e reflexos que o turno representa para sua qualidade de vida?

METODOLOGIA

Trata de um estudo descritivo e transversal com abordagem quantitativa. A pesquisa quantitativa tem o objetivo de contar, ordenar e medir para estabelecer

frequência e a distribuição dos fenômenos, para só assim buscar padrões de relação entre as variáveis, testar hipóteses, estabelecer intervalos de confiança para parâmetros de erro para as estimativas. Os pesquisadores da área quantitativa levantam, portanto, dados numéricos passíveis de análise (VIEIRA, 2015).

Na abordagem quantitativa para a avaliação da qualidade de vida usou-se o instrumento *Word Health Quality of Life* (WHOQOL–breve), instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde e validado e adaptado e traduzido para a realidade do Brasil.

O WHOQOL-bref ou abreviado é uma alternativa de instrumento genérico de aferição de qualidade de vida de curta extensão, aplicável em qualquer população, podendo ser respondido independentemente do nível de escolaridade e permite que o investigador inclua outras medidas de interesse além de qualidade de vida (FLECK, 2008).

As variáveis como idade (em anos), estado civil, cargo, vínculo e tempo de serviço (em anos) foram adicionadas no início no questionário. Estimou um tempo mínimo de 8 e máximo de 15 minutos para a aplicação do questionário. Este instrumento contém vinte e seis perguntas que avaliam cinco domínios, que utilizam uma escala de respostas. Nele utiliza-se a escala de Likert, pois ela mede atitudes e comportamentos utilizando opções de resposta que variam de um extremo a outro. Ou seja, em cada questão o examinador orienta que seja circulado o número que melhor responda a mesma, tendo 5 alternativas como: 1- muito ruim, 2- ruim, 3-nem ruim nem boa, 4- boa, 5 muito boa. Ao contrário de uma simples pergunta de resposta “sim ou não”, uma escala Likert permite descobrir níveis de opinião mais específicos.

A seguir a descrição de cada domínios e as facetas de cada um deles, os domínios são: o FÍSICO - dor, energia, sono, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicações/ tratamentos, capacidade para o trabalho; PSICOLÓGICO – sentimentos positivos/negativos, pensamentos, auto estima, imagem corporal, espiritualidade; RELAÇÕES SOCIAIS – relações pessoais, apoio social e atividade sexual; MEIO AMBIENTE – segurança física, ambiente do lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir informações e habilidades, recreação/lazer, ambiente físico e transporte; GERAL – qualidade de vida global e percepções de saúde geral. A pontuação é obtida somando-se as opções que o respondente assinala (FLECK, 2008).

Para aferir a qualidade de vida temos uma escala de 0 a 100, e quanto mais próximo dessa média, mais qualidades de vida terão. É muito difícil correlacionar outros valores como parâmetros, pois devido à população do estudo ser muito específica e termos poucos trabalhos que utilizem a mesma metodologia. A coleta foi feita pelos pesquisadores responsáveis, ocorreu no período de janeiro de 2016, no turno noturno e no horário de trabalho.

A participação dos profissionais foi voluntária e anônima, o convite aconteceu nos horários de passagem de plantão e jantar. Na ocasião foram explicados os objetivos, metodologias e aspectos éticos da pesquisa, para aqueles que manifestaram o desejo de participar responderam o questionário no próprio setor, após terem assinado o Termo Livre e Esclarecido, no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e a confirmação da inexistência de prejuízos ou complicações para os participantes.

A população do estudo foi composta por 72 profissionais da equipe de enfermagem (Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem) lotados no Hospital

de Clínicas/UFU, do gênero masculino e que trabalham no período noturno, com escala de trabalho 12/36hs semanais. Os dados amostrados foram tabulados em planilhas eletrônicas e resumidos por meio de estatística descritiva, e apresentados em tabelas e em figuras na forma de média \pm desvio padrão (dados quantitativos), enquanto que as variáveis categóricas serão expressas como frequências absolutas ou relativas. A análise estatística será feita por intermédio do pacote estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.0.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia-MG para análise e parecer, e de todos os pesquisados foi obtido o termo de consentimento livre e esclarecido em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o n. 50235515.9.0000.5152 em 17 de dezembro de 2015.

RESULTADOS

A cada ano, a enfermagem tem sido cada vez mais procurada por homens que se interessam pela prática do cuidado. E mesmo assim, com todas as mudanças dos hábitos e das conjunturas sociais, políticas, econômicas, constata-se uma baixa produção acadêmica diante desse fenômeno: a questão de gêneros, em específico na profissão de enfermagem.

Responderam ao questionário todos os 72 profissionais de enfermagem, ou seja, 100%. Quanto ao cargo profissional teve a maior participação de técnico em enfermagem 56,9%; seguidos dos auxiliares de enfermagem 25%; e de enfermeiros 18,1%. E um comparativo com o estudo nacional, esses números corroboram com a pesquisa COFEN/FIOCRUZ (2013), na qual podemos afirmar que majoritariamente a equipe de enfermagem é constituída de 77% de técnicos e auxiliares de enfermagem, seguidas de 23% de enfermeiros (as) em sua força de trabalho.

A Tabela 1, apresenta as variáveis adicionadas ao estudo e que prevalece o estado civil dos casados (58,3%), 26 (36,1%) eram solteiros, seguidos de 3 (4,2%) divorciados e 1 (1,4%) separados. Verifica-se que a maioria são casados e a minoria separados ou divorciados. Um dado de um estudo europeu, afirma que os trabalhadores noturnos vivem menos e se divorciam mais, podendo a ser três vezes mais propensos ao divórcio e mais de 40% de chances de ficarem doentes (LINDA *et al.*, 2014).

Tabela 1: Descrição das variáveis: estado civil, vínculo, ajuda para preenchimento e cargo (N=72).

| Variáveis | | n | % |
|--------------|------------------------|----|-------|
| ESTADO CIVIL | Casado | 42 | 58,3 |
| | Divorciado | 3 | 4,2 |
| | Separado | 1 | 1,4 |
| | Solteiro | 26 | 36,1 |
| VÍNCULO | FAEPU (CLT) | 22 | 30,6 |
| | UFU (RJU) | 50 | 69,4 |
| OBTEVE AJUDA | Não | 72 | 100,0 |
| CARGO | Auxiliar de Enfermagem | 18 | 25,0 |

| | | |
|-----------------------|----|------|
| Enfermeiro | 13 | 18,1 |
| Técnico de Enfermagem | 41 | 56,9 |

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, dados do estudo, 2016.

Machado *et al.*, (2015) afirmam que a profissão de enfermagem está em pleno rejuvenescimento, chegando a ter ¼ do seu contingente com até 30 anos, ficando evidente que eles estão em sua maioria iniciando no mercado de trabalho e da sua vida profissional.

Quanto ao vínculo 69,4% eram funcionários UFU em regime de trabalho pelo Regime Jurídico Único (RJU) e 30,6% eram funcionários da Fundação de Amparo e Pesquisa (FAEPU) em regime de trabalho pela Consolidação da Leis Trabalhistas (CLT). Machado et al. (2016) afirma que o trabalho de enfermagem hoje se concentra dentro dos hospitais as suas atividades, e mais de 1 milhão deles atuam nas três esferas do governo, tornando o setor publico o maior empregador da categoria, seguindo dos setores privados, filantrópicos e ensino.

Uma das questões do questionário versava sobre a necessidade de auxílio para o preenchimento do mesmo. Os dados mostraram que 100% não tiveram ajuda; a média de tempo foi de 7,18 minutos para responder, e sendo de 4 minutos como o menor tempo e 20 minutos o maior tempo para responder. Vale citar que a metodologia do estudo estimou um tempo médio de 7 a 15 minutos para responder, mostrando com isso a validade do instrumento, uma vez que ele é autoaplicável e ajudas poderiam interferir nas respostas durante o seu preenchimento.

Fleck (2008), destaca que o questionário é de auto resposta, e que o entrevistador não deve influenciar, discutir nas escolhas das respostas e muito menos em caso de dúvidas evitando dar sinônimos às palavras das perguntas para evitar a influência sobre o indivíduo em seu julgamento.

A descrição das variáveis quantitativas (idade, tempo de serviço e tempo gasto para preencher o questionário) é apresentada na Tabela 2. A média de idade foi de 40.32 anos, sendo a menor idade de 19 anos e a maior 66 anos; quanto ao tempo de serviço na instituição verifica-se a média de 16,39 anos, ficando evidente que a maioria da equipe possui uma grande experiência profissional. Por outro lado, apresentou o menor tempo de um ano e o maior tempo de 40 anos de serviço; referente ao tempo de preenchimento a média foi de 7,18 minutos, tendo o tempo mínimo de 4 minutos e o máximo de 20 minutos.

Quanto às modalidades de contratação ou vínculo predominantes na equipe de enfermagem, destaca-se o setor público da esfera federal, regidos pelo RJU, com mais de um milhão de profissionais, seguidos pela CLT. Em relação à média da idade referente ao tempo de serviço, podemos correlacionar os dados aos seus vínculos, pois a maioria são concursados a mais tempo na mesma atividade e instituição.

Tabela 2. Descrição das variáveis: idade, tempo de serviço e tempo gasto para preencher o questionário.

| | Media | Mediana | Desvio padrão | Mínimo | Máximo | Normalidade |
|--------------|-------|---------|---------------|--------|--------|-------------|
| Idade (anos) | 40,32 | 38,50 | 10,138 | 19 | 66 | 0,004 |

| | | | | | | |
|--|-------|-------|--------|---|----|-------|
| Tempo de serviço | 16,39 | 14,00 | 10,822 | 1 | 40 | 0,011 |
| Tempo de preenchimento (em minutos) | 7,18 | 5,00 | 3,396 | 4 | 20 | 0,001 |

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

Na tabela 3, a partir da avaliação dos dados por meio da estatística descritiva referente ao instrumento, a média dos domínios revela que o domínio das Relações Sociais sobressai, seguidos do Psicológico e do Físico, ficando com a média menor dos domínios do Meio Ambiente e do Auto Avaliação da qualidade de vida. Podemos afirmar que tais números mostram que os dados referentes ao consolidado dos escores permite correlacioná-los com as características da população do estudo. Ainda que adotado como base, a média para uma análise dos escores demonstrou que o desvio padrão teve pequena alteração e que apenas dois domínios tiveram como valor o máximo de 20, o das relações sociais e o do auto avaliação, número que deve ser descrito em porcentagem, pois a soma deles será de 100%.

Tabela 3. Estáticas descritivas (média desvio, padrão, coeficiente de variação, máximo, mínimo e amplitude) dos escores de qualidade de vida da equipe de profissionais de enfermagem.

| Domínio | Média | Desvio Padrão | Coeficiente De Variação | Valor Mínimo | Valor Máximo | Amplitude |
|----------------------|-------|---------------|-------------------------|--------------|--------------|-----------|
| Físico | 14,47 | 2,77 | 19,16 | 8,00 | 18,86 | 10,86 |
| Psicológico | 14,81 | 2,62 | 17,68 | 8,00 | 19,33 | 11,33 |
| Relações Sociais | 15,22 | 3,12 | 20,52 | 6,67 | 20,00 | 13,33 |
| Meio Ambiente | 13,19 | 2,56 | 19,43 | 7,50 | 19,00 | 11,50 |
| Auto avaliação da QV | 13,08 | 3,69 | 28,21 | 6,00 | 20,00 | 14,00 |
| TOTAL | 14,14 | 2,26 | 16,02 | 8,15 | 18,46 | 10,31 |

Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

A análise dos domínios e de suas facetas revelam que a população estudada evidencia detalhes que, em geral, passam despercebidos das gerencias de enfermagem e a gestão dos setores, como os Recursos Humanos e o Setor da Saúde do Trabalhador. Quantitativamente, a equipe de enfermagem nos setores da saúde, em especial da assistência, possui um grande contingente de pessoas, e em sua minoria de homens. Para mensurar e avaliar os aspectos desse grupo urge correlacionar com outros temas inerentes a atividade profissional, pois as particularidades e especificidades impactam diretamente na qualidade de vida desses profissionais.

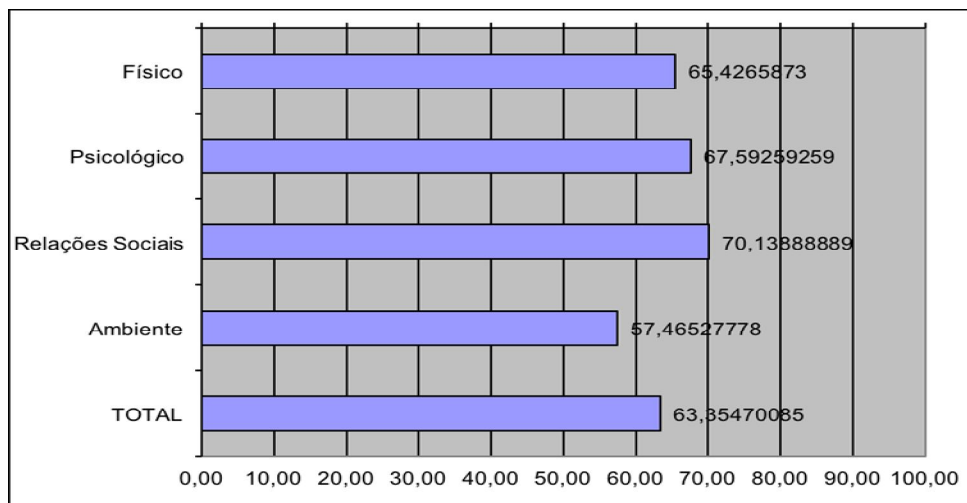
Assim, o Gráfico 1 apresenta uma consolidação geral dos resultados encontrados em cada domínio, ou seja, numa representação dos domínios e seus respectivos valores. Neles prevaleceu, em ordem cronológica, o das Relações Sociais, o Psicológico, o Físico, o Geral e o Ambiente.

O Domínio Físico apresentou um dos piores valores, porém comparado à média nacional, manteve-se acima dos 65%. E correlacionando aos demais dados obtidos nas demais facetas, constata-se a presença da dor, do desconforto e a dependência a alguma medicação por esses profissionais. Os menores valores das facetas estão inclusos nesse domínio, pois no cotidiano profissional da equipe de enfermagem é comum encontrar funcionários trabalhando com dor ou fazendo uso de medicamentos.

Felli (2015) destaca que o trabalho em enfermagem é considerado desgastante devido a sobrecarga, com pressão no tempo de execução das tarefas, causando uma aceleração no ritmo de trabalho exposição dos riscos e o desenvolvimento das doenças ocupacionais. Logo, as atividades executadas resultam em elevados níveis de fadiga que reduzem a capacidade para o trabalho.

Os sintomas de fadiga são referidos por sonolência, lassidão e falta de disposição para o trabalho, dificuldade de pensar, diminuição da atenção, lentidão, amortecimento das percepções e diminuição da vontade de trabalhar (SILVA *et al.*, 2015). Vale destacar o fenômeno do presenteísmo no cotidiano de trabalho da enfermagem, pois diferente do absenteísmo que é mais facilmente medido pelas ausências ao trabalho. O presenteísmo refere à situação de trabalho em que o trabalhador se mantém presente no ambiente de trabalho, mesmo sem atingir a produtividade ideal, seja por motivos de ordem pessoal, física ou mental (FELLI, 2015).

Gráfico 1. Representação dos valores obtidos em cada domínio d'o WHOQOL-brev.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

Silva (2011) enfatiza que o presenteísmo significa que as pessoas adoecidas estão trabalhando sem manifestar queixas, sem procurar tratamento, ao mesmo tempo em que seus quadros clínicos se agravam e cronicam, tendo como resultado o desgaste que impactam diretamente no desempenho de suas atividades laborais.

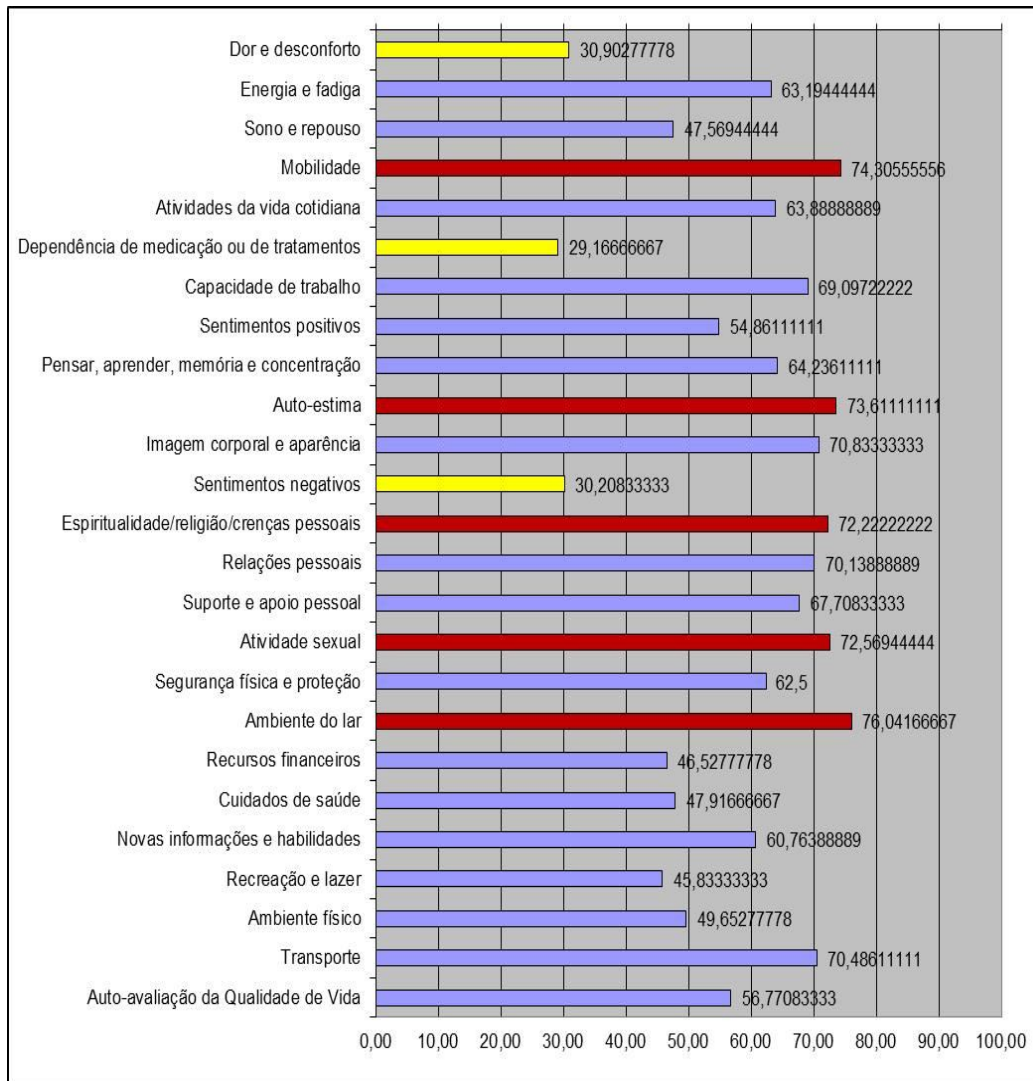
Nessa perspectiva, sabendo que o trabalho noturno é mais nocivo à saúde do trabalhador, em específico a dos profissionais de enfermagem, desdobram-se como a falta de sono e repouso adequados, tendo como consequência direta as outras facetas sendo influenciadas, pois a energia para as atividades da vida cotidiana e a capacidade de trabalho é diminuída e ou reduzidas.

O domínio Psicológico apresentou a segunda melhor pontuação entre os demais. Sob este domínio, podemos afirmar que o grupo está na média, com uma boa qualidade de vida, pois a faceta com menor representatividade foi a dos sentimentos negativos. Dentre esses sentimentos está a grande dificuldade em desempenhar a assistência ao usuário tranquilamente e obter bons resultados, seja pela falta de insumos e materiais, seja por problemas gerenciais e estruturais, o que provoca sentimentos de preocupação e impotência por parte dos profissionais de enfermagem (BRAGA *et al.*, 2015).

Ao mesmo tempo, tais sentimentos são influenciados por outros fatores, pois o trabalho noturno altera o ritmo de muitos órgãos, pois os ciclos metabólicos do organismo, alguns hormônios estabilizadores do humor, crescimento, como o cortisol, deveria ser secretado durante o sono, deixam de ser produzidos, alterando e deixando uma instabilidade emocional causando reflexos do desgaste mental no trabalhador (JANSEN, 2007).

E no Gráfico 2, temos o agrupamento das facetas presentes no questionário WHOQOL-Abreviado de acordo com os valores suscitados na pesquisa, e as cores mais claras significam os menores valores, e as facetas marcadas com cores escuras são as facetas que tiveram um percentual com maior valor.

Gráfico 2. Representação dos valores obtidos em cada faceta do WHOQOL-brev.



Fonte: Elaborado pelos pesquisadores, banco de dados obtidos com WHOQOL-brev, 2016.

A quantidade de horas de trabalho em turnos é muito controversa, pois o organismo humano, em geral tolera turnos de até 12 horas de duração, sendo muito importante seguir a recomendação, para que se mantenha a integridade física e segurança no trabalho. Considerando que a melhor escala sempre será aquela que é mais coerente com o cotidiano do trabalhador, estamos distantes da realidade da profissão da enfermagem.

Um estudo elaborado por Linda et al. (2014) na Europa revelou que mais de 90% dos acidentes considerados graves em empresas acontecem exatamente no período noturno. No Brasil, os acidentes de trabalho são muito recorrentes, o adoecimento e às condições de trabalho impõem-se pelos contratos aliados a jornada de trabalho. A enfermagem brasileira não possui um piso salarial nacional e tampouco uma jornada comum definida, e tem buscado a regulamentar a Lei das 30 horas semanais para todos profissionais.

O Domínio das Relações Sociais foi o que alcançou melhor valor, refletindo diretamente no domínio geral, podendo ser creditado devido a população de o estudo

ser em sua maioria de casados (58,3%), fato identificado nos resultados das correlações entre as variáveis.

A estrutura temporal do trabalho é bastante rígida, quanto maior a jornada de trabalho, menor será o tempo com o convívio familiar e quanto maior for o cansaço, maior será o desgaste da qualidade do relacionamento do trabalhador com seus familiares. Houve associação significativa entre as longas jornadas de trabalho dos profissionais com a falta de tempo para o repouso, lazer e convívio social. E quando o trabalho é noturno, a necessidade de dormir durante o dia e o fato de estar ausente de casa durante a noite, perturba o convívio causando conflitos (SILVA, 2011).

Por outro lado, Karino et al. (2015) cita que no contexto atual dos profissionais de enfermagem, verifica-se que a duplicidade laboral é uma prática comum, mesmo que essa escolha possa trazer riscos ocupacionais, prejuízos à sua qualidade de vida e ao cuidado prestado, bem como ao autocuidado. O Domínio Ambiente foi caracterizado com a menor pontuação média, mas não deixa de evidenciar sua importância para a compreensão da realidade vivenciada pelos profissionais da equipe de enfermagem.

O profissional desta equipe está exposto por inúmeros agentes nocivos durante o seu labor, seja pelo sofrimento com que se depara cotidianamente, seja pelos conflitos e problemas dentro de uma equipe multidisciplinar com características e formações diferentes. Além disso, há outras interferências de ordem cultural, estrutural, ergonômica, organizacional. Aliados aos riscos e cargas físicos, químicos, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.

Em estudos realizados no Brasil, anteriores ao realizado pela Fiocruz (2013), os índices eram bem maiores: chegando a mais de 80% dos profissionais de enfermagem foram acometidos pela violência ocupacional. As doenças ocupacionais são enfermidades diretamente relacionadas à atividade desempenhada pelo trabalhador ou devido às condições de trabalho às quais ele está submetido (CORRÊA, 2015).

As atividades de enfermagem são feitas na maior parte, em pé, com vários deslocamentos, posições inadequadas e com manipulação frequente de pesos, substâncias e fluidos orgânicos, de medicamentos e hemoderivados, dentre inúmeros outros que, aliados às outras atribuições, geram cansaço, desgaste e adoecimento.

Ao reunirmos os diversos temas que resultaram dos domínios e suas facetas, podemos considerar que escutar observar os trabalhadores, ter um olhar mais atento dos acontecimentos e significados dos conflitos dentro do local de trabalho é um ponto de partida para mudança de uma realidade.

Sato (2009), frente a essa situação sugere o processo de “micronegociações” como sendo um processo de argumentação e contra-argumentação com toda equipe, desenvolvendo contextos presentes no cotidiano passíveis de mudanças e melhorias, e tendo com as negociações, subsídios para identificar e alterar dentro das possibilidades, minimizar com isso os danos e conflitos no ambiente de trabalho.

Contudo, reconhecer o papel do trabalho na determinação e evolução do processo saúde-doença dos trabalhadores tem implicações éticas, técnicas e legais, que reflete sobre a organização e o provimento de ações de saúde para esse segmento da população.

Nessa perspectiva, o estabelecimento do nexos causal entre um determinado evento de saúde, seja dano ou doença em uma dada condição de trabalho, constitui uma condição básica para implementação de ações de saúde do trabalhador nos serviços de saúde (BRASIL, 2001).

CONCLUSÃO

A análise da qualidade de vida por meio do WHOQOL-abreviado permitiu mensurar e analisar seus domínios e suas várias facetas a fim de verificarmos as particularidades relacionadas à sua qualidade de vida dos participantes do estudo. O estudo, ainda que local, demonstra sua representatividade. Uma vez que os resultados obtidos permitem comparações com outros estudos de caráter global.

Assim, ao expormos a opção de investigação do trabalhador de enfermagem do gênero masculino que trabalha em turnos o presente estudo contribui com a construção de conhecimentos, dentro das possibilidades e limitações, que auxiliem na elaboração de novas possibilidades com intuito de superar com a arbitrária e cultural divisão sexual no trabalho. Assim, podemos refletir sobre as relações sociais desiguais entre sujeitos dentro de uma mesma atividade.

Verificamos uma evidência na associação do trabalho noturno e a qualidade de vida na população estudada, e que alguns achados podem estar igualmente relacionados como os encontrados nas facetas como tendo concordância dos diferentes aspectos presentes no cotidiano desses profissionais.

Sugere-se, uma continuação ou estímulo de novas pesquisas com esses profissionais com outras abordagens a fim de identificar as influências do trabalho em turnos na saúde desses trabalhadores. E ao identificar os problemas e conflitos, elaborar planos preventivos, bem como medidas para minimizar os impactos dessa realidade sobre os/as trabalhadores/as nas instituições de saúde brasileiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAGA, F. S. Prazer e sofrimento no trabalho dos enfermeiros da saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. **Revista de Enfermagem UFPE [online]**, v. 9, n. 3, p. 7086 -7094, mar. 2015. Disponível em: < http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/115332?locale=pt_BR >, Acesso em: 12 dez. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_relacionadas_trabalho1.pdf >, Acesso em: 10 set. 2015.

COFEN- Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa do perfil da enfermagem brasileira**. Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html >, Acesso em: 18 dez. 2015.

CORRÊA, V.M. **Ergonomia: fundamentos e aplicações**. Porto Alegre: Bookman, 2015.

FELLI, V. E. A. (Org.). **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2015.

FELLI, V.E.A. et al. **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Vol.6. São Paulo: Manole, 2015.

FIOCRUZ. Fundação Osvaldo Cruz. **Pesquisa do perfil da enfermagem brasileira.** Disponível em: < http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html >. Acesso em: 18 dez. 2015.

FLECK, M. P.A. *et al.* **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008.

FRAGA, E. *et al.* **Afastamento de trabalhador por estresse aumenta com a recessão.** Disponível em: < <http://www1.folha.uol.com.br/mercado/2016/07/1794750-afastamento-de-trabalhador-por-estresse-aumenta-com-a-recessao.shtml> >. Acesso em: 24 jul. 2016.

HORN, C.H.; COTANDA, F.C.(Org). **Relações de trabalho no mundo contemporâneo: ensaios multidisciplinares.** Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2011.

JANSEN, J.M. (Org.). **Medicina da noite: da cronobiologia à prática clínica.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

KARINO, M. E. *et al.* Cargas de trabalho e desgastes dos trabalhadores de enfermagem de um hospital-escola. **Cienc Cuid Saude [online]**, v. 14, n. 2, p. 1011-1018, 2015. . Disponível em: < <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/21603> >, Acesso em: 9 set. 2015.

LINDA, H. A. *et al.* Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. **The Lancet [online]**, v. 383, issue 993, 2014. . Disponível em: < [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)62631-8/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)62631-8/abstract) >, Acesso em: 9 out. 2015.

MACHADO, M.H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Revista Enfermagem em foco**, n.6, p.11-17, 2015.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Disponível em: < <http://www.who.int/eportuguese/countries/bra/pt/> >. Acesso em: 12 dez. 2015.

SATO, L. Trabalho: sofrer: construir-se? Resistir?. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 15, n.3, p.189-199, 2009.

SILVA, E. S. **Trabalho e desgaste emocional: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Ed. Cortez, 2011.

SILVA, M. A. *et al.* **Discutindo gênero através do trabalho.** Disponível em: < http://www.portalanpedsul.com.br/admin/uploads/2012/Genero,_Sexualidade_e_Educao/Trabalho/12_37_49_439-7454-1-PB.pdf >. Acesso em: 10 dez. 2015.

VIEIRA, S. **Metodologia científica para a área da saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

PRINCIPAIS DIFICULDADES NA ROTINA ASSISTENCIAL DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS: CONCEPÇÕES SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS

Artur Rodrigues Cunha¹; Suely Amorim Araújo²; Livia de Paula Peres³

¹Enfermeiro Residente da área de concentração Atenção em Oncologia do Programa de Residência Multiprofissional da FAMED – UFU de Uberlândia. Email: artur2rod@hotmail.com

²Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina – FAMED da Universidade Federal de Uberlândia - UFU.

³Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela UFU. Enfermeira do Programa de Cuidados Paliativos do setor de Oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia – HCU

Introdução. Muitos são os recursos terapêuticos para combater o câncer, porém, o câncer é uma doença complexa e agressiva. Por infortúnio, o curso da doença de muitos pacientes caminha para o prognóstico da terminalidade de vida, ou seja, quando todas as possibilidades para favorecer a vida se esgotam, tornando a morte previsível e inevitável. Sendo assim cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar que objetiva a melhoria da qualidade de vida. **Objetivo.** Apresentar as concepções sobre cuidados paliativos e suas principais dificuldades na rotina assistencial dos profissionais enfermeiros. **Metodologia.** Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo descritivo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia, no setor de Oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com 9 profissionais enfermeiros. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o número de Certificado de apresentação para Apreciação Ética - CAAE 23631813.6.0000.5152, Parecer Nº 506.140. Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes, descritos e classificados em subcategorias apresentando as dificuldades na rotina com os cuidados paliativos e dificuldades na rotina com os pacientes oncológicos sem possibilidade de cura. As falas dos sujeitos de pesquisa foram identificadas pela sigla “ENF” seguidos por numerais. **Resultados.** Obteve-se que os profissionais entendem cuidados paliativos como cuidados que proporcionam uma melhor qualidade de vida e conforto, assistência em equipe interdisciplinar, com uma visão holística e controle de dor sejam elas psíquicas ou físicas. Sobre as dificuldades na vida e a aceitação da família, os profissionais relatam a angústia que o paciente e família expressam nesse processo, estado emocional, controle da dor, envolvimento no trinômio: família/cuidadores e aceitação da morte. **Conclusão.** Apresentando as principais dificuldades na rotina assistencial dos profissionais enfermeiros, acreditamos que esta investigação seja instrumento que possa instigar mais investigações e reflexões sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

Descritores: cuidados paliativos, morte, enfermagem oncológica.

INTRODUÇÃO

Muitos são os recursos terapêuticos para combater o câncer, porém, o câncer é uma doença complexa e agressiva. Por infortúnio, o curso da doença de muitos pacientes caminha para o prognóstico da terminalidade de vida, ou seja, quando todas

as possibilidades para favorecer a vida se esgotam, tornando a morte previsível e inevitável (MARENGO, et al, 2009).

Mas, apesar da doença incurável estar definitivamente confirmada, o paciente e a família devem receber acolhimento, apoio e acompanhamento dos cuidados paliativos, que defende a morte como um processo natural e que proporcionam cuidados que visam controlar e diminuir todos os sintomas decorrentes da doença por meio da prevenção, além de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, incluindo o apoio a família e atenção ao luto (MACIEL, et al. 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais. (WHO, 2002, p. 84).

Em se tratando de sobrevida, torna-se cada vez mais emergente as discussões sobre a expansão dos cuidados paliativos no Brasil, principalmente na área oncológica, em que a cronicidade da neoplasia acaba resultando em um processo de terminalidade devido à impossibilidade de cura para muitos tipos de cânceres (CORDEIRO, et. al. 2011).

Os resultados do estudo de Susaki, Silva e Possari (2006) indicam que os profissionais de enfermagem estão em situação de fragilidade para atuar junto ao paciente fora de possibilidades de cura. O despreparo profissional acompanhado pela dificuldade de comunicação, desamparo frente às tensões singulares existentes no trabalho do enfermeiro emergem o sofrimento e dificuldades enfrentados nas falas dos enfermeiros deste estudo, trazendo à vista os conflitos e a realidade da equipe, evidenciando a falta de atenção à saúde e ao preparo dos cuidadores familiares destes pacientes.

Cordeiro et. al. (2011) em seu trabalho aponta as lacunas da assistência de enfermagem junto ao paciente oncológico em processo de morte/morrer tais como: a difícil abordagem sobre a terminalidade, a inserção da família no cuidado até os fatores relacionados ao cuidado dos próprios profissionais de enfermagem que, muitas vezes, não se sentem preparados para cuidar do paciente em processo de morrer, especialmente no momento da morte.

Em um estudo realizado por Floriani e Schramm (2008) confirmam as lacunas na assistência de enfermagem junto ao paciente oncológico. O qual propõe a necessidade da disciplina de cuidados paliativos como parte obrigatória da graduação e também que sejam realizadas maiores pesquisas em nosso meio sobre os vários aspectos que envolvem os cuidados no fim de vida.

Quando o profissional não possui conhecimento adequado/suficiente pode vir a gerar um distanciamento do paciente como uma forma de proteção, isso pode ocorrer pelo fato do mesmo não estar pronto para saber lidar frente à situação a qual se encontra exposto (SOUSA et al., 2009). O fato de negar a morte seria uma forma de não estar em contato com experiências que causam dor e frustrações entre os profissionais. Essa negação faz com que os mesmos permaneçam em um mundo de ilusão e imortalidade (KOVÁCS, 2008).

OBJETIVO

Apresentar as concepções sobre cuidados paliativos e suas principais dificuldades na rotina assistencial dos profissionais enfermeiros.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um recorte de um estudo qualitativo descritivo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia, no setor de Oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com os profissionais enfermeiros que estão inseridos de forma direta no processo do cuidar na instituição.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o número de Certificado de apresentação para Apreciação Ética - CAAE 23631813.6.0000.5152, Parecer Nº 506.140. Os participantes da pesquisa após esclarecidos do objetivo da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, o qual foi apresentado um questionário semiestruturado, adaptado pelos pesquisadores, após teste de validação, com questões direcionadas a temática para serem respondidas de forma autônoma.

Inicialmente o questionário apresentou o levantamento do perfil sócio demográfico como idade, classe pertencente, tempo de experiência na profissão e com pacientes em estágio avançado da doença, para posteriormente uma melhor compreensão das respostas oriundas das questões temáticas. Este questionário foi uma adaptação da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada “Cuidados Paliativos de Enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares” (SILVA, 2008).

A amostragem deste estudo foi composta por nove (9) enfermeiros, distribuídos entre os setores de radioterapia, ambulatório de quimioterapia, cuidados paliativos e internação, de ambos os sexos, que lidam ou lidaram com pacientes oncológicos ou em cuidados paliativos, em estágio avançado e sem possibilidades e cura. O número total de enfermeiros lotados no setor de oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia são doze (12), porém nove (9) estavam disponíveis para a realização do estudo. Para que essa pesquisa possa ser realizada, temos como número mínimo de participantes oito (8) enfermeiros.

Critérios de inclusão, ter graduação em enfermagem, atuar no setor de oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia estando regularmente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que prestam ou já prestaram cuidados para pacientes oncológicos e em cuidados paliativos. Como critérios de exclusão, profissionais em licença médica, licença gestação ou férias

O pesquisador foi o responsável em abordar os enfermeiros que estavam de plantão e possuíam disponibilidade de horário para responder o questionário sem prejuízo de suas atividades laborais. A abordagem foi realizada nos seguintes passos: em um primeiro momento fez-se a apresentação do pesquisador, da pesquisa, a pertinência do assunto, a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, apresentação do questionário (se o indivíduo concordasse em participar).

O pesquisador permaneceu presente no momento do preenchimento do mesmo. Foram respeitados os profissionais que sentiram algum desconforto na resposta dos questionamentos, pois algumas questões poderiam remeter aos momentos vividos, lembranças e vivências mal resolvidas, sendo assim ficou permitido que indivíduo optasse em desistir ou completar o questionário em outro momento.

Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes a qual propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Os dados foram descritos e classificados em 2 subcategorias apresentando as dificuldades na rotina com os cuidados paliativos e dificuldades na rotina com os pacientes oncológicos sem possibilidade de cura. As falas dos sujeitos da pesquisa foram identificadas pela sigla “ENF.” E pelo numeral 1,2, 3 em sequencial.

RESULTADOS

Ideia sobre cuidados paliativos

Quando indagados sobre o que era cuidados paliativos percebeu-se que os profissionais revelaram nas falas as ideias de melhor qualidade no fim de vida, alívio dos sintomas/dor e que são os cuidados prestados para os doentes sem possibilidade de cura.

Enf.1 - Dar suporte e qualidade de vida.

Enf.2 - Proporcionar qualidade de vida aos dias que restam ao paciente.

Enf.3 - Amenizar os sintomas da evolução da doença, dando o apoio aos familiares e possível qualidade de vida até o término da vida do paciente.

Enf.4 - É quando o paciente não recebe o prognóstico de cura, mas tem a opção de manter tratamento para controle e evitar que a doença progrida, ou até mesmo para dar/melhora a qualidade de vida durante o enfrentamento da doença.

Enf.5 - É um cuidado especial com uma visão holística, mas não voltada para a cura, mas voltada para o bem estar do paciente enquanto ele ainda está entre nós. É cuidar do seu humano e prepará-lo para a morte, que é inevitável.

Enf.6 - É proporcionar conforto ao paciente fora de possibilidade terapêutica até o momento da sua morte

Enf.7 - São os cuidados prestados ao paciente com doença grave, incurável, visando o conforto e a qualidade de vida.

Enf.8 - Cuidados paliativos é a assistência oferecida por equipe interdisciplinar que atua com o paciente e familiares envolvidos nos cuidados com a finalidade de apoiar no controle de sintomas do paciente, dar suporte em relação ao sofrimento psicossocial do paciente e familiares promovendo a qualidade de vida.

Enf.9 - Cuidados paliativos é oferecer cuidados para alívio da dor, apoio emocional quando não há mais prognóstico de cura.

Observa-se que os profissionais entendem o que são os cuidados paliativos, houve uma predominância nas falas em proporcionar uma melhor qualidade de vida e conforto, alguns comentaram sobre uma assistência em equipe interdisciplinar, com uma visão holística e controle de dor sejam eles psíquicos ou físicos.

A Organização Mundial de Saúde - OMS conceitua os cuidados paliativos como abordagens que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e familiares que enfrentam doenças incuráveis e que ameaçam a vida, por intermédio da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. Abordagens estas, que devem reafirmar a vida e considerar a morte como um processo natural sem acelerá-lo ou postergá-lo. Devem aliviar os sintomas desagradáveis e integrar aspectos psicológicos e espirituais do paciente e sua família (WHO, 2002).

Silva e Silva (2013) complementam que os cuidados paliativos são uma prática interdisciplinar que visam oferecer ao paciente, no processo de morte e morrer e sua família, um cuidado envolvendo os aspectos físicos, emocionais, sociais, espirituais e culturais, com a finalidade de alcançar uma melhor qualidade de vida pelo paciente em face de sua condição de terminalidade. Ele deve iniciar desde o momento em que seja estabelecido pela equipe interdisciplinar em saúde o diagnóstico de doença fora de possibilidade de cura, observando o curso da doença, regredindo a terapêutica curativa e iniciando a terapêutica paliativista.

Dificuldades na rotina com os pacientes oncológicos sem possibilidades de cura.

No serviço de oncologia e de cuidados paliativos sabe-se que os profissionais precisam estar preparados para lidar com diversas situações, sabidos disso, questionou-se quais as dificuldades os profissionais enfermeiros encontravam na assistência prestada aos pacientes em cuidados paliativos. As principais dificuldades apresentadas pelos profissionais na rotina com os pacientes em cuidados paliativos foram, a aceitação do processo, a dor e lida no definhamento dos indivíduos.

Enf.1- A dificuldade de aceitar a morte.

Enf.2- Aceitação da família, angústia do paciente/família profissional de saúde.

Enf.7- A aceitação da família quando a atual situação do paciente.

Enf.9- A aceitação do paciente e seus familiares, a frustração da equipe multidisciplinar.

Enf.3- Acompanhar o processo de morrer.

Enf.6- Lidar com os acompanhantes e explicar que a partir daquele momento não serão mais proporcionadas medidas para prolongar a vida.

Enf.8- Lidar ou realizar procedimentos que não sejam do desejo do paciente.

Enf.4- Controle da dor, envolvimento da família e de cuidadores, estado emocional do paciente, aceitação da morte.

Enf.5- A dor, quando não há resposta medicamentosa. Ficamos inerte diante de algo sem controle.

Os profissionais destacam como dificuldade, a lida e a aceitação da família, a angústia que o paciente e família expressa nesse processo, estado emocional, controle da dor, envolvimento da família e de cuidadores e aceitação da morte.

Como exposto acima, às dificuldades de aceitar a morte e o seu processo tanto do indivíduo como de seus familiares e profissionais, realização de procedimentos, controle da dor total, faz com que se lide com situações que fogem do controle cotidiano da assistência.

Menezes (2004, p. 118) comenta que quando o paciente é encaminhado para os cuidados paliativos há uma ruptura na trajetória do doente e de sua doença, porque não há mais possibilidades terapêuticas de cura. O paciente inicia um novo percurso, depois de diagnosticado como fora de possibilidade terapêutica: ele começa a viver uma etapa crítica em sua carreira hospitalar, o que implica mudanças cruciais em sua vida e em sua relação com a doença e com a morte. A incorporação da identidade de fora de possibilidade terapêutica inclui a revelação da perda de si, processo que pode ser compreendido como uma forma particular de violência social produzida pelos cuidados paliativos.

Sobre esta questão não há muito o que dizer, pois sua finalidade é retratar as dificuldades enfrentadas no cotidiano da assistência paliativa. A realidade é a impotência diante da finitude humana, quando não há medicamento ou tecnologia

avançada capaz de fazê-la retroceder. Nem a dor pode ser totalmente aliviada, sob pesadas doses de analgésicos ou entorpecentes. Nada mais resta a fazer nesse campo da dura tecnologia terapêutica. Agora só há um caminho, o da correta avaliação do estado de ânimo do paciente e o seu fortalecimento emocional – e o de sua família – para o enfrentamento da doença e dos últimos passos (SILVA, 2008).

CONCLUSÃO

Conclui-se então que apesar da vivência profissional, também apresentam dificuldades na lida e a aceitação da família, a angústia que o paciente e família expressam nesse processo, estado emocional, controle da dor, envolvimento no trinômio: família/cuidadores e aceitação da morte. Visto que, os profissionais deste estudo entendem cuidados paliativos como cuidados que proporcionam uma melhor qualidade de vida e conforto, assistência em equipe interdisciplinar, com uma visão holística e controle de dor sejam eles psíquicos ou físicos.

Esperasse com a apresentação das principais dificuldades na rotina assistencial dos profissionais enfermeiros, esta investigação seja instrumento que possa instigar mais investigações e reflexões sobre a assistência de enfermagem em cuidados paliativos.

REFERÊNCIAS

CORDEIRO, F. R. et al. O processo de morte/morrer em oncologia: perspectivas de cuidado na enfermagem. I Jornada Internacional de Enfermagem - Formação Profissional do Enfermeiro: Repensando Saberes e Inovando Práticas, **Anais ...** Jornada Internacional de Enfermagem - Unifra. Santa Maria, 2011.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Cuidados paliativos: interfaces, conflitos e necessidades. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, 2008.

KOVÁCS, M. J. Comunicação nos programas de cuidados paliativos. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 27. São Paulo: 2003.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução Paulo Menezes, São Paulo: WMF Martins Fontes Ltda, 2011. (Obra original publicada em 1969).

MACIEL, *et al.* Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2006.

MARENGO, M. O, FLÁVIO, D. A, SILVA, R. H. A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Revista da Universidade de São Paulo**. 2009.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 25^o ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2007.

MENEZES, A. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, Garamond, 2004.

SILVA, A. E. **Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares**. 2008. 131 f. Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais) - Fundação Educacional de Divinópolis. Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, 2008.

SILVA, R. S.; SILVA, M. J. P. **Enfermagem e os Cuidados Paliativos**. In: SILVA, R. S.; AMARAL, J. B.; MALAGUTTI, W. *Enfermagem em Cuidados Paliativos: Cuidando para uma boa morte*. 1º ed. São Paulo: Editora Martinari, 2013.

SOUZA, D. M. et al. A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National câncer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2º ed. Geneva: WHO, 2002.

O PERFIL DOS ESTUDANTES DO CURSO DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA: CONHECER PARA ATUAR

Drielly Alexandre Mendes¹; Denize Rodrigues Freitas²; Camila Lima Coimbra³

¹Bolsista de Iniciação Científica da UFU/CNPq, graduanda em Enfermagem na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU).

²Bolsista de Iniciação Científica da UFU/CNPq, graduanda em Enfermagem na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED/UFU).;

³Doutora em Educação pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP), professora da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Uberlândia (FACED/UFU).

RESUMO

INTRODUÇÃO: A participação e o protagonismo no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, foram os motivadores deste trabalho. Este artigo é parte de um projeto de iniciação científica. Sendo assim, esse estudo pretende contribuir para a realidade do Curso de Graduação em Enfermagem, para a definição do percurso formativo e do lugar de formação do professor, a partir do conhecimento do perfil do estudante. **OBJETIVO:** Traçar o perfil do estudante, a partir dos participantes do Grupo Focal, trazendo a importância de pensar e repensar o Curso a partir do conhecimento de quem é o/a estudante que o frequenta. **METODOLOGIA:** Foi realizado de julho de 2015 até julho de 2016. Para traçar o perfil dos protagonistas (estudantes), foi aplicado um questionário de respostas fechadas, pois entendemos que esse processo é importante para que possamos conhecer os vários aspectos da formação acadêmica e da origem dos graduandos, tendo em vista que, tais informações não podem ser desprezadas num âmbito de discussão curricular. **RESULTADOS:** Evidenciou-se então que a maioria dos estudantes do Curso de Enfermagem são solteiros, se autodeclararam brancos, moram com os pais, concluíram o ensino médio em escolas públicas no mesmo estado em que cursam a graduação. Tem renda familiar entre 1,5 – 4,5 salários-mínimos, a maioria dos pais e mães concluíram o Ensino Médio e possuem algum familiar que concluiu o Ensino Superior, sendo então os principais incentivadores para o estudante cursar a graduação. A escolha pela UFU, se deu pela qualidade e/ou reputação da mesma e a motivação para a escolha do curso de Enfermagem, está associada à vocação pessoal e à percepção da enfermagem como uma profissão do cuidado, além da proximidade desta com as demais áreas da saúde. **CONCLUSÃO:** Esse perfil contribui, na medida em que compreende-se quem é o/a estudante do Curso de enfermagem da UFU. É a partir do conhecimento dos/as estudantes que podemos planejar as ações institucionais e do próprio Curso, por isso a importância e relevância da pesquisa realizada.

Descritores: Curso de Enfermagem. Perfil do/a estudante. Licenciatura. Bacharelado.

INTRODUÇÃO

Esse trabalho teve sua origem a partir da vivência e reflexão acerca das problematizações provocadas pela característica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, que oferece, concomitantemente e obrigatoriamente, a formação nos graus licenciatura e bacharelado.

Os componentes curriculares do Curso de Graduação em Enfermagem da UFU, estão organizados em três Núcleos de Formação: Núcleos de Formação Específica, Núcleo de Formação Pedagógica e Núcleo de Formação Acadêmica Científico-Cultural, com distribuição da carga horária em 3480 horas, 930 horas e 245 horas, respectivamente.

Segundo o Projeto Institucional de Formação e Desenvolvimento do Profissional de Educação (2005) a Formação Pedagógica deve ser desenvolvida de forma articulada com a Formação Específica, objetivando a compreensão da função social e política da educação.

No entanto, uma vasta bibliografia especializada vem apontando as deficiências de Cursos de Licenciatura que atribuem à dimensão pedagógica o simples caráter de complementação à formação específica obtida nos bacharelados e apontam a necessidade de uma formação profissional articulada, significativamente sintonizada com questões relativas à prática educativa e a seus objetivos e contextos.

Dada então a dualidade do currículo do curso de Enfermagem da UFU, deparamo-nos com a necessidade de conhecer o entendimento dos estudantes deste curso. Nesta perspectiva reconhecemos a importância do estudante, pois segundo Forgrad (2000 apud Lima, 2009) todo curso exige uma construção com participação coletiva, em que os envolvidos discutem, analisam, posicionam e organizam uma proposta política e pedagógica de acordo com o cotidiano da escola de forma a contribuir para a melhoria da qualidade da educação prestada.

Esta característica foi um fator motivador da pesquisa, sendo assim, levantamos as seguintes questões: Quem é o estudante de enfermagem da UFU? Em qual contexto sócio-econômico está inserido? O que levou a escolha do curso? Considerando as respostas a estes e outros questionamentos, compreendemos que estas poderão ser valiosas, colocando os estudantes como sujeitos ativos no processo de ensino-aprendizagem.

Atentando-se para o amplo espectro de ação do enfermeiro no campo pedagógico, a relevância desta pesquisa centra-se no fato de possibilitar reflexões acerca do perfil dos estudantes que se encontram cursando o bacharelado e a licenciatura, considerando que esta dualidade na formação permeia as competências exigidas pelo mercado de trabalho para o enfermeiro. Uma outra parte da pesquisa, preocupou-se com outras questões do estudante e, assim, ambas pretendem contribuir para que essas discussões curriculares possam permear a prática pedagógica tanto do docente quanto do discente.

Sendo assim, esse estudo pretende contribuir para a realidade do Curso de Graduação em Enfermagem, para a definição do percurso formativo e do lugar de formação do professor, a partir do conhecimento do perfil do estudante.

OBJETIVOS

Identificar o lugar do/a professor/a no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, em que os graus licenciatura e bacharelado são oferecidos concomitantemente e obrigatoriamente, por meio da voz dos sujeitos/discentes que estão vivenciando o Projeto Pedagógico do Curso vigente.

Traçar o perfil do estudante, a partir dos participantes do Grupo Focal, também parte do projeto de iniciação científica em que esse trabalho foi desenvolvido.

METODOLOGIA

Foram analisadas as fontes que subsidiam a organização curricular da instituição, bem como relatórios e atas de reuniões, das quais nos apropriamos das ações institucionais sobre organização curricular do Curso de Enfermagem.

A princípio, foi elaborado um planejamento das atividades a serem desenvolvidas, estabelecendo datas e prioridades. A partir de então, iniciou-se a leitura crítica e sistematizada das Diretrizes Curriculares Nacionais que regulamentam o curso de Enfermagem, do Projeto Pedagógico do Curso, do Projeto Institucional de Formação e Desenvolvimento do Profissional de Educação da UFU e de artigos referentes ao método de pesquisa escolhido – Grupo Focal, além de outros artigos e periódicos que tratavam sobre o tema, para a revisão bibliográfica necessária.

Seguimos com uma reunião para debate sobre as leituras realizadas e construção do conhecimento científico a partir dos textos de referência, de forma a estabelecer relação e empoderamento para avaliar o contexto a ser estudado. Retomamos às questões motivadoras da pesquisa, para reformulação e uniformização das perguntas norteadoras do pré-teste, assim como também, a adaptação de um questionário socioeconômico do Enade (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes), que teve por objetivo subsidiar a construção do perfil do estudante do Curso de Enfermagem da UFU e obter uma apreciação quanto ao seu processo formativo.

O questionário socioeconômico, aplicado antes da execução do grupo focal, consiste em um instrumento para identificar e caracterizar o perfil do/a estudante de Enfermagem da UFU. Sendo relevante para, conhecermos os vários aspectos da formação acadêmica e da origem dos graduandos, tendo em vista que, tais informações não podem ser desprezadas num âmbito de discussão curricular.

Foi escolhido como modelo, o questionário socioeconômico já utilizado pelo Enade em 2014, disponível na internet, por já ser um método aprovado e utilizado para avaliação do mesmo público-alvo em instituições públicas e privadas do Brasil.

O questionário é composto de 15 questões de múltipla escolha, selecionadas a partir do original, com por perguntas contendo dados de identificação pessoal, escolar, econômico e cultural, sendo requisito obrigatório após preenchimento do termo de consentimento livre e esclarecido. O tratamento dos dados quantitativos foi realizado em três etapas, conseguintes a cada grupo focal, e ao final foram somados e transformados em porcentagem geral para análise e apreensão do perfil dos participantes da pesquisa.

RESULTADOS

1. Caracterização dos(as) estudantes

1.1 Perfil do(a) estudantes

Para traçar o perfil do estudante, organizamos as questões que relacionavam-se a esse tema, com o objetivo de responder que é o/a participante que frequenta o Curso de Enfermagem da UFU.

Qual seu estado civil?

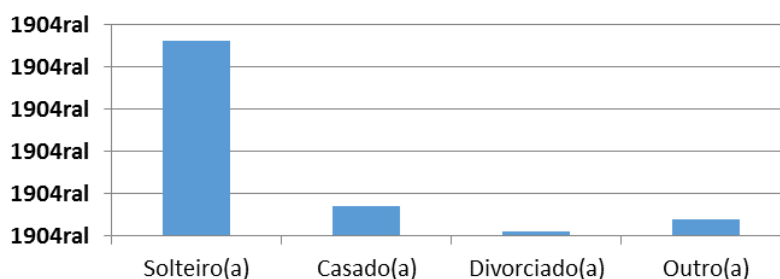


Gráfico 1: Estado Civil

Dos 58 entrevistados, 46 ou seja, 79,3% afirmaram ser solteiros; 7 (12%) casados; 1 (1,72 %) divorciado e 1 (1,72%) como outra situação. Maioria dos estudantes são solteiros.

Como você se considera?

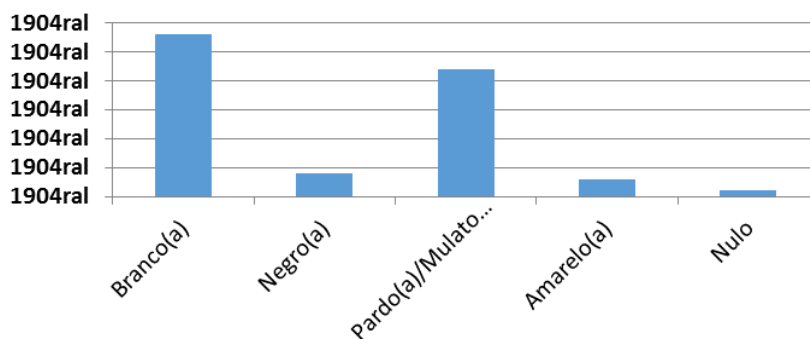


Gráfico 2: Auto declaração

Com relação à forma como cada estudante se considera, 28 (48,3 %) pessoas se declaram brancas; 22 (37,9 %) pardas/mulatas; 4 (6,89%) negros; 3 (5,17%) amarelos e 1(1,72%) nulo.

Em qual estado você concluiu o Ensino Médio?

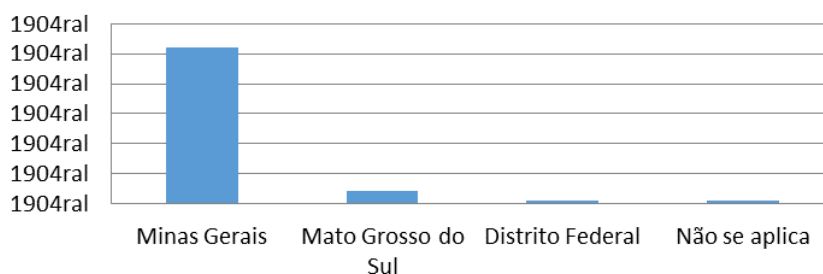


Gráfico 3: Estado de Conclusão do Ensino Médio

Dos entrevistados, 52 (89,6%) concluíram o Ensino Médio no mesmo estado em que cursam a graduação – Minas Gerais. Outros 4 (6,89%) concluíram o Ensino Médio no estado do Mato Grosso do Sul. 1 (1,72%) no Distrito Federal e 1 (1,72%) Não se aplica.

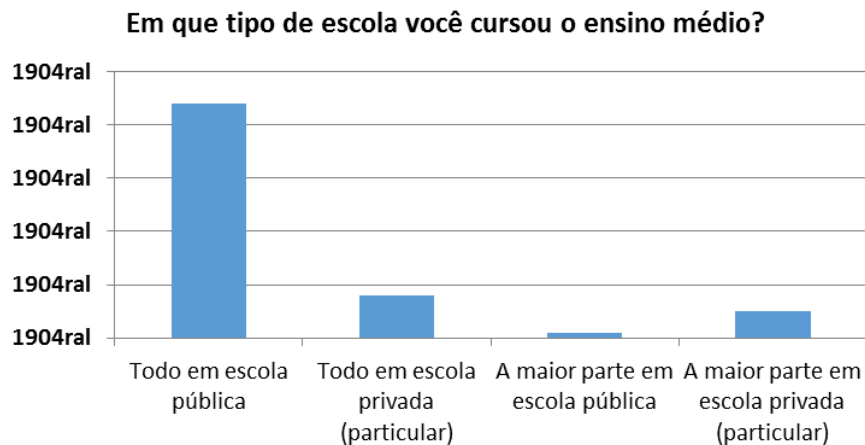


Gráfico 4: Escola do EM

Dos entrevistados, 44 (75,86%) cursaram o Ensino Médio todo em escola pública; 8 (13,8%) em escolas privadas.

1.2 Perfil da Família

Essa categoria, perfil da família, também foi criada com o objetivo de delinear as características familiares do/a estudante do Curso de Enfermagem da UFU.

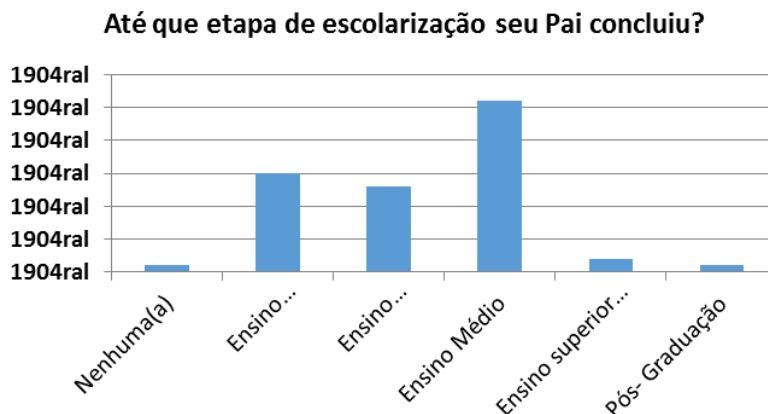


Gráfico 5: Escolaridade paterna

De acordo com os dados tabulados, 26 (44,82%) discentes assinalaram que o pai cursou Ensino Médio; 15 (25,86%) assinalaram que o pai cursou o Ensino Fundamental (1º – 5º ano), outros 13 (22,41%) assinalaram que o pai cursou o Ensino Fundamental (6º – 9º ano), 2 (3,44%) responderam que o pai possui Ensino Superior (graduação) e 1 (1,72%) respondeu que o pai possui curso de pós-graduação. A maioria dos pais dos discentes possuem o Ensino Médio.

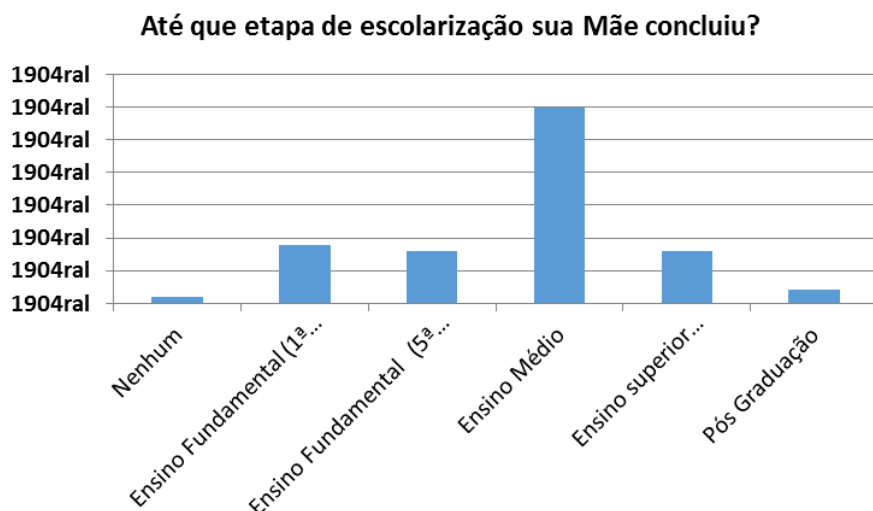


Gráfico 6: Escolaridade materna

Dos 58 estudantes, 30 (51,72%) discentes assinalaram que a mãe concluiu o Ensino Médio; 9 (15,51%) assinalaram que a mãe cursou o Ensino Fundamental (1^o – 5^o ano); outros 8 (13,79%) assinalaram que a mãe cursou o Ensino Fundamental(6^o – 9^o ano); 8 (13,79%) responderam que a mãe possui Ensino Superior (graduação); 2 (3,44%) responderam que o pai possui curso de pós-graduação e 1 (1,72%) assinalou que a mãe não possui nenhuma formação escolar.

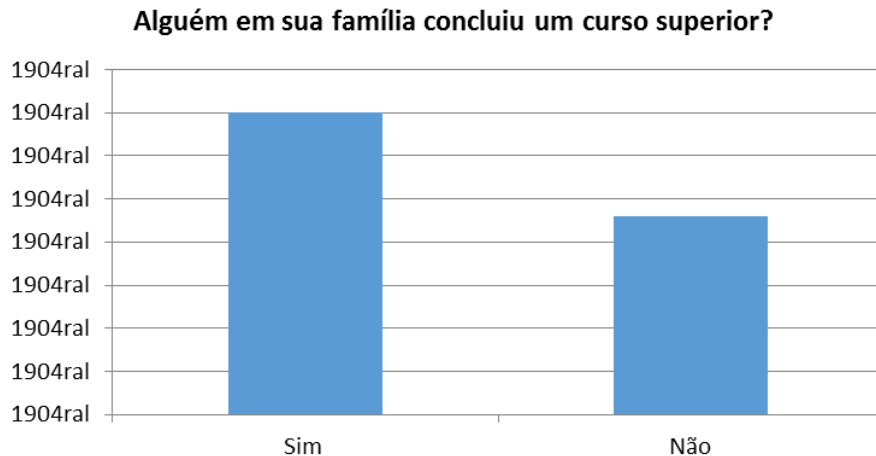


Gráfico 7: Conclusão do ES pela família

Dos entrevistados, 35 (60,34%) possuem na família pessoas que já concluíram curso superior, e 23 (39,65%) não possuem ninguém na família que já tenha concluído um curso superior.

1.3 Situação Financeira

A situação financeira agregou as questões relativas a essa temática, na busca de identificar qual a realidade socioeconômica dos/as estudantes do Curso.

Onde e com quem você mora atualmente?

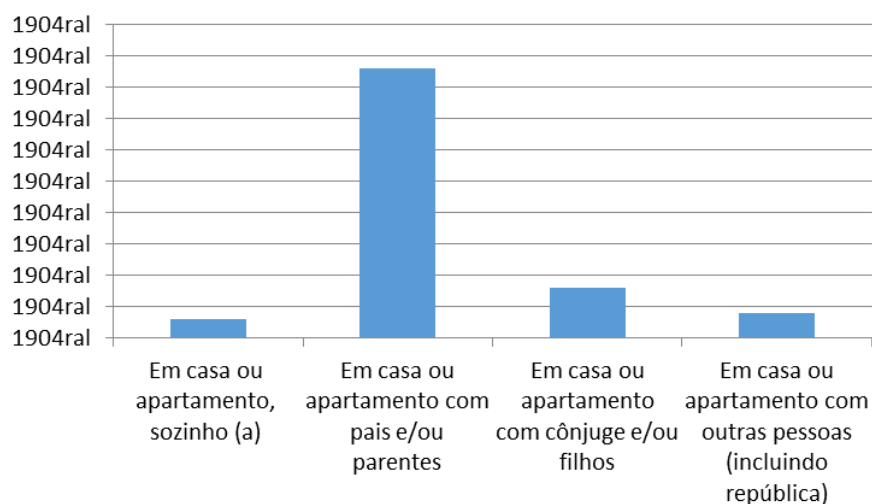


Gráfico 8: Moradia

43 (74,13%) dos estudantes responderam que moram com pais ou parentes; 8 (13,79%) com cônjuges e filhos; 3 (5,17%) mora sozinho; 4 (6,89%) com outras pessoas (incluindo república). Todos em casas ou apartamentos.

Qual a renda total de sua família, incluindo seus rendimentos?

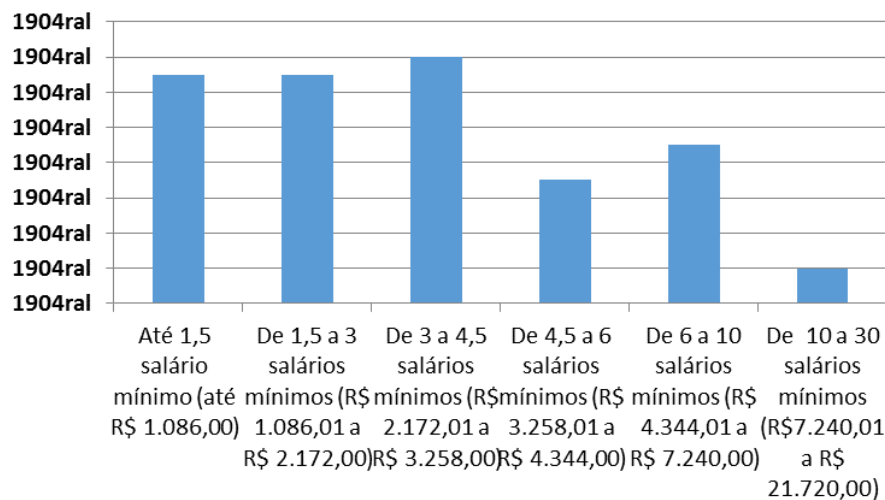


Gráfico 9: Renda Familiar

Dos 58 entrevistados, 14 (24,13%) possuem renda de 3 a 4,5 salários mínimos, 13 (22,41%) de 1,5 a 3 salários mínimos, outros 13 (22,41%) até 1,5 salários mínimos,

9(15,51%) de 6 a 10 salários mínimos, 7 (12%) de 4,5 a 6 salários mínimos e 2 (3,44%) de 10 a 30 salários mínimos.

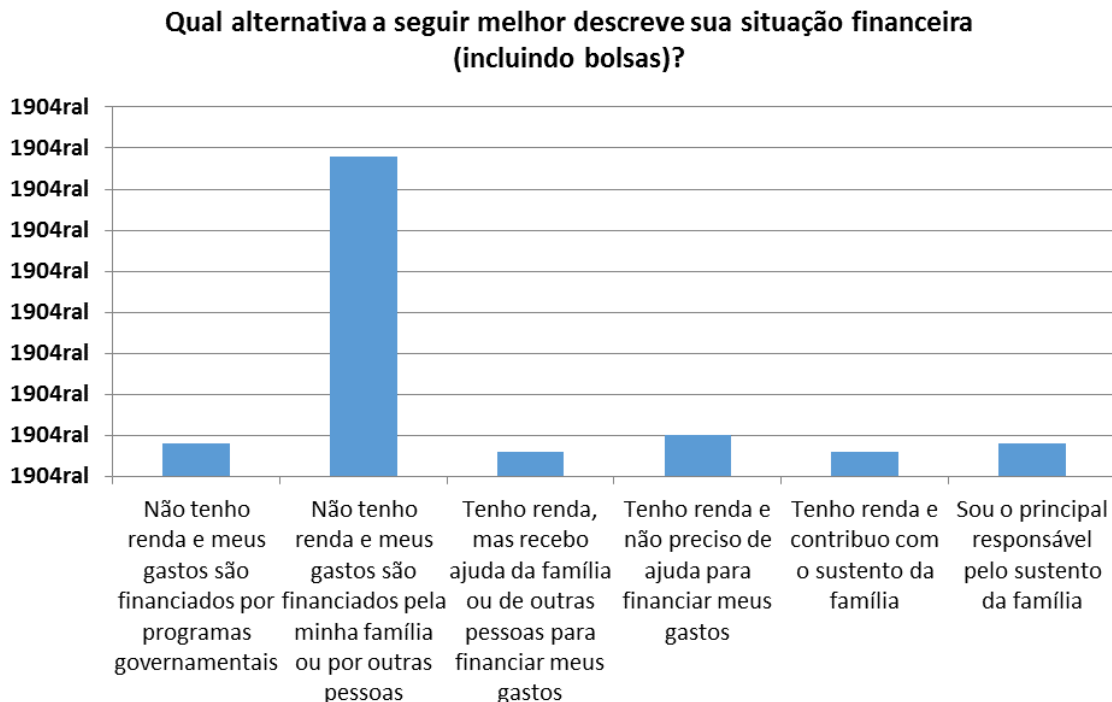


Gráfico 10: Situação Financeira

Dos 58 entrevistados, 39 (67,24%) descrevem que não possuem renda e tem seus gastos custeados pela família ou por outras pessoas, 5 (8,62%) possuem renda e não necessitam de ajuda para financiar seus gastos, 4 (6,89%) não tem renda e seus gastos são custeados por programas governamentais, 4 (6,89%) são os principais responsáveis pelo sustento de sua família, 3 (5,17%) possuem renda e contribuem com esta para o sustento de sua casa e 3 (5,17%) possuem renda, mas recebem ajuda da família ou de outras pessoas para financiar os seus gastos.

Ao longo da sua trajetória acadêmica, você recebeu algum tipo de bolsa acadêmica? No caso de haver mais de uma opção, marcar apenas a bolsa de maior duração.

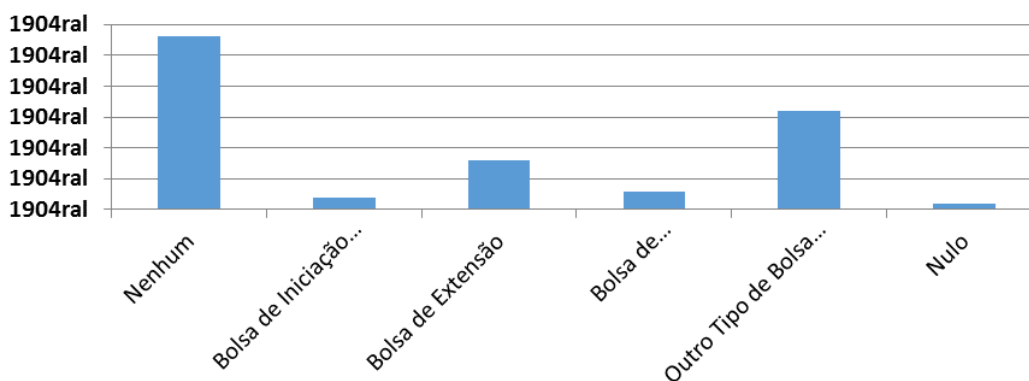


Gráfico 11: Bolsa Acadêmica

Dos 58 entrevistados, 28 (48,27%) não receberam nenhum tipo de bolsa acadêmica, 16 (27,6%) receberam outros tipos de bolsa acadêmica, 8 (13,79%) bolsa de extensão, 3 (5,17%) já receberam bolsa de monitoria, outros 2 (3,44%) receberam bolsa de iniciação científica e 1 (1,72%) nulo.

1.4 Definições sobre o Curso

As definições sobre o curso surgiram das questões que trouxeram o delineamento inicial, antes ainda da realização do Grupo Focal, importante para compreendermos o que levou o/a estudante a fazer o Curso de Enfermagem na UFU.

Quem lhe deu maior incentivo para cursar a graduação?

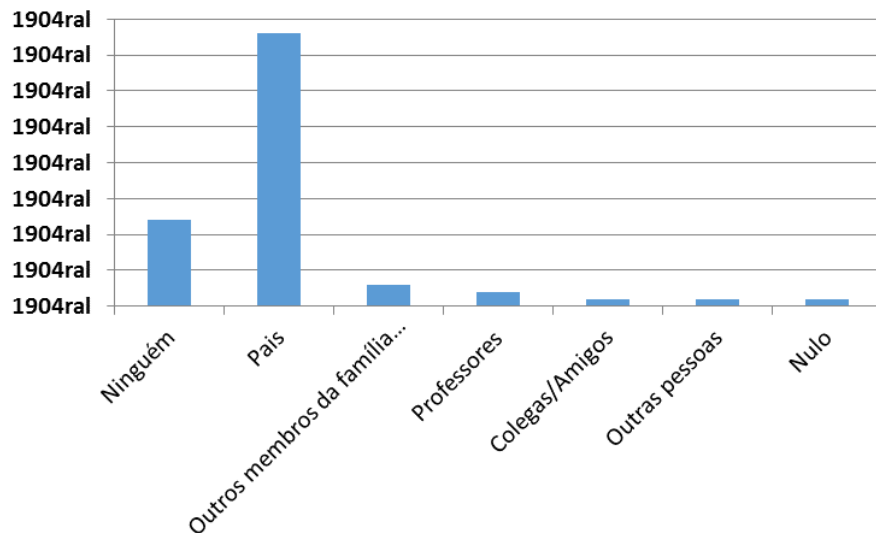


Gráfico 12: Incentivo para Graduação

38 dos entrevistados (65, 51%) receberam dos pais o maior incentivo para cursar uma graduação, 12 (20,68%) afirmam não terem recebido maior incentivo de outros, 3 (5,17%) foram incentivados por outros membros da família que não os pais, 2 (3,44%) por professores, 1 (1,72%) por colegas e amigos, 1 (1,72%) por outras pessoas e 1 (1,72%) nulo.

Você teve oportunidade de aprendizado de idioma estrangeiro na Instituição?

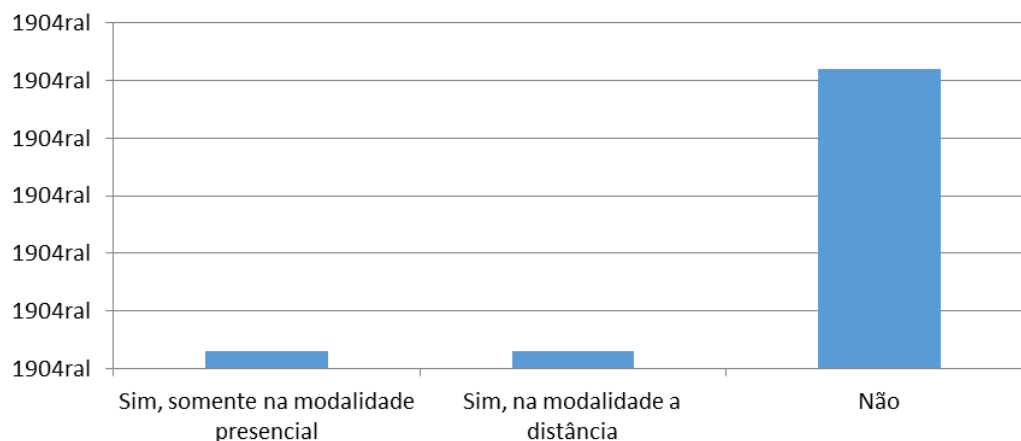


Gráfico 13: Idioma

52 (89,65%) dos entrevistados afirmam não ter tido a oportunidade de aprendizado de idioma estrangeiro na instituição, 3 (5,17%) tiveram a oportunidade em modalidade presencial e 3 (5,17%) somente à distância

Qual o principal motivo para você ter escolhido este curso?

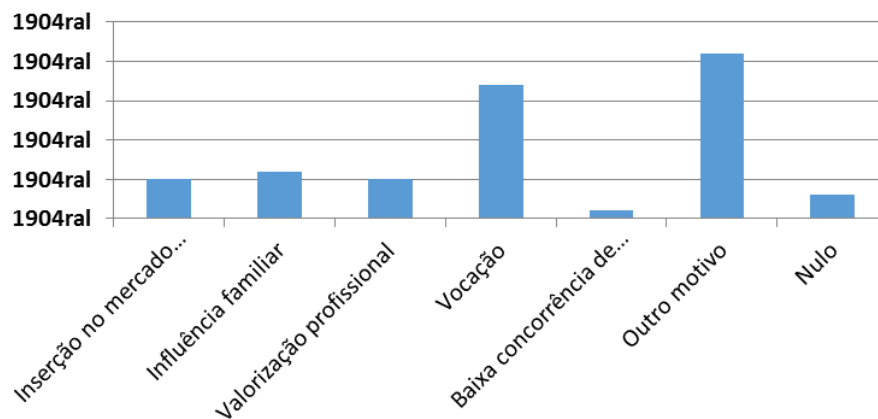


Gráfico 14: Motivação para escolha do Curso

Dos entrevistados, 17 (29,31%) afirmam que o principal motivo para terem escolhido o curso é por acreditarem ter vocação, 21 (36,2%) afirmam ter sido por outros motivos, 6 (10,34%) por influência familiar, 5 (8,62%) por inserção no mercado de trabalho, 5 (8,62%) por valorização profissional, 3 (5,17%) anularam a questão (5,17) e 1 (1,72%) optaram por esse curso, devido à baixa concorrência de ingresso.



Gráfico 15: Escolha da UFU

Quanto à escolha da instituição, 27 (46,55%) dos entrevistados afirmam ter escolhido pela qualidade e/ou reputação, 20 (34,48%) devido à gratuidade da instituição, 5 (8,62%) anularam a questão, 3 (5,17%) pela proximidade de sua residência e 3 (5,17%) por outros motivos.

CONCLUSÃO

Partiu-se do pressuposto que, um melhor conhecimento acerca das características, traçando o perfil dos estudantes que cursam bacharelado e licenciatura concomitantemente e obrigatoriamente no Curso de Graduação em Enfermagem da UFU, poderia auxiliar na construção de estratégias e contribuir para a realidade do curso, com possíveis reflexões para a apropriação pelo/as estudantes e professores de seu próprio Curso.

Evidenciou-se então que a maioria dos estudantes do Curso de Enfermagem são solteiros, se autodeclararam brancos, moram com os pais, concluíram o ensino médio em escolas públicas no mesmo estado em que cursam a graduação. Tem renda familiar entre 1,5 – 4,5 salários-mínimos, a maioria dos pais e mães concluíram o Ensino Médio e possuem algum familiar que concluiu o Ensino Superior, sendo então os principais incentivadores para o estudante cursar a graduação. A escolha pela UFU, se deu pela qualidade e/ou reputação da mesma e a motivação para a escolha do curso de Enfermagem, está associada à vocação pessoal e à percepção da enfermagem como uma profissão do cuidado, além da proximidade desta com as demais áreas da saúde.

Os resultados, a partir dos questionários, trouxeram a importância de pensar e repensar o Curso a partir do conhecimento de quem é o/a estudante que o frequenta. A outra parte da pesquisa, preocupou-se com outras questões do estudante e, assim, ambas pretendem contribuir para que essas discussões curriculares possam permear a prática pedagógica tanto do docente quanto do discente dentro da Universidade. Precisamos avançar na aproximação do que temos para o que desejamos, para o que queremos. Qual profissional queremos formar? Este processo é importante para que possamos conhecer os vários aspectos da formação acadêmica e da origem dos

graduandos, tendo em vista que, tais informações não podem ser desprezadas num âmbito de discussão curricular.

REFERÊNCIAS

UFU. Projeto Institucional de Formação e Desenvolvimento do Profissional da Educação. Uberlândia, 2005.

LIMA, J. O. R. O referencial ético-humanista nos cursos de graduação em enfermagem de Goiânia-Goiás [manuscrito].2009. 147 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás, Faculdade de Enfermagem.

RELATOS SOBRE A MORTE E O PROCESSO DO MORRER COM PACIENTES ONCOLÓGICOS E FORA DE POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS: CONCEPÇÕES, SENTIMENTOS E PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS

Artur Rodrigues Cunha¹; Suely Amorim de Araújo²; Lívia de Paula Peres³

¹Enfermeiro Residente da área de concentração Atenção em Oncologia do Programa de Residência Multiprofissional da FAMED – UFU de Uberlândia.

²Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela UFU. Enfermeira do Programa de Cuidados Paliativos do setor de Oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia – HCU. Email: lipperes23@gmail.com

RESUMO

Introdução. A morte é uma situação natural do ciclo da vida, a qual muitas vezes é suprimida, pois essa ideia é inadmissível para o nosso consciente. O câncer é uma das doenças socialmente associadas à morte que destaca-se atualmente entre as doenças crônicas. Tem merecido particular importância sob o olhar das políticas públicas e das organizações de saúde, tanto no Brasil, quanto no cenário internacional. **Objetivo.** Apresentar as concepções, sentimentos e percepções sobre a morte e o processo do morrer em pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas. **Metodologia.** Trata-se de um recorte de um estudo qualitativo descritivo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia, no setor de Oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com 9 profissionais enfermeiros. Esta investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia. Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes, descritos e classificados em subcategorias. **Resultados.** É notório no decorrer do estudo que os enfermeiros apresentaram ideias centrais de que a morte seria um rito de passagem, o término da vida e que é um processo natural. Sobre o processo do morrer, alguns acham que é um processo natural, doloroso e permeados de dúvidas, muitos se sentem responsáveis pelos indivíduos, impotentes/frustrados, encaram como uma etapa e outros, lidam como um processo natural. **Conclusão.** O discurso dos enfermeiros sobre as concepções, sentimentos e percepções sobre a morte e o processo do morrer em pacientes oncológicos, fora de possibilidades terapêuticas contribui e instiga questionamentos e novas investigações sobre o tema.

Descritores: cuidados paliativos, morte, enfermagem oncológica, cuidados paliativos na terminalidade da vida.

INTRODUÇÃO

Muitos são os recursos terapêuticos para combater o câncer, porém, o câncer é uma doença complexa e agressiva. Por infortúnio, o curso da doença de muitos pacientes caminha para o prognóstico da terminalidade de vida, ou seja, quando todas as possibilidades para favorecer a vida se esgotam, tornando a morte previsível e inevitável (MARENGO, et al, 2009).

Mas, apesar da terminalidade de vida estar definitivamente confirmada, o paciente e a família devem receber acolhimento, apoio e acompanhamento dos cuidados paliativos, que defende a morte como um processo natural e que

proporcionam cuidados que visam controlar e diminuir todos os sintomas decorrentes da doença por meio da prevenção, além de aliviar o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, incluindo o apoio a família e atenção ao luto (MACIEL, et al. 2006).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em conceito definido em 1990 e atualizado em 2002:

Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais (WHO, 2002).

Em se tratando de sobrevida, torna-se cada vez mais emergente as discussões sobre a expansão dos cuidados paliativos no Brasil, principalmente na área oncológica, em que a cronicidade da neoplasia acaba resultando em um processo de terminalidade devido à impossibilidade de cura para muitos tipos de cânceres (CORDEIRO, et. al. 2011).

OBJETIVO

Apresentar as concepções, sentimentos e percepções sobre a morte e o processo do morrer com pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de um recorte de um estudo qualitativo descritivo realizado no Hospital de Clínicas de Uberlândia, no setor de Oncologia no período de 01 fevereiro a 20 de julho de 2014, com os profissionais enfermeiros que estão inseridos de forma direta no processo do cuidar na instituição.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia sob o número de Certificado de apresentação para Apreciação Ética - CAAE 23631813.6.0000.5152, Parecer Nº 506.140. Os participantes da pesquisa após esclarecidos do objetivo da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre esclarecido, o qual foi apresentado um questionário semiestruturado, adaptado pelos pesquisadores, após teste de validação, com questões direcionadas a temática para serem respondidas de forma autônoma.

Inicialmente o questionário apresentou o levantamento do perfil sócio demográfico como idade, classe pertencente, tempo de experiência na profissão e com pacientes em estágio avançado da doença, para posteriormente uma melhor compreensão das respostas oriundas das questões temáticas. Este questionário foi uma adaptação da pesquisa de dissertação de mestrado intitulada “Cuidados Paliativos de Enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares” (SILVA, 2008).

A amostragem deste estudo foi composta por nove (9) enfermeiros, distribuídos entre os setores de radioterapia, ambulatório de quimioterapia, cuidados paliativos e internação, de ambos os sexos, que lidam ou lidaram com pacientes oncológicos ou em cuidados paliativos, em estágio avançado e sem possibilidades e cura. O número total de enfermeiros lotados no setor de oncologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia são doze (12), porém nove (9) estavam disponíveis para a realização do

estudo. Para que essa pesquisa possa ser realizada, temos como número mínimo de participantes oito (8) enfermeiros.

Critérios de inclusão, ter graduação em enfermagem, atuar no setor de oncologia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia estando regularmente registrados no Conselho Regional de Enfermagem e que prestam ou já prestaram cuidados para pacientes oncológicos e em cuidados paliativos. Como critérios de exclusão, profissionais em licença médica, licença gestação ou férias

O pesquisador foi o responsável em abordar os enfermeiros que estavam de plantão e possuíam disponibilidade de horário para responder o questionário sem prejuízo de suas atividades laborais. A abordagem foi realizada nos seguintes passos: em um primeiro momento fez-se a apresentação do pesquisador, da pesquisa, a pertinência do assunto, a apresentação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido - TCLE, protocolo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, apresentação do questionário (se o indivíduo concordasse em participar).

O pesquisador permaneceu presente no momento do preenchimento do mesmo. Foram respeitados os profissionais que sentiram algum desconforto na resposta dos questionamentos, pois algumas questões poderiam remeter aos momentos vividos, lembranças e vivências mal resolvidas, sendo assim ficou permitido que indivíduo optasse em desistir ou completar o questionário em outro momento.

Os dados foram analisados segundo a perspectiva de Minayo e Gomes a qual propõe um conjunto de técnicas de análise da comunicação verbal, aplicados aos discursos, para obter indicadores, qualitativos ou não, que permitem a descrição do conteúdo das mensagens dos entrevistados. Seu método é composto de três fases: a) pré-análise, b) exploração do material e c) tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Os dados foram descritos e classificados em subcategorias abordando quais o entendimento sobre a morte, quais os sentimentos gerados na lida com pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas, percepção do profissional enfermeiro sobre a morte e o processo do morrer e a necessidade da introdução da disciplina de cuidados paliativos como obrigatória nos cursos de graduação e técnicos de enfermagem.

RESULTADOS

Subcategoria: Concepção sobre a morte

Entendidos que a morte ainda é um tema tabu como comenta Macedo (2011, p. 15) “caíram todos os tabus, como o do sexo, mas a morte é hoje, mais do que nunca, proibida de se mostrar” solicitou-se que os enfermeiros fizessem uma pequena dissertação sobre a concepção e ideia do que era a morte as quais foram expostos na íntegra.

Enf.1 - É a passagem do mundo terreno para o plano espiritual.

Enf.2 - Final de uma etapa em nossa passagem aqui na terra.

Enf.5 - A morte é o fim da dor. É a esperança que haverá um lugar melhor para se viver. É como se fosse um campo em fila que espera aquele que já sofreu bastante.

Percebe-se que a morte ainda tem uma íntima relação com concepções religiosas, os quais muitos veem como um rito de passagem de um plano terrestre para um plano espiritual. E isto reflete na qualidade da assistência de enfermagem prestada no fim de vida, onde os profissionais carregados de suas crenças e valores tentam ajudar pacientes e familiares que passam por esse momento de sofrimento, entretanto,

às vezes não correspondem às expectativas dos usuários causando ainda mais frustração e tristeza.

Enf.3 - Término da vida (final da vida).

Enf.4 - Morte é a finitude da vida. É a despedida dos entes queridos. É o desapego das coisas materiais, inclusive do próprio corpo.

Enf.7 - Interrupção da vida.

Nas falas acima se abstrai que a morte é uma interrupção da vida, e isto traz consigo um peso muito grande, pois entendesse que é proibido morrer, de que a morte não faz parte da vida. Assim como alguns enfermeiros relatam que a morte é a finitude da vida, o seu processo dará momentos de despedida, de revelar aquilo que ainda não foi exposto, de ficar perto de entes queridos e desapego das coisas materiais.

Enf.6 - É um processo natural pelo qual todos vamos passar mas que ninguém espera.

Enf.8 - É um processo natural do ciclo de vida, tão importante quanto ao momento do nascimento.

Enf.9 - A etapa final da vida, natural.

Nestas últimas falas, a morte é entendida como um processo natural e que é a única certeza que temos na vida, apesar de desconhecido, traz certa leveza para assim ter uma “boa morte”. Entender que é a única certeza da vida faz com que o indivíduo tente aproveitar os laços familiares e amizades.

As percepções da morte e morrer, as formas de reação esperadas, socialmente aceitas, variam histórica e culturalmente. Os paliativistas, no acompanhamento do período final da vida do doente, qualificam a morte como “boa” ou “má”. A primeira é significada positivamente, sinônimo de morte “com dignidade”, sem sofrimento, tranquila, aceita e pacífica. Em contraposição, o “morrer mal” está associado à impossibilidade de controle dos sintomas, acarretando agonia e sofrimento do doente. Os paliativistas se preocupam – e se ocupam - em transformar o período final da vida do doente de modo a gerar sentidos para o próprio paciente e para seus familiares, seu trabalho é investido positivamente e legitimado socialmente (MENEZES, 2004, p. 176).

Os maiores mistérios que assolam o ser humano se referem às suas origens, a seu papel no mundo e à sua finitude. Dentre esses mistérios, certamente a morte é o mais terrífico, porque implica no desaparecimento, aniquilação do ser. O terror de torna-se não existente (pelo menos como forma de vida conhecida) persegue todos os seres humanos e a ansiedade de aniquilamento é descrita, pela psicanálise, como o terror primordial, terror esse que já faz parte do indivíduo ao nascer (ROOSEVELT, 2007, p. 271).

Subcategoria: Sentimentos gerados na lida com pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas.

Nesta fase os enfermeiros foram abordados sobre quais eram os sentimentos gerados na lida com os pacientes oncológicos fora de possibilidade terapêutica e pedimos para refletirem sua assistência e exporem quais eram esses sentimentos.

Enf.2 - Me sinto responsável em fazer com que esse paciente tenha dias tranquilos, sem dor, que seja respeitada as suas vontades e desejos e procuro fazer com que ele fique perto de pessoas que goste.

Enf.3 - Impotente.

Enf.4 - Eu sinto que tenho a responsabilidade de cuidar de forma mais humanizada.

Enf.6 - Frustrada e triste pois a possibilidade de cura deveria ser possível na maioria das vezes e não é o que ocorre na nossa enfermaria.

Enf.7 - Impotente.

O sentimento de responsabilidade como comentado por alguns profissionais podem ter duas vertentes, uma delas é o sentido de obrigatoriedade em proporcionar tranquilidade, alívio da dor e de outros dados subjetivos, isso é ruim, pois às vezes o profissional pode-se deparar com conflitos internos de pacientes, que em um primeiro momento não terá resolutividade e isso para o profissional pode gerar sentimento de impotência, tristeza e frustração. Tanto os pacientes como os familiares precisam de um tempo para gerir e administrarem algumas emoções e ideias, e isso precisa ser respeitado pelo enfermeiro. O profissional carregado por esse sentimento e ideia de responsabilidade poderá comprometer a sua relação com o paciente e com ele mesmo.

A outra vertente seria que, esse sentimento de responsabilidade atuaria como uma ação benigna, uma busca em proporcionar ao paciente os meios para que ele tenha uma morte tranquila e em paz. Uma assistência humanizada com apoio, suporte para a família, realização de desejos, sonhos e sentimentos.

Ross (2003, p.257) comenta em sua obra uma experiência que teve em um hospital aonde fazia os seus seminários. Em uma reunião realizada com um grupo de enfermeiras foi colocado uma questão, qual seria o papel do enfermeiro diante de um paciente em fase terminal, havia 12 profissionais presentes, algumas comentaram que “era uma perda de tempo estar ali e ajudar alguém que não precisa de ajuda”, outras disseram “que morrem em nossos braços”, “morrem em nossos braços na presença dos familiares” somente uma enfermeira comentou que não se podia fazer muito, o que se podia era pelo mesmo proporcionar o conforto físico. Depois de muito se expor, com mistura de vários sentimentos como a raiva e impotência, por fim as enfermeiras conseguiram entender as razões de seus sentimentos e, posteriormente, talvez possam ver em seus doentes em fase terminal seres humanos que sofrem e necessitam mais dos cuidados e atenções do que os colegas de quarto em melhor estado de saúde.

E porque tanta dificuldade? Magali (2007, p.189) comenta que em primeiro lugar falar de morte se reveste de um certo desconforto por nos lembrar de nossa angústia maior: pensar a própria morte. É a grande angústia existencial do homem, pois a morte é sua única certeza. O resto são possibilidades. Para nós, profissionais da saúde, a morte nos lembra, a todo o momento, de nossa impotência frente aos doentes que caminham para sua finitude em decorrência de uma moléstia grande.

Enf.1 - Uma etapa de grande luta até a morte.

Enf.5 - Me sinto tranquila, se não há nada que ser feito no sentido da cura, que ele tinha na vida normal como dignidade. Pois o amanhã não pertence a nós.

Enf.8 - Encaro como um trabalho normal, realizo minhas ações com naturalidade e respeito.

Enf.9 - Tranquila, que essa passagem seja sem dor, próximo dos familiares e amigos e respeitar suas últimas vontades.

Aqui se percebe que os profissionais entendem e sentem esse processo como natural, trabalho normal e entendem que o fim de vida dos pacientes seria uma etapa, que tem por traz uma grande luta, com execução de ações normais da assistência, garantindo a dignidade e respeito ao indivíduo.

A percepção destes profissionais podem ser um habituar de tais situações ou um mascarar algumas destas, onde o profissional adotando essa postura do “trabalho normal” encontra refúgio para tais situações. Assim como comenta Roosevelt (2007,

p.278) o profissional de saúde, vê a morte como sua inimiga e não raro ele escolheu sua profissão influenciado por experiências de doença e morte em si mesmo e em pessoas próximas. Se se sentiu inconscientemente culpado, por motivos variados incluindo sua impotência, a escolha profissional pode constituir-se em forma de reparação sadia.

Menezes (2004, p.205) nos traz que o profissional passa a não se surpreender com a morte, ao aprender uma expertise técnica capaz de habilitá-lo a avaliar precisamente – ou no máximo possível de precisão – a expectativa do tempo de vida ainda restante. Assim, o profissional consegue se acostumar com o número elevado de mortes diárias. Contudo, por vezes, surgem situações que escapam à possibilidade de controle emocional, como, por exemplo, em algum dia que, por exemplo, falecem seis doentes, em um curto intervalo de tempo.

Subcategoria: Percepção do profissional enfermeiro sobre a morte e o processo do morrer.

Sobre qual era a sua percepção sobre a morte e o processo do morrer dos pacientes da oncologia e em cuidados paliativos, os dissertaram:

Enf.5 - Enxergo de maneira natural. Todos nós vamos morrer um dia e os pacientes em cuidados paliativos tem a oportunidade de viverem e reviverem várias coisas, uma delas é despedir de quem ama. O que não acontece nos infartos e acidentes.

Enf.3 - Processo da morte e morrer: evolução da doença e como o paciente vive este processo. Cuidados paliativos: Ameniza os sintomas da doença, dando possível qualidade de vida até a morte (final da vida) do paciente e apoio e suporte ao familiares.

Enf.9 - A morte e o processo do morrer é uma etapa da vida, para os que fica inaceitável, porém para o paciente alivio do sofrimento e da ocupação dos familiares e amigos.

Enf.4 - Eu enxergo que esse é o processo natural da vida e que nós ocidentais por sermos mais afetuosos e apegados uns com os outros acabamos sofrendo mais. Não somos como os orientais onde as relações humanas não são tão intensas.

Nas falas acima se observa que os enfermeiros enxergam o processo do morrer e a morte como um processo natural que o doente passará, com a oportunidade de se preparar para despedidas, viverem e reviverem algumas emoções e situações, com momento de resoluções de pendências da vida. E que todo esse processo é muito doloroso para todos nós, devido as nossas raízes ocidentais que nos tornam apegados afetivamente uns com os outros.

Daí a importância de uma equipe coesa, humanizada e capacitada para lidar e atender tais demandas, Silva, Moreira, Leite e Erdmann (2013) apresentam que o cuidado paliativo deve dar oportunidade para tais demandas que os pacientes trazem, pois é baseado nos preceitos de integralidade e interdisciplinaridade, o que não pode ser negligenciado nos mais diferentes cenários, onde pessoas vivenciam o fim da vida.

Nos discursos a seguir os profissionais apresentam algumas situações nesse processo como um momento onde é cheio de dúvida e muito doloroso

Enf.2 - Nem sempre paciente e família sabe ou é orientado corretamente sobre o que é cuidados paliativos, o que torna o processo difícil, cheio de dúvidas e questionamento: de que será que foi, e está sendo feito realmente tudo o que é possível pelo paciente?

Enf.6 - O paciente em cuidados paliativos nunca recebe bem o diagnóstico e na maioria das vezes se entrega e aguarda a morte.

Enf.7 - Não tem como generalizar, mas esse processo depende muito das informações recebidas pela família e da cultura desta.

Enf.8 - Ainda como um processo doloroso para paciente e familiares devido as limitações das ações de nosso trabalho (tempo para poder trabalhar com a família principalmente devido ao avanço da doença; presença de equipe mínima para realização do atendimento no ato da solicitação).

E mesclados com esse processo doloroso em despedidas, os enfermeiros comentam que esse processo é cheio de dúvidas entre os familiares e pacientes, os quais não sabem às vezes quais as próximas condutas. Outros destacam a dificuldade em se receber o diagnóstico e a lida com a dor que isso gera, dificultando todo o processo e desenvolvimento.

Sobre as percepções e o processo que o indivíduo passa Borges et. al. (2006) conclui em sua investigação que cada indivíduo vê a morte e lhe atribui um sentido dependendo da etapa em que se encontra no processo de desenvolvimento vital. Esta visão depende também da sua história de vida, de suas vivências e aprendizagens, de sua condição física, psicológica, social e cultural

Diante exposto em algumas falas sobre as dúvidas que alguns indivíduos passam Stumm, Leite e Maschio (2008) expõem que os pacientes oncológicos carecem de afeto e contato assíduo com a equipe de enfermagem, que propicia compartilhamento de sentimentos e emoções, podendo resultar em empatia.

De uma forma geral, a percepção do profissional enfermeiro deste estudo sobre o processo da morte e do morrer é de maneira natural, que faz parte da vida, como uma oportunidade de viverem e reviverem várias coisas, uma delas é despedir de quem amam, uma etapa que o foco também é no alívio dos sintomas da doença, dando uma melhor qualidade de vida até a morte (final da vida) com apoio e suporte aos familiares. Em todo esse processo os profissionais se esbarram em algumas limitações como a má receptividade no diagnóstico, o desgaste do paciente, familiares e profissionais neste processo que é tão difícil e permeado de dúvidas e questionamento.

Nesta investigação também é evidente que a vivência assistencial dos profissionais enfermeiros em oncologia e cuidados paliativos reflete em uma modificação comportamental, psicológica e emocional, influenciando diretamente na melhoria da assistência de enfermagem para pacientes e familiares. Porém como citado anteriormente os profissionais passam por algumas limitações nas ações, como o pouco tempo para poder trabalhar com a família e a carência de mais profissionais para realização de um melhor atendimento no ato da solicitação.

Subcategoria: Introdução da disciplina de cuidados paliativos como obrigatória nos cursos de graduação e técnicos de enfermagem.

Por fim abordou-se com os profissionais sobre a aprovação da introdução obrigatória nos cursos de técnicos e graduação em enfermagem, a disciplina de cuidados paliativos. Percebeu-se que a maioria quase na sua totalidade concorda com a introdução, em suas experiências eles percebem o quanto é difícil lidar e dar uma assistência de qualidade para esse tipo de público e o quanto é importante ter conhecimento científico para lidar com as adversidades.

Enf.1- Sim. Todo o acadêmico deve ter noção da morte, principalmente na área da saúde.

Enf.2 – Sim. Vejo que é muito importante, pois o cuidado paliativo não é só para o paciente oncológico e sim para o paciente fora de possibilidades terapêuticas de cura.

Enf.3 – Sim. Atender melhor os pacientes e seus familiares, preparo emocional para acompanhar o processo da morte.

Enf.4 – Sim. Porque os futuros profissionais tem que entender e respeitar a finitude dos seres humanos para evitar que idosos de 93 anos sejam aleatoriamente entubados nas emergências dos hospitais quando se sabe que essa atitude só irá expor esse paciente a mais sofrimento. Isso não é dar oportunidade de vida, é oferecer o cuidado na medida certa.

Enf.6 – Sim. Para que o profissional já saia do curso como noções de como lidar com esse tipo de paciente.

Enf.8 – Sim. Porque, é necessário esclarecer á comunidade técnica sobre nosso limite de trabalho e fazer entender que não é importante apenas salvar vidas, mas também ensinar como morrer com qualidade e de forma humanizada.

Enf.9 – Sim. Porque é importante esse entendimento geralmente pensamos que devemos “consertar deixar bem todos os pacientes” e isso não é verdade. Devemos sim melhorar a qualidade de vida, do paciente para fora de prognóstico com alívio da dor e prazer de viver os últimos momentos.

Enf.5 – Não. Porque ninguém é obrigado a fazer uma matéria que não tenha afinidade. Cuidados paliativos é muito específica. Quem for trabalhar com esses pacientes tem que ter no mínimo coragem.

Com quase unanimidade os profissionais aprovam à introdução da disciplina de cuidados paliativos nos cursos de enfermagem, técnicos e nível superior, destacando a importância em se ter conhecimento técnico científico, vivência e habilidade para lidar com as diversas situações.

A apenas um profissional apresentou discurso contrário a introdução da disciplina, pois o mesmo relata que o indivíduo ao ingressa no curso não é obrigado a cursa a disciplina uma vez que isso depende da motivação de cada um.

Roosevelt (2007, p.278) apresenta a necessidade de retornar à visão do que é ser humano, do paciente como pessoa – a medicina da pessoa – vem sendo denunciado há algum tempo. E Magali (2007, p.189) critica e expõe que nos cursos de graduação, apesar de algumas iniciativas ainda muito incipientes, toda a ênfase é na vida, na cura e começamos, então a apreender que nada temos a ver com a morte.

CONCLUSÃO

É notório que os enfermeiros apresentaram ideias centrais de que a morte seria um rito de passagem, o termino da vida e que é um processo natural, sobre o processo do morrer alguns acham que é um processo natural, doloroso e permeados de dúvidas, muitos se sentem responsáveis pelos indivíduos, impotentes/frustradas, encaram como uma etapa e outros lidam como um processo natural.

Conclui-se então que apresentando os discursos dos enfermeiros sobre as concepções, sentimentos e percepções sobre a morte e o processo do morrer com pacientes oncológicos fora de possibilidades terapêuticas possam contribuir e instigar questionamentos e novas investigações.

REFERÊNCIAS

BORGES, A. D. V. S. et al.; Percepção da Morte pelo Paciente Oncológico ao Longo do Desenvolvimento. **Revista Psicologia em Estudo**. Maringá, p.361-369, ago. 2006.

CORDEIRO, F. R. et al. O processo de morte/morrer em oncologia: perspectivas de cuidado na enfermagem. I Jornada Internacional de Enfermagem - Formação Profissional do Enfermeiro: Repensando Saberes e Inovando Práticas, **Anais...** Jornada Internacional de Enfermagem - Unifra. Santa Maria, 2011.

MACEDO, J. C. G. M. **Educar para a morte: uma abordagem a partir de Elizabeth-Kübler-Ross**. Portugal, Coimbra: Grupo Almedina, 2011.

MACIEL, M. G. S. et al. **Critérios de qualidade para os cuidados paliativos no Brasil**. Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2006.

MAGALI, R. B. Enfermagem e morte. In: INCONTRI, D. e SANTOS, F. S. (Org.) **A arte de morrer - Visões Plurais**. São Paulo, Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007.

MARENGO, M. O.; FLÁVIO, D. A.; SILVA, R. H. A. Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. **Revista da Universidade de São Paulo**. Ribeirão Preto, SP, p. 350-357, ago. 2009.

MENEZES, R. A. **Em busca da boa morte: antropologia dos cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, Garamond, 2004.

ROOSEVELT, M. S. C. A negação da morte. In: INCONTRI, D. e SANTOS, F. S. (Org.) **A arte de morrer - Visões Plurais**. São Paulo, Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007.

SANTOS, F. S. Conceitos de morte. In: INCONTRI, D. e SANTOS, F. S. (Org.) **A arte de morrer - Visões Plurais**. São Paulo, Bragança Paulista: Editora Comenius, 2007.

SILVA, A. E. **Cuidados paliativos de enfermagem: perspectivas para técnicos e auxiliares**. Dissertação de Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais. Fundação Educacional de Divinópolis, Universidade do Estado de Minas Gerais, Divinópolis, 2008.

SILVA, M. M.; MOREIRA, M. C.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. O trabalho noturno da enfermagem no cuidado paliativo oncológico. **Revista Latino-América de Enfermagem**, maio-jun. 2013.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de Uma Equipe de Enfermagem no Cuidado a Pacientes com Câncer. **Revista Cogitare Enfermagem**, Santa Catarina, p. 75-82, jan-mar. 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National câncer control programmes: policies and managerial guidelines**. 2º ed. Geneva: WHO, 2002.

AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA EM CIRURGIAS DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Lara de Andrade Marques¹; Arthur Velloso Antunes²

¹Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Uberlândia

²Doutor, Professor Associado do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, End: Universidade Federal de Uberlândia, Curso de Graduação em Enfermagem, E-mail: arthurantunes22@gmail.com

RESUMO

Introdução: A segurança do paciente é um tema de preocupação e relevância crescente em todo o mundo. Um dos setores hospitalares em que podem ocorrer erros que prejudicam a segurança dos pacientes é o Centro Cirúrgico. Para minimizar estes erros a Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde resolveram implementar a campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas cujo principal objetivo é a adoção, pelos hospitais, de uma lista de verificação padronizada (*checklist*), preparada por especialistas, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. **Objetivo:** avaliar a adesão ao protocolo de cirurgia segura em cirurgias de traumatologia e ortopedia em um hospital universitário do Estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa descritiva cujos dados foram coletados, no período de janeiro a maio de 2015, através de questionários aplicados aos diferentes profissionais que atuam nas cirurgias. **Resultados:** Participaram do estudo 82 sujeitos distribuídos nas equipes de enfermagem, cirurgiões e anesthesiologia. Os principais resultados foram: 51% dos participantes conhecem o Protocolo de Cirurgia Segura e os que mais tem conhecimento são os da equipe de enfermagem e cirurgiões; 97,5% dos participantes disseram ser muito ou extremamente importante tal protocolo; 60% dos participantes da pesquisa conhecem este *checklist* existente na instituição, quase a totalidade da enfermagem o conhece e a maior parte dos médicos e residentes de anesthesiologia e cirurgia não o conhece; apenas 26% dos participantes tiveram treinamento para aplicar o *checklist*, sendo quase todos eles da equipe de enfermagem; 65% dos participantes possuem dúvida quanto à aplicação do *checklist*, nenhum dos 8 *checklists* é preenchido integralmente por nenhuma das equipes de profissionais participantes e; de todos os 102 itens dos 8 *checklists* que deveriam ser preenchidos pelos diferentes profissionais envolvidos, apenas 3 são preenchidos por todos os profissionais responsáveis. **Conclusões:** Apesar dos profissionais considerarem muito ou extremamente importante o protocolo de cirurgia segura, apenas a metade deles conhecem o protocolo, praticamente apenas a equipe de enfermagem conhece o *checklist* e apenas um quarto deles tiveram treinamento antes da implantação destes *checklists*; Os *checklists* das diferentes fases não estão sendo preenchidos adequadamente; Os diferentes profissionais envolvidos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, residentes e médicos de anesthesiologia e traumatologia, não estão realizando de forma adequada suas atribuições no protocolo de cirurgia segura. Desta forma concluímos que a adesão dos profissionais ao protocolo de cirurgia segura nas cirurgias de traumatologia e ortopedia não ocorre como deveria.

Descritores: segurança, cirurgia, centro cirúrgico

INTRODUÇÃO

A segurança do paciente é um tema de preocupação e relevância crescente em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como segurança do paciente “a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário ao paciente associado ao cuidado de saúde”.^{1 (p.15)}

Um dos setores hospitalares que podem ocorrer erros que prejudicam a segurança dos pacientes é o Centro Cirúrgico (C.C). Ele pode ser considerado uma das unidades mais complexas do hospital pela sua especialidade, presença constante de estresse e a possibilidade de risco à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos a intervenções cirúrgicas. A portaria 400 do Ministério da Saúde definiu C.C. como um conjunto de elementos destinados as atividades cirúrgicas, bem como a recuperação anestésica, pode ser considerada como uma organização complexa devido as suas características e assistência especializadas.²

Em Assembleia Mundial de Saúde ocorrida em 2002, os países membros da OMS, após reconhecer a necessidade de reduzir o dano e o sofrimento de pacientes e parentes advindo de erros médicos, acordaram uma resolução para aumentar a segurança do paciente, dentro das políticas públicas mundiais. Em outubro de 2004, a OMS criou a “Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (*World Alliance for Patient Safety*) que, a partir de 2005, passou a definir temas prioritários a serem abordados a cada dois anos, conhecidos como Desafios Globais”.^{1(p.11)}

Em 2008, o segundo desafio global estabeleceu o foco na melhoria da segurança no ambiente cirúrgico (Cirurgia Segura), com o objetivo de aumentar os padrões de qualidade e segurança do cuidado cirúrgico, por meio de quatro ações importantes. “A primeira é a prevenção de infecções do sítio cirúrgico; a segunda, anestesia segura; a terceira, equipes cirúrgicas seguras; e a quarta são os indicadores da assistência cirúrgica”.^{3 (p.144)} Baseadas nessas ações foram iniciadas nos países membros da OMS, uma campanha conhecida como Cirurgias Seguras Salvam Vidas.

O principal objetivo da campanha Cirurgias Seguras Salvam Vidas, é a adoção, pelos hospitais, de uma lista de verificação padronizada (*checklist*), preparada por especialistas, para ajudar as equipes cirúrgicas na redução de erros e danos ao paciente. Essa lista de verificação deveria ser empregada em todos os procedimentos cirúrgicos, em qualquer hospital do mundo, independente do seu grau de complexidade, sendo usada em três fases: “antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign Out*)”^{4 (p.2)}, podendo ser adaptada as necessidades e a realidade de cada centro cirúrgico. Assim, o Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) desenvolveu um *checklist* que deve ser utilizado em todas as cirurgias realizadas no seu Centro Cirúrgico.

Segundo a OMS as cirurgias em local errado são mais comuns em certas especialidades, particularmente na cirurgia ortopédica.⁵ Estudos realizados previamente às recomendações da OMS demonstraram que “nos pedidos de ressarcimento aos seguros, nos EUA, para procedimentos envolvendo erros médicos ocorridos em cirurgias ortopédicas, 68% derivaram de procedimento em local errado”.^{6(p.463)}

Considerando tais informações e nosso interesse pelo assunto, resolvemos realizar esta pesquisa que teve como objetivo geral avaliar a adesão ao protocolo de cirurgia segura em cirurgias de traumatologia e ortopedia em um hospital universitário

do Estado de Minas Gerais. Os objetivos específicos são: Identificar o conhecimento dos profissionais que desenvolvem atividades nas cirurgias de traumatologia e ortopedia acerca do Protocolo de Cirurgia Segura; Verificar se o *checklist* está sendo preenchido nas diferentes fases: antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign Out*); Verificar se os diferentes profissionais que atuam no centro cirúrgico da instituição estão realizando os passos preconizados pelo Protocolo de Cirurgia Segura.

METODOLOGIA

Este estudo se caracteriza por ser uma pesquisa de campo, descritiva, com abordagem quantitativa, pois avaliou, por meio de questionário, a adesão dos profissionais ao Protocolo de Cirurgia Segura da OMS nas cirurgias de traumatologia e ortopedia. Foi realizado no centro cirúrgico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU), em Uberlândia – Minas Gerais. Neste setor, a lista de verificação de cirurgia segura, *checklist*, foi adaptada de acordo com as necessidades locais.

A coleta de dados do presente estudo foi realizada utilizando-se três questionários distintos para levantamento de dados, sendo um para cada equipe que atuam nas cirurgias: equipe de enfermagem, de cirurgiões e de anesthesiologistas. Estes instrumentos são compostos por três partes que são, identificação da atuação profissional, conhecimento do protocolo de cirurgia segura e preenchimento do *checklist* institucional.

A população considerada neste estudo foi composta pelos profissionais que atuam no centro cirúrgico do HC-UFU em cirurgias eletivas de traumatologia e ortopedia e que concordaram em participar do estudo. As cirurgias eletivas ocorrem apenas nos períodos da manhã e da tarde onde encontram-se a atuação de aproximadamente 30 cirurgiões e residentes de traumatologia e ortopedia, 43 médicos anestesistas e residentes de anestesia, 6 enfermeiros, 26 técnicos de enfermagem e 11 auxiliares de enfermagem, totalizando 116 profissionais. A amostra, considerando um erro amostral de 5% e um nível de confiança de 95%, deveria ser composta por 103 profissionais distribuídos proporcionalmente ao número de cada um deles na população.⁷ Entretanto, devido à falta de disponibilidade dos profissionais em responder o questionário, apesar da insistência dos pesquisadores, esta pesquisa foi realizada com todos aqueles que se dispuseram participar, ou seja, 82 sujeitos, sendo: 4 médicos cirurgiões de traumatologia e ortopedia, 14 residentes de cirurgia de traumatologia e ortopedia, 25 médicos anesthesiologistas, 12 residentes de anesthesiologia, 4 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e 8 auxiliares de enfermagem.

Os sujeitos do estudo foram abordados no centro cirúrgico em seu horário de trabalho. Foi explicado a cada um deles os objetivos da pesquisa e a forma de participação. Àqueles que concordaram em participar foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE).

O projeto de pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa e aprovado com o parecer nº 935.560. Os dados foram coletados no período de janeiro a maio de 2015 e o estudo obedeceu todas as recomendações da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e da Resolução 251/1997.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da equipe de enfermagem, participaram do estudo 4 enfermeiros, 15 técnicos de enfermagem e 8 auxiliares de enfermagem. Da equipe de anesthesiologistas participaram 12 residentes, 25 médicos anesthesiologistas. Da equipe de cirurgões participaram 14 residentes e 4 médicos cirurgões.

É importante registrar o pequeno número de médicos cirurgões que se dispuseram participar do estudo, apesar da insistência dos pesquisadores em convidá-los. Não sabemos porque estes profissionais não quiseram participar, alegando sempre falta de tempo, mas procuramos saber, e constatamos que quase sempre não preenchem o *checklist*, o que pode ser o motivo.

A pesquisa permitiu verificar o conhecimento dos participantes sobre o protocolo de cirurgia segura, sobre o checklist institucional e se receberam treinamento para implantação do protocolo, os dados estão na tabela 1.

TABELA 1 - Número e porcentagem de respostas dos profissionais sobre: o conhecimento do protocolo de cirurgia segura, a importância que atribuem a ele, o conhecimento do *checklist* que deve preencher, sua participação em treinamento e, dúvidas que têm sobre o *checklist* - Uberlândia, 2015.

| PROFISSIONAIS | CONHECE | IMPORTÂNCIA | | | | | | | | CONHECE CHECKLIST | TEVE TREINA- MENTO | TEM DÚVIDA | | | | | |
|---------------|-----------|-------------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|----------|------------|----------------------|--------------------------|---------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | EXT | | MUI | | POU | | NEN | | | | n | % | | | | |
| CATEGORIA | n | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| ENFERMAGEM | ENF 4 | 4 | 100 | 3 | 75 | 1 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 100 | 2 | 50 | 1 | 25 |
| | TÉC 15 | 13 | 86,7 | 12 | 80 | 3 | 20 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 93,3 | 10 | 66,6 | 8 | 53,3 |
| | AUX 8 | 7 | 87,5 | 6 | 75 | 2 | 25 | 0 | 0 | 0 | 0 | 8 | 100 | 7 | 87,5 | 2 | 25 |
| ANESTESISTA | RES 12 | 3 | 25 | 5 | 41,7 | 5 | 41,7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 | 41,7 | 1 | 8,3 | 9 | 75 |
| | MÉD 25 | 10 | 40 | 10 | 40 | 14 | 56 | 1 | 4 | 0 | 0 | 11 | 44 | 0 | 0 | 16 | 64 |
| CIRURGIÕES | RES 14 | 2 | 14,3 | 8 | 57,1 | 5 | 35,7 | 1 | 7,1 | 0 | 0 | 5 | 35,7 | 0 | 0 | 14 | 100 |
| | MÉD 4 | 3 | 75 | 2 | 50 | 2 | 50 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 50 | 1 | 25 | 3 | 75 |
| TOTAL | 82 | 42 | 51 | 46 | 57,5 | 32 | 40 | 2 | 2,5 | 0 | 0 | 49 | 60 | 21 | 26 | 53 | 65 |

Fonte: Marques (2015)

Legenda: ENF= Enfermeiro(a); TÉC= Técnicos de Enfermagem; AUX= Auxiliar de Enfermagem; RES= Residentes; MED= Médicos; EXT= Extrema; MUI= Muita; POU= Pouca; NEN= Nenhuma

Os dados obtidos no presente estudo demonstram que apenas a metade dos profissionais participantes conhecem o Protocolo de Cirurgia Segura, dentre eles os que mais conhecem são os da equipe de enfermagem e os que menos conhecem são os residentes, tanto de anesthesiologia como de traumatologia, além disso, mostram que os poucos médicos cirurgões da traumatologia que participaram, o conhecem mais que os médicos anesthesiologistas.

Estes resultados podem ser consequência do maior envolvimento, valorização e divulgação do tema na equipe de enfermagem, que normalmente é a equipe que mais se preocupa em implantar recomendações dos organismos oficiais de saúde como é o caso das recomendações da OMS sobre os protocolos de cirurgia segura.⁵ Por outro lado, o não conhecimento dos residentes demonstra que temas importantes como este não estão sendo abordado de forma adequada no curso de residência do qual estão

participando, apesar de seus preceptores ou professores, médicos anesthesiologistas e traumatologistas, dizerem ter conhecimento sobre o assunto.

Por outro lado, apesar do não conhecimento do protocolo pelos residentes, quase a totalidade dos participantes disseram que ele é muito ou extremamente importante, fato que pode facilitar as ações institucionais para implementação do protocolo, apoiados pelas orientações para a Cirurgia Segura da OMS.⁵

Os dados também mostram que apenas os profissionais da enfermagem conhecem o *checklist* implantado no centro cirúrgico em questão, que apenas um quarto dos participantes tiveram treinamento sobre este *checklist* e que mais da metade deles tem dúvida quanto à aplicação do mesmo, sendo que os que mais têm dúvidas são os residentes e médicos das duas equipes. Estes resultados contrariam as recomendações de alguns autores quando comentam que instrumentos como as listas de checagem, comumente denominadas, segundo o termo anglicano, *checklist*, são considerados elementos-chave para a redução de erros.⁸

Fica evidente a necessidade de maior divulgação, melhor abordagem e mais discussões sobre o protocolo de Cirurgia Segura, entre os participantes do estudo. Neste sentido, alguns autores comentam que nos últimos anos, os estudos sobre a temática, revelam elevadas taxas de erros na área da saúde, iniciando a reflexão e discussão para que mudanças nesse cenário sejam alcançadas mundialmente.⁹

A pesquisa permitiu verificar se o *checklist* está sendo preenchido nas diferentes fases. Na primeira fase do protocolo (antes do início da anestesia – *Sign In*) apenas a equipe de enfermagem participa preenchendo um checklist composto por 13 itens. Os dados sobre o preenchimento deste formulário estão na tabela 2.

TABELA 2 - Número e porcentagem de respostas dos profissionais de enfermagem sobre o *checklist* institucional que deve ser preenchido na entrada do paciente no centro cirúrgico, segundo os itens que eles não preenchem - Uberlândia, 2015.

| ITEM DO QUESTIONÁRIO | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | |
|----------------------|------------------------|-----|--------------------------|----|
| | ENFERMEIRO (N= 4) | | TÉCNICO/AUXILIAR (N= 23) | |
| | n | % | n | % |
| 1 | 4 | 100 | 8 | 35 |
| 2 | 4 | 100 | 16 | 70 |
| 3 | 4 | 100 | 9 | 39 |
| 4 | 4 | 100 | 13 | 57 |
| 5 | 4 | 100 | 18 | 78 |
| 6 | 4 | 100 | 15 | 65 |
| 7 | 4 | 100 | 14 | 61 |
| 8 | 4 | 100 | 12 | 52 |
| 9 | 4 | 100 | 8 | 35 |
| 10 | 4 | 100 | 8 | 35 |
| 11 | 4 | 100 | 14 | 61 |
| 12 | 4 | 100 | 8 | 35 |
| 13 | 4 | 100 | 7 | 30 |

Fonte: dados deste estudo

Itens do questionário: 1) Confirmação dos dois identificadores do paciente (nome e prontuário) 2) Anamnese e exame físico 3) Relatório de enfermagem quando o paciente chega ao centro cirúrgico 4) Conferência se os exames complementares e de imagem que auxiliam o procedimento estão presentes 5) Conferência se foi feita a avaliação pré-anestésica 6)

Verificação da presença do consentimento anestésico 7) Verificação da presença do consentimento cirúrgico 8) Verificação se o sítio cirúrgico foi demarcado 9) Conferência do agendamento do paciente 10) Verificação em qual clínica o paciente está internado 11) Leitura da evolução clínica do paciente 12) Anotação do horário da chegada do paciente ao Centro Cirúrgico 13) Assinatura de seu nome e seu COREN.

Nesta tabela observamos que os enfermeiros participantes não checam nenhum dos 13 itens do *checklist*, portanto, não participam desta fase, que mais da metade dos técnicos e auxiliares de enfermagem não preenchem os itens 2, 4, 5, 6, 7, 8 e 11 e os demais itens também não são preenchidos por 30% a 39% destes profissionais. Assim, podemos afirmar que esta primeira fase do protocolo (antes do início da anestesia – *Sign In*) não está sendo realizada como deveria ser, ou seja, com 100% de preenchimento de todos os itens.

A segunda fase (antes da incisão na pele - *Time Out*) é subdividida em outros dois momentos: antes da indução anestésica, do qual participam a equipe de enfermagem e de anesthesiologistas e antes da incisão cirúrgica, deste participam todas as equipes: de enfermagem, anesthesiologistas e cirurgiões.

Na tabela 3 são apresentados os dados sobre o preenchimento do formulário no primeiro momento da segunda fase.

TABELA 3 - Número e porcentagem de respostas dos profissionais de enfermagem e da anestesiologia sobre o *checklist* institucional que deve ser preenchido antes da indução anestésica, segundo os itens que eles não preenchem - Uberlândia, 2015.

| Nº DO ITEM | ENFERMAGEM | | | | ANESTESIOLOGIA | |
|------------|------------------|-----|--------------------------|----|------------------------------|------|
| | ENFERMEIRO (n=4) | | TÉCNICO/AUXILIAR (n= 23) | | MÉDICOS E RESIDENTES(n = 37) | |
| | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 4 | 100 | 4 | 17 | 9 | 24,3 |
| 2 | 4 | 100 | 3 | 13 | 1 | 2,7 |
| 3 | 4 | 100 | 3 | 13 | 1 | 2,7 |
| 4 | 4 | 100 | 7 | 30 | 0 | 0 |
| 5 | 4 | 100 | 9 | 39 | 0 | 0 |
| 6 | 4 | 100 | 3 | 13 | 2 | 5,4 |
| 7 | 4 | 100 | 3 | 13 | 9 | 24,3 |
| 8 | 4 | 100 | 5 | 22 | 1 | 2,7 |
| 9 | 4 | 100 | 4 | 17 | — | — |
| 10 | 4 | 100 | 3 | 13 | — | — |
| 11 | 4 | 100 | 11 | 48 | — | — |
| 12 | 4 | 100 | 6 | 26 | — | — |
| 13 | 4 | 100 | 10 | 43 | — | — |
| 14 | 4 | 100 | 4 | 17 | — | — |
| 15 | 4 | 100 | 4 | 17 | — | — |
| 16 | 4 | 100 | 3 | 13 | — | — |
| 17 | 4 | 100 | 2 | 9 | — | — |
| 18 | 4 | 100 | 3 | 13 | — | — |
| 19 | 4 | 100 | 3 | 13 | — | — |

Fonte: dados deste estudo.

Itens do questionário da enfermagem: 1) confirmação dos do nome e prontuário do paciente 2) montagem de sala operatória de acordo com o procedimento agendado 3) verificação de todos os materiais, implantes e equipamentos específicos, se estão funcionando e disponíveis 4) nova conferência dos consentimentos anestésicos e cirúrgicos 5) nova verificação se o sítio cirúrgico foi demarcado 6) conferência se os materiais de vias aéreas estão presentes 7)

conferência do monitor/oxímetro de pulso no paciente 8) confirmação com o anestesista se a via aérea é difícil 9) conferência se os equipamentos de via aérea difícil estão disponíveis 10) verificação se o paciente possui algum tipo de alergia 11) Confirmação da profilaxia de trombo embolismo venoso 12) verificação se há necessidade de colocar meias elásticas no paciente 13) verificação se há necessidade de massageador intermitente 14) verificação com a equipe médica se há risco de grande perda sanguínea 15) conferência de reserva de sangue 16) conferência se há necessidade de acesso venoso calibroso/central 17) verificação se há dois acessos disponíveis 18) assinatura de seu nome e seu respectivo COREN 19) anotação do horário de entrada do paciente na sala.

Itens do questionário da anestesiologia: 1) Confirmação dos dois identificadores do paciente (nome e prontuário 2) Organização dos materiais anestésicos de acordo com o procedimento agendado 3) Verificação se todos os materiais e equipamentos necessários para o procedimento anestésico estão funcionando e disponíveis 4) Conferência se os materiais de vias aéreas estão presentes 5) Conferência se o monitor / oxímetro de pulso no paciente estão funcionando 6) Confirmação se a via aérea é difícil 7) Conferência se os equipamentos de via aérea difícil estão disponíveis 8) Verificação se o paciente possui algum tipo de alergia.

Os dados referentes ao preenchimento do *checklist* institucional da segunda fase do protocolo de cirurgia segura (antes da incisão na pele - *Time Out*) demonstram que no primeiro momento, antes da indução anestésica, os enfermeiros não participam do preenchimento, e nenhum dos itens são preenchidos por todos os técnicos e auxiliares e que apenas dois dos itens são preenchidos por todos os residentes e médicos da anestesiologia.

Na tabela 4 são apresentados os dados sobre o preenchimento do formulário no segundo momento da segunda fase.

TABELA 4 - Número e porcentagem de respostas dos profissionais de enfermagem, da anestesiologia e cirurgiões sobre o *checklist* institucional que deve ser preenchido antes da incisão cirúrgica, segundo os itens não preenchidos - Uberlândia, 2015.

| Nº DO ITEM | CATEGORIA PROFISSIONAL | | | | ANESTESIOLOGIA | | CIRURGIÕES | |
|------------|------------------------|-----|--------------------------|------|-------------------------------|------|-------------------------------|------|
| | ENFERMEIRO (n= 4) | | TÉCNICO/AUXILIAR (n= 23) | | MÉDICOS E RESIDENTES (n = 37) | | MÉDICOS E RESIDENTES (n = 18) | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 4 | 100 | 5 | 21,7 | 7 | 18,9 | 6 | 33,3 |
| 2 | 4 | 100 | 4 | 17,4 | 5 | 13,5 | 5 | 27,7 |
| 3 | 4 | 100 | 4 | 17,4 | 12 | 32,4 | 0 | 0 |
| 4 | 4 | 100 | 10 | 43,5 | — | — | 4 | 22,2 |
| 5 | 4 | 100 | 4 | 17,4 | — | — | 3 | 16,6 |
| 6 | 4 | 100 | 8 | 34,8 | — | — | 2 | 11,1 |
| 7 | 4 | 100 | 4 | 17,4 | — | — | 6 | 33,3 |
| 8 | 4 | 100 | 3 | 13,0 | — | — | 2 | 11,1 |
| 9 | 4 | 100 | 3 | 13,0 | — | — | 3 | 16,6 |
| 10 | 4 | 100 | 3 | 13,0 | — | — | — | — |
| 11 | 4 | 100 | 4 | 17,4 | — | — | — | — |
| 12 | 4 | 100 | 5 | 21,7 | — | — | — | — |
| 13 | 4 | 100 | 3 | 13,0 | — | — | — | — |
| 14 | 4 | 100 | 3 | 13,0 | — | — | — | — |
| 15 | 4 | 100 | 5 | 21,7 | — | — | — | — |
| 16 | 4 | 100 | 3 | 13,0 | — | — | — | — |
| 17 | 4 | 100 | 3 | 13,0 | — | — | — | — |

| | | | | | | | | |
|----|---|-----|---|------|---|---|---|---|
| 18 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | - | - | - | - |
| 19 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | - | - | - | - |
| 20 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | - | - | - | - |
| 21 | 4 | 100 | 2 | 8.7 | - | - | - | - |
| 22 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | - | - | - | - |

Fonte: dados deste estudo

Itens do questionário da enfermagem: 1) Apresentação verbal em sala operatória 2) Nova checagem dos dois identificadores do paciente (nome e prontuário) 3) Confirmação com a equipe médica o procedimento que será realizado 4) Nova verificação se o sítio cirúrgico foi demarcado 5) Conferência se foi administrado antibiótico profilático 6) Nova conferência se os exames relacionados estão disponíveis 7) Antecipação de eventos críticos 8) Conferência se todos os materiais e equipamentos estão estéreis e disponíveis 9) Assinatura de seu nome e seu respectivo COREN 10) Desenhar os locais dos eletrodos, placa de bisturi, garrote pneumático e incisão cirúrgica 11) Anotação do horário do início do garroteamento 12) Anotação do horário do término do garroteamento 13) Anotação tricotomia 14) Anotação do local que foi feito tricotomia 15) Anotação de quanto tempo foi feito tricotomia 16) Anotação de qual o material que foi utilizado para fazer a tricotomia 17) Anotação de como a pele foi preparada 18) Anotação se a antisepsia da pele foi feita com clorexidina, PVPI ou outro 19) Anotação se foi usada manta térmica 20) Anotação se foi usado colchão térmico 21) Anotação se foi usado protetor de calcâneo 22) Anotação do tipo de bisturi usado.

Itens do questionário da anestesiologia: 1) apresentação verbal em sala operatória 2) antecipação de momentos críticos do paciente 3) assinatura de seu nome e seu respectivo CRM no local indicado.

Itens do questionário dos cirurgiões: 1) apresentação verbal em sala operatória, falando seu nome e sua função 2) checagem dos dois identificadores do paciente (nome e prontuário) 3) confirmação do procedimento que será realizado 4) demarcação de sítio cirúrgico 5) conferência se foi administrado antibiótico 6) conferência se os exames relacionados estão disponíveis 7) antecipação de momentos críticos do paciente, tempos principais, riscos e perda sanguínea 8) conferência de reserva de sangue 9) assinatura de seu nome e seu respectivo CRM.

Os dados referentes ao preenchimento do *checklist* institucional da segunda fase do protocolo de cirurgia segura (antes da incisão na pele - *Time Out*) demonstram que no segundo momento, antes da incisão cirúrgica, os enfermeiros não participam do preenchimento, nenhum dos itens são preenchidos por todos os técnicos e auxiliares de enfermagem e nenhum dos itens são preenchidos por todos os participantes da equipe de anestesia e que apenas um dos itens do *checklist* é preenchido por todos os médicos e residentes de traumatologia.

A última fase (antes da saída do paciente da sala cirúrgica - *Sign Out*), participa apenas a equipe de enfermagem. No centro cirúrgico onde foi realizado a pesquisa, após esta última fase, existe mais um *checklist* denominado Registro de encaminhamento do paciente para a clínica, cujo preenchimento é feito apenas pela equipe de enfermagem e também foi abordado neste estudo. Na tabela 5 são apresentados os dados referentes a cada um destes momentos.

TABELA 5 - Número e porcentagem de respostas dos profissionais de enfermagem sobre o *checklist* institucional que deve ser preenchido antes da saída do paciente da sala de operação (terceira fase) e antes do encaminhamento para o setor de internação, segundo os itens que eles não preenchem - Uberlândia, 2015.

| Nº DO ITEM | ANTES DA SAÍDA DO PACIENTE DA SALA DE OPERAÇÃO | ANTES DO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA O SETOR DE INTERNAÇÃO |
|------------|--|--|
|------------|--|--|

| | ENFERMEIRO (n= 4) | | TÉCNICO/ AUXILIAR(n= 23) | | ENFERMEIRO (n= 4) | | TÉCNICO/ AUXILIAR (n= 23) | |
|----|----------------------|-----|-----------------------------|------|----------------------|-----|------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| 1 | 4 | 100 | 7 | 30.4 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 2 | 4 | 100 | 7 | 30.4 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 3 | 4 | 100 | 11 | 47.8 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 4 | 4 | 100 | 11 | 47.8 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 5 | 4 | 100 | 4 | 17.4 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 6 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 7 | 4 | 100 | 6 | 26.1 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 8 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 9 | 4 | 100 | 5 | 21.7 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 10 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | 4 | 100 | 7 | 30.4 |
| 11 | 4 | 100 | 5 | 21.7 | — | — | — | — |
| 12 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | — | — | — | — |
| 13 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | — | — | — | — |
| 14 | 4 | 100 | 5 | 21.7 | — | — | — | — |
| 15 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | — | — | — | — |
| 16 | 4 | 100 | 5 | 21.7 | — | — | — | — |
| 17 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | — | — | — | — |
| 18 | 4 | 100 | 3 | 13.0 | — | — | — | — |

Fonte: dados deste estudo

Itens do questionário antes da saída do paciente da sala de operação: 1) Contagem de compressas (Nº entregue e Nº recolhido) 2) Contagem de compressinhas (Nº entregue e Nº recolhido) 3) contagem de compressa gaze (Nº entregue e Nº recolhido) 4) Contagem de pérfuro cortantes (Nº entregue e Nº recolhido) 5) contagem de instrumentais (Nº entregue e Nº recolhido) 6) anotação se foi feito congelamento e o nome do profissional que fez 7) anotação se foi encaminhado alguma peça cirúrgica para a anatomia 8) identificação da peça cirúrgica quando é encaminhado para a anatomia 9) anotação se foi encaminhado alguma peça cirúrgica para Gram/Cultura 10) identificação da peça cirúrgica quando é encaminhado para a Gram/Cultura 11) anotação se foi encaminhada alguma peça cirúrgica para citologia 12) identificação da peça cirúrgica quando é encaminhado para a Citologia 13) conferência se a identificação da amostra/material é compatível com etiqueta do paciente 14) conferência se os soros de infusão, medicamentos e fluidos administrados ao paciente estão adequadamente identificados 15) conferência se a pulseira de identificação do paciente está presente 16) Recomendações de cuidados imediatos na RPA 17) assinatura de seu nome e seu respectivo COREN 18) Anotações de enfermagem do intra operatório.

Itens do questionário antes do encaminhamento para o setor de internação: 1) anotação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica acordado, adormecido, sonolento, intubado ou de outra forma 2) anotação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica com nebulizador e a quantidade de litros/minuto 3) anotação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica com cateter de O₂ e a quantidade de litros por minuto 4) anotação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica com sonda vesical de demora 5) a notação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica com sonda nasogástrica 6) anotação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica com dreno 7) anotação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica com cateter venoso central e o local 8) anotação se o paciente foi encaminhado da RPA para a clínica com cateter venoso periférico e o local 9) envio do prontuário completo 10) assinatura de seu nome e seu respectivo COREN no local adequado.

Os dados referentes ao preenchimento do *checklist* institucional da terceira fase do protocolo de cirurgia segura, antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign*

Out), demonstram que os enfermeiros não participam desta fase e que nenhum dos itens são preenchidos por todos os técnicos e auxiliares de enfermagem.

A análise dos dados referentes ao *checklist* a ser preenchido no momento do encaminhamento do paciente para o setor de internação, verificamos que os enfermeiros também não participam do preenchimento e que nenhum dos itens são preenchidos por todos os técnicos e auxiliares de enfermagem.

Numa análise geral dos dados deste estudo percebemos que a instituição elaborou, como recomenda a literatura, os *checklists* para as diferentes fases recomendadas pelo protocolo de cirurgia segura “antes do início da anestesia (*Sign In*), antes da incisão na pele (*Time Out*) e antes da saída do paciente da sala cirúrgica (*Sign Out*)”.^{4(p.22)} Porém, eles não são preenchidos corretamente pelos responsáveis

Assim, a instituição deverá identificar as causas da não adesão e tomar as providências para que os *checklists* tenham maior aceitação, considerando o que a aceitação dependerá do conhecimento adquirido pelos profissionais a respeito da eficácia da lista, da forma como a lista de verificação foi abordada e introduzida no setor, assim como dos resultados da experiência vivenciada por eles.¹⁰

A segurança é um dos critérios básicos para a garantia da qualidade da assistência ao paciente, sendo fundamental adotar estratégias para reduzir os erros e eventos adversos na Saúde. Estes erros podem ser prevenidos com a implantação de medidas simples e seguras que precisam ser divulgadas e adotadas.¹¹

Assim, numa análise geral das três fases, constatamos que os diferentes profissionais envolvidos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, residentes e médicos de anestesiologia e traumatologia, não estão realizando de forma adequada suas atribuições no protocolo de cirurgia segura, pois de todos os 102 itens dos 8 *checklists* que deveriam ser preenchidos, apenas 3 são preenchidos por todos os profissionais responsáveis, um pelos médicos e residentes de traumatologia e outros dois pelos residentes e médicos da anestesiologia.

Esta não adesão dos profissionais impede a garantia da segurança do paciente no procedimento cirúrgico, pois os vários itens fundamentais não são checados como: presença de exames, realização da avaliação pré-anestésica, presença do consentimento anestésico, do consentimento cirúrgico, confirmação dos dois identificadores do paciente (nome e prontuário) disponibilidade dos equipamentos de via aérea difícil, anotação dos horários do garroteamento, demarcação do sítio cirúrgico, contagem de instrumentais e compressas utilizadas, dentre outros. A falta de verificação destes pontos pode facilitar a ocorrência dos eventos adversos sérios, como cirurgia em local errado, cirurgia em paciente errado, procedimento cirúrgico errado, retenção de objeto estranho dentro do paciente e morte no per-operatório ou pós-operatório imediato.^{12,5}

CONCLUSÕES

O presente estudo nos permitiu concluir que a adesão dos profissionais ao protocolo de cirurgia segura nas cirurgias de traumatologia e ortopedia não ocorre como deveria, pois não há o preenchimento dos *checklists* de forma adequada.

Além disso foi constatado que: Apesar dos profissionais considerarem muito ou extremamente importante o protocolo de cirurgia segura, apenas a metade deles conhecem o protocolo, praticamente apenas a equipe de enfermagem conhece o *checklist* e apenas um quarto deles tiveram treinamento antes da implantação destes *checklists*; Os *checklists* das diferentes fases não estão sendo preenchidos

adequadamente; Os diferentes profissionais envolvidos, equipe de enfermagem, residentes e médicos de anestesiologia e traumatologia, não estão realizando adequadamente suas atribuições no protocolo de cirurgia segura.

Tais resultados nos permitem fazer algumas sugestões, tais como, a instituição deve identificar as causas da não adesão e tomar as providências necessárias para que os *checklists* tenham maior aceitação, investir no treinamento das equipes, promover o trabalho interdisciplinar e colaborativo, incluindo as chefias de cirurgia, de anestesiologia e de enfermagem e os gestores do hospital para que estas medidas sejam adotadas publicamente como uma prioridade na instituição.

Sabemos que transformar esta cultura existente no centro cirúrgico é um desafio a ser superado na prática através da orientação e conscientização das categorias profissionais, pois o uso efetivo do *checklist* é uma questão complexa que envolve diferentes grupos e opiniões sobre sua aceitação.

REFERENCIAS

1- WORD HEALTH ORGANIZATION: World Alliance for Patient Safety. **Taxonomy: The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety**. Final technical report. Genebra: 2009.

2- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 400, de 06 de dezembro de 1977. Dispõe sobre as normas e os padrões sobre construções e instalações de serviços de saúde. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 05 de dezembro de 1977 [acesso 2014 ago 18]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/12606-400.html>

3- KOHN, L.T., CORRIGAN, J.M., DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system**. Washington: National Academy Press. 2009.

4- PANESAR, S. S.; NOBLE, D. J.; MIRZA, S. B.; PATEL, B.; MANN, B.; EMERTON, M. Can the surgical checklist reduce the risk of wrong site surgery in orthopedics? - can the checklist help? Supporting evidence from analysis of a national patient incident reporting system. **Journal of Orthopedic Surgery and Research**, v. 6, n.18, p.1-7, abril, 2011.

5- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Manual de Orientações da OMS para a Cirurgia Segura**, Cirurgia Segura Salva Vidas. Rio de Janeiro: 2009.

6- COWELL, R. H. Wrong-Site Surgery. **The Journal of Bone and Joint Surgery American**, v. 80, n.4, p.463-463, abril, 1998.

7- PAGANO, M. **Princípios de bioestatística**. Tradução de Luiz Sérgio de Castro Paiva: revisão técnica de Lúcia Pereira Barroso. São Paulo: Cengage Learning, 2011.

8- WEISER, T. G.; BERRY, W. R. Review article: Perioperative checklist methodologies Article de synthèse: La méthodologie des listes de contrôle périopératoires. **J Can Anesth**, [s.v], n. 60, p.136–142, 2013.

9- PIRES, M. P. O.; PEDREIRA, M. L. G.; PETERLINI, M. A. S. Cirurgia segura em pediatria: elaboração e validação de *checklist* de intervenções pré-operatórias. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, [8 telas], set/out 2013.

10- CORREGGIO, T. C. **Recomendações para utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica da organização mundial da saúde em um hospital universitário**. [tese]. Florianópolis (SC): Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina. Mestrado em Tecnologias e Inovações do Cuidado; 2012.

11- VENDRAMINI, R. C. R.; SILVA, E. A.; FERREIRA, K. A. S. L. POSSARI, J. F.; BAIA, W. R. M. Segurança do Paciente em Cirurgia Oncológica: Experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. **Rev. da Esc. De Enfermagem da USP**, v.44, n. 3, p. 827–832, 2010.

12-KIZER, K. W.; STEGUN, M. B. **Serious Reportable Adverse Events in Health Care**. National Center for Biotechnology Information, U.S. National Library of Medicine, Rockville Pike, Bethesda MD, USA: Agency for Healthcare Research and Quality Publication; 2005.

13- WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE SOB VENTILAÇÃO MECÂNICA NA ÓPTICA DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Willian Rander de Paula¹; Juliana Gonçalves Silva de Mattos²; Ângela Maria Drumond Lage³.

¹Enfermeiro. Graduado pelo Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – UNICERP. Email: williarander12@hotmail.com.

²Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do triângulo Mineiro - UFTM. Docente do Curso de Enfermagem e Fisioterapia do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – UNICERP.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade de Minas Gerais – UFMG. Coordenadora e docente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – UNICERP.

RESUMO

Introdução A equipe de enfermagem (EE) deve estar preparada e capacitada a prestar uma assistência aos pacientes sob ventilação mecânica (VM). **Objetivo** Objetivou-se identificar o conhecimento da EE relativo aos cuidados com os pacientes sob VM. **Metodologia** Estudo quantitativo, realizado com a EE de Unidade de Terapia Intensiva de um município mineiro. **Resultados** Identificou-se que a maioria dos membros da equipe era mulher, entre 20 e 37 anos de idade, com tempo de serviço no setor menor que cinco anos, com conhecimento sobre VM adquirido na graduação ou curso técnico. Afirmaram que a aspiração é o procedimento mais realizado no período de alimentação ou pós-alimentação, ou na presença de secreções no tubo orotraqueal; que a pneumonia era reconhecida como a complicação mais incidente e existência de educação permanente pelo Serviço de Controle de Infecções Hospitalares foi considerada de excelência pela maior parte da equipe. Quanto à autoavaliação da assistência, grande parte a considerou como excelente. **Conclusão** A VM é um suporte de vida disponível para assessorar o padrão ventilatório daqueles pacientes com comprometimento no processo da hemostase pulmonar, garantindo com eficiência e eficácia as necessidades metabólicas e hemodinâmicas do indivíduo. Esta investigação contribuiu para que os profissionais de enfermagem possam aumentar os cuidados aos pacientes sob VM, já que acredita-se que o conhecimento dos profissionais que prestam assistência aos pacientes em UTI, principalmente, àqueles que estão sob VM, deve ser extenso, contínuo e multidisciplinar na intenção de promover a saúde. Por isso, manter esta disciplina na grade curricular dos cursos de enfermagem é de suma importância, assim como desenvolver pesquisas científicas nesta temática.

Descritores: Respiração artificial. Ventiladores mecânicos. Cuidados de enfermagem. Educação continuada. Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

O processo respiratório humano, considerado vital, se faz através do complexo sistema respiratório que objetiva a realização da hematose pulmonar (LACERDA, 2009). Quando comprometido o indivíduo não consegue realizar naturalmente a troca gasosa fazendo-se necessária a utilização da Ventilação Mecânica (VM) (SIMON, 2010).

Ressalta-se que a assistência de enfermagem em UTI segue a evolução clínica e tecnológica dos cuidados específicos indispensável aos pacientes críticos (SIMON, 2010). Assim, há a necessidade de organização do ambiente laboral onde a demanda é de alta complexidade e intensidade, tornando a detecção de sinais/sintomas precoces um importante aliado para um prognóstico positivo dos pacientes.

A pneumonia associada à ventilação mecânica (PAVM) tem levado muitos pacientes a óbito, pois ela surge como uma infecção do parênquima pulmonar comprometendo brônquios e alvéolos após 48 a 72 horas de VM (SOUZA; CAMARGO; BRASILEIRO, 2010).

Neste cenário, uma equipe de multidisciplinar e de qualidade na UTI faz-se relevante para as tomadas de decisão e ações administrativas e assistenciais que envolvem o suporte ao paciente sob VM. O enfermeiro é o membro da equipe de saúde que mantém maior contato com o paciente, além de possuir em sua formação conhecimentos técnico-científicos sobre as variáveis que envolvem este procedimento (SIMON, 2010).

A equipe de enfermagem (EE) deverá prestar uma assistência ao paciente sob VM sob alguns cuidados que ajudarão o paciente a obter rápida melhora do seu quadro clínico, além de orientar o paciente quanto à terapêutica adotada, pelo fato de que a participação do mesmo na terapia de VM auxilie na obtenção de resultados significativos frente às condutas adotadas (SIMON, 2010).

OBJETIVOS

Desta forma, objetivou-se identificar o conhecimento da equipe de enfermagem (EE) relativo à assistência aos pacientes sob Ventilação Mecânica (VM), acreditando que o papel da EE seja fundamental para a manutenção e assistência ao paciente, evitando assim lesões estruturais no aparelho respiratório, infecções e, ainda, uma remoção precoce deste equipamento, o que pode agravar o seu estado de saúde.

METODOLOGIA

Estudo descritivo, quantitativo, de delineamento transversal, realizado com a equipe de enfermagem da Santa Casa de Misericórdia do município de Patrocínio – MG (SCMP), entre os meses de junho a agosto de 2012, sob a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (COEP-UNICERP) sob número 20121450ENF031.

Participaram deste estudo toda a EE que atuava no setor referido, tendo como critérios inclusivos os participantes que trabalhavam na UTI há mais de seis meses, que tinham vínculo empregatício com a SCMP, sendo técnico em enfermagem ou enfermeiro e assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados após a autorização do COEP e do responsável administrativo da SCMP seguindo a Resolução 466/12 no intuito de garantir o controle de qualidade e o registro fidedigno dos dados coletados, por meio da aplicação de um questionário individual, autoaplicável, elaborado pelo pesquisador.

Para análise dos dados, utilizou-se a estatística descritiva (frequências relativas e absolutas), onde os dados obtidos na coleta foram digitados em planilhas do Microsoft Excel® para formatação de um banco de dados, e divulgados na forma de consolidado, em tabelas de contingência, não contendo variáveis de identificação pessoal.

RESULTADOS

Dos 21 profissionais que atuavam na UTI da SCMP, apenas 13 técnicos de enfermagem (81,2%) e quatro enfermeiros (80,0%) aceitaram participar da pesquisa, assinando o TCLE. Destes, 41,0% eram do sexo masculino e 59,0% do sexo feminino, com idade variando entre 20 e 37 anos. A maioria dos participantes (64,7%) afirmou um tempo de serviço no setor entre seis meses e cinco anos e seis meses. Apenas 05,8% afirmaram possuir mais de 16 anos no mesmo setor. Quanto ao contato com a temática durante a formação profissional, 52,9% afirmaram que tiveram através de palestras, mini-cursos ou vivências clínicas.

No âmbito da UTI os procedimentos invasivos são frequentes, deixando portas abertas para as infecções hospitalares (NUNES; MIRANDA; BRASILEIRO, 2010). A intubação orotraqueal (IOT) é indicativa muito comum na UTI, mesmo reduzindo as defesas naturais do trato respiratório (OLIVEIRA et al., 2012) (TAB. 1).

Tabela 1 – Indicação de intubação orotraqueal, segundo participantes. Patrocínio - MG, 2012.

| Citação por profissionais | FA | FR(%) |
|--------------------------------------|----|-------|
| Rebaixamento do nível de consciência | 07 | 41,1 |
| Insuficiência respiratória | 16 | 94,0 |
| Parada Cardiorrespiratória | 10 | 58,8 |
| Anestesia geral e cirurgias | 06 | 35,2 |

Fonte: Os autores (2012).

Neste contexto, os cuidados de enfermagem fazem-se relevantes quando pautadas em técnicas padronizadas (SILVA; NASCIMENTO; SALLES, 2014), e mediante o reconhecimento dos materiais necessários para o procedimento (TAB. 2).

Tabela 2 – Materiais utilizados pelos participantes para IOT. Patrocínio - MG, 2012.

| Citação por profissionais | FA | FR (%) |
|------------------------------------|----|--------|
| Laringoscópio | 11 | 64,6 |
| Tubo traqueal | 13 | 76,4 |
| Seringa de 20ml para inflar o cuff | 11 | 64,6 |
| Material para aspiração | 10 | 58,8 |
| Sistema de respiração manual | 05 | 29,4 |
| Máscara facial | 09 | 52,9 |
| Fio guia | 12 | 70,5 |
| Malha para fixação do IOT | 12 | 70,5 |
| Luva esterilizada | 07 | 41,1 |

Fonte: Os autores (2012).

Identificou-se 41,1% dos participantes utilizando luvas esterilizadas, que fazem parte da lista de materiais básicos para este procedimento (PASSOS; VOLPATO, 2014) e 88,2% afirmando que a aspiração é indicada no período de alimentação ou pós-alimentação, ou ainda quando se observar secreções no TOT. A posição recomendada para a fixação do tubo no paciente foi demonstrada na Tabela 3, onde se observou uma satisfatória incompletude das respostas, por motivos não identificados.

Para realizar esta fixação, todos os participantes afirmaram utilizar a malhar tubular, sendo que o fixador próprio foi citado apenas por 05,8% devido ao seu alto custo.

Tabela 3 – Conhecimento dos participantes quanto à recomendação para a fixação do TOT na cavidade oral. Patrocínio - MG, 2012.

| Local de fixar o TOT | FA | FR (%) |
|---|-----------|---------------|
| Lateral da cavidade oral | 06 | 35,2 |
| No meio da cavidade oral | 02 | 11,7 |
| No nível do dente incisivo central superior | 01 | 05,8 |
| Conforme indicação no TOT | 01 | 05,8 |
| Do lado onde se encontra o respirador | 01 | 05,8 |
| Não respondeu ou não sabe | 06 | 35,2 |
| Total | 17 | 100,0 |

Fonte: Os autores (2012).

Quanto à realização da higiene oral, observou-se que 52,9% não souberam definir a classe destes produtos para o procedimento, citando apenas a marca comercial do produto. A clorexidina aquosa a 0,50% e 0,12% foi citada por 47,0% dos participantes. À frequência do procedimento, 70,5% afirmaram que a higiene oral deve ser realizada três vezes ao dia. Sobre o antisséptico pós-higienização oral, todos responderam que o recomendado é a clorexidina bucal sob concentração de 0,12%.

A grande discussão na literatura é sobre a pressão adequada do cuff. Porém, observou-se conhecimento satisfatório dos participantes sobre o assunto (TABELA 4). Citaram a pneumonia (82,3%), as alterações gastrointestinais (23,5%), as lesões na cavidade oral (11,7%), o barotrauma e a atelectasia (05,8%) como as complicações mais frequentes.

Tabela 04 – Relevância da pressão do cuff, segundo participantes. Patrocínio - MG, 2012.

| Importância da pressão do cuff | FA | FR (%) |
|---|-----------|---------------|
| Para não lesionar a traquéia | 09 | 52,9 |
| Para evitar danos às vias respiratórias | 02 | 11,7 |
| Para evitar lesão na glote | 01 | 05,8 |
| Para evitar que o paciente extubado | 03 | 17,6 |
| Para evitar o surgimento de doenças | 02 | 11,7 |

Fonte: Os autores (2012).

Todos participantes afirmaram existir treinamentos, capacitações e orientações quanto aos cuidados com o paciente sob VM, sendo que 58,8% afirmaram que estas

capacitações geralmente acontecem por parte dos enfermeiros do Serviço de Controle de Infecções Hospitalares (SCIH) e são consideradas de excelência (52,9%).

Ao solicitar uma autoavaliação quanto à assistência prestada aos pacientes sob VM, 47,0% consideraram sua assistência “excelente”, enquanto que 35,2% a considerou “muito boa” e 17,6% a considerou “boa”.

CONCLUSÃO

A VM é um suporte de vida disponível para assessorar o padrão ventilatório daqueles pacientes com comprometimento no processo da hemostase pulmonar, garantindo com eficiência e eficácia as necessidades metabólicas e hemodinâmicas do indivíduo. Neste contexto, a assistência de enfermagem faz-se relevante, principalmente no que tange a capacitação e treinamento, evolução clínica e tecnológica, que envolve o processo do cuidado dos pacientes críticos, evitando prejuízos como lesões ou aparecimento de outras patologias oportunistas que agrave o estado de saúde do paciente. As experiências podem contribuir para o planejamento de ações e protocolos que avaliem as necessidades dos pacientes, tornando o profissional da enfermagem mais ativo e vigilante, humanizando a assistência.

Esta investigação contribuiu para que os profissionais de enfermagem possam aumentar os cuidados aos pacientes sob VM, já que acredita-se que o conhecimento dos profissionais que prestam assistência aos pacientes em UTI, principalmente, àqueles que estão sob VM, deve ser extenso, contínuo e multidisciplinar na intenção de promover a saúde. Por isso, manter esta disciplina na grade curricular dos cursos de enfermagem é de suma importância, assim como desenvolver pesquisas científicas nesta temática.

REFERENCIAS

AMATO, M. **Principios de la ventilación mecánica**. Barcelona (ESP): Publicaciones Permanyer. 1998.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil). Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 25 fev. 2010; seção1.

BERALDO, C. C.; ANDRADE, D. Higiene bucal com clorexidina na prevenção de pneumonia associada à ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 34, n. 9, p. 707–14, 2008. Disponível em: <http://www.jbp.org.br/PDF/2008_34_9_12_portugues.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2016.

CAMELO, S. H. H.; et al. Perfil profissional de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva de um hospital de ensino. **Ciencia y Enfermeria**, n. 3, p. 51–62, 2013.

CASTELLÕES, T. M. F. W.; SILVA, L. D. Guideline for nursing care in the prevention of accidental extubation. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, n. 1, p. 106–109, 2007.

GUERRER, F. J. L.; BIANCHI, E. R. F. Caracterização do estresse nos enfermeiros de unidades de terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 2, p. 355–62, 2008.

HESS, D. R. The evidence for noninvasive positive-pressure ventilation in the care of patients in acute respiratory failure: a systematic review of the literature. **Respiratory Care**, v. 49, n. 7, p. 810–829, jul. 2004.

JERRE, G.; et al. III Consenso Brasileiro de Ventilação Mecânica. Fisioterapia no paciente sob ventilação mecânica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 33, Supl. 2, p. 142 -150, 2007.

LACERDA, R. A. M. V. **Apostila de anatomia e fisiologia humanas**. Teófilo Otoni: Faculdade e Escola Técnica Egídio José da Silva, 2009. 66-72 p.

MARTINS, A. V.; et al. Arquivos Catarinenses de Medicina ISSN (impresso). v. 43, n. 1, p. 90–96, 2014. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/1280.pdf>>. Acesso em: 3 jun. 2016.

MELO, E. M.; et al. Cuidados de enfermagem ao utente sob ventilação mecânica internado em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem Referência**, n. 1, p. 55-63, 2014.

NEPOMUCENO, R. M.; SILVA, L. D. Pesquisa bibliográfica dos sistemas de vigilância em ventilação mecânica: o estado da arte na enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 191–199, 2007.

NUNES, L. V. F.; MIRANDA, L. N.; BRASILEIRO, M. E. Principais Infecções Hospitalares que se desenvolvem nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e quais os procedimentos básicos para evitar sua proliferação—Revisão bibliográfica. **Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]**, 2010.

OLIVEIRA, P. C. R.; et al. Incidence and primary causes of unplanned extubation in a neonatal intensive care unit. **Revista Brasileira de terapia intensiva**, v. 24, n. 3, p. 230–235, 2012.

PASSOS, V. C. S, VOLPATO, A. C. B., organizador. **Técnicas Básicas de enfermagem**. 4. ed. São Paulo: Martinari; 2014.

PEREIRA, J. G, OLIVEIRA, M. A. C, YAMASHITA, C. H. Identidade Profissional da Enfermeira no Brasil: Passado, Presente e Futuro In: Anais do Congresso Internacional de Humanidades e Humanização em Saúde; 2014; São Paulo, Brasil. São Paulo: Blucher; 2014. p. 89.

PENITENTI, R. M.; et al. Cuff pressure control in intensive care unit: training effects. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 22, n. 2, p. 192–195, 2010.

PRETO, V. A.; PEDRÃO, L. J. O estresse entre enfermeiros que atuam em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 4, p. 841–848, 2009.

RODRIGUES, Y. C. S. J.; et al. VENTILAÇÃO MECÂNICA: EVIDÊNCIAS PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 4, p. 789–795, 2012.

SANTOS, V. F. R.; FIGUEIREDO, A. E P. L. Intervenção e atividades propostas para o diagnóstico de enfermagem-ventilação espontânea prejudicada. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 824–30, 2010.

SIMON, D. **Ventilação mecânica na produção científica de enfermagem**. Uruguaiana. Monografia [Graduação em Enfermagem] – Universidade Federal do Pampa; 2010.

SILVA, S. G.; NASCIMENTO, E. R. P.; SALLES, R. K. Ventilator-associated pneumonia: discourse of professionals about prevention. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 18, n. 2, 2014.

SOUZA, R. T.; CAMARGO, K. C.; BRASILEIRO, M. E. Proposta de um protocolo para assistência de enfermagem na prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica em unidade de terapia intensiva. **Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos e Nutrição**, v. 1, p. 1–16, 2010.

TABLAN, O. C.; et al. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. **Morbidity and Mortality Weekly Report Recommendations**, v. 1, no.1, p. 1- 36, 2004.

TALLO, F. S.; et al. Intubação orotraqueal e a técnica da sequência rápida: uma revisão para o clínico. **Revista Brasileira de Clínica**, n. 9, p. 211–217, 2011.

RELAÇÃO ENTRE PARTO PREMATURO, INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO, USO DE CORTICOIDE ANTENATAL, E CONSULTAS PRÉ-NATAIS

Caroline Santos Ribeiro¹; Lori Anisia Martins de Aquino²

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU). Email: carol_santos_ribeiro@hotmail.com;

²Enfermeira. Mestre em Educação. Docente do Curso Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU).

Introdução: O parto prematuro pode ser resultante de inúmeras situações que podem levar a gestante a apresentar contrações uterinas antes de 37 semanas de idade gestacional. Dentre os fatores etiológicos relacionados ao parto pré-termo, encontram-se a ausência de cuidados durante o período pré-natal, a infecção do trato urinário (ITU), a amniorrexe prematura, as hemorragias uterinas, dentre outros. Em virtude de sua multifatorialidade, torna-se complexa a escolha de um tratamento único e eficaz para evitar o nascimento prematuro. Assim, podem ser utilizadas diversas medidas capazes de melhorar o prognóstico do parto prematuro, tais como o uso de corticosteroides, para a maturação pulmonar; de sulfato de magnésio, para neuroproteção; entre diversos outros. **Objetivo:** Investigar a ocorrência de partos prematuros; caracterizar os partos prematuros quanto ao número de consultas pré-natais realizadas e à duração da gestação; e descrever a ocorrência de infecção do trato urinário durante a gestação e o uso de corticoide antenatal. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva e descritiva, realizada em um hospital público mineiro, incluindo o período de Janeiro a Junho de 2015, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram analisados 147 prontuários de recém-nascidos prematuros (RNPT), com base em um formulário elaborado pelas pesquisadoras. O número de gestantes incluídas em tal pesquisa, e que constituíram a amostra do estudo correspondeu a 140 gestantes. A diferença em relação ao número de RNPT se deve à ocorrência de casos de trigemelaridade e de gemelaridade, sendo que as respectivas mães foram incluídas na amostra uma única vez. **Resultados:** Encontrou-se que, dentre as 140 gestantes participantes, a maioria (42,86%) realizou de 4 a 6 consultas de pré-natal, com uma pequena quantidade de gestantes sem nenhum tipo de acompanhamento pré-natal (2,86%). O parto prematuro foi predominante na faixa entre 35 e 36 semanas completas de idade gestacional (36,43%); e a idade gestacional inferior a 22 semanas no momento do parto foi a menos frequente (7,86%). Constatou-se que a maioria das gestantes (57,14%) não apresentou ITU; e dentre aquelas que apresentaram essa infecção, o maior registro de ocorrência foi no primeiro trimestre da gestação (12,86%), apresentando episódio único de ITU; e em 4,28% a ITU se repetiu no primeiro e em outros trimestres da gestação. A ocorrência de episódios únicos de ITU no segundo e terceiro trimestres da gestação foram registrados em 10,71% das gestantes, respectivamente. A maioria das gestantes (54,29%) não fez uso de corticoide antenatal; e dentre as que utilizaram, predominou a administração de betametasona (35,71%). Quanto à quantidade de doses de corticoide administrado durante o período antenatal, predominou a aplicação de duas doses (29,28%); e uma minoria (2,86%) recebeu três ou mais doses. **Conclusão:** Acreditamos que a etiologia do parto prematuro é complexa e engloba diversos fatores causais, o que constitui uma das principais razões para o surgimento de falhas na prevenção do mesmo. Diante disso, deve-se adotar estratégias para eliminar os fatores

de risco, e, ao mesmo tempo, implementar intervenções efetivas, visando a redução da sua ocorrência e das complicações do parto prematuro.

INTRODUÇÃO

O parto prematuro é definido como a ocorrência do nascimento antes do termo, ou seja, crianças nascidas antes de completar a maturidade fetal. A característica mais utilizada para classificá-lo é de ordem cronológica: nascimento antes de 37 semanas de gestação, contadas a partir do primeiro dia do último período menstrual (MONTENEGRO, 2008, apud ALMEIDA et al., 2012; PORTO et al., 2013).

A etiologia do parto prematuro é complexa e engloba um conjunto de elementos inter-relacionados, tais como fatores ambientais; epidemiológicos (baixo nível socioeconômico, falta de higiene, gravidez em extremos de idade, ou seja, antes dos 17 anos ou acima dos 35 anos, desnutrição ou dieta desequilibrada, baixo peso pré-gestacional, uso de álcool, drogas e fumo e questões psicossociais); história reprodutiva da gestante; características biológicas maternas ao engravidar; condições da gestação; presença de assistência ao pré-natal; intercorrências durante o período gestacional; características fetais; dentre outros (SILVA et al., 2009; SOUZA; CAMANO, 2003).

Dentre os fatores obstétricos mais prevalentes entre as causas do parto prematuro, estão história prévia de parto prematuro; rotura prematura das membranas; alterações hormonais; infecção amniótica; sangramentos genitais a partir do segundo trimestre de gestação; incompetência istmo-cervical; malformações fetais e placentárias; gemelaridade e polidrâmnio (BAQUIÃO, 2011; SOUZA; CAMANO, 2003).

Já no que diz respeito aos fatores ginecológicos, os mesmos autores afirmam que os mais predominantes, geralmente, são as amputações do colo uterino; miomas; malformações uterinas e fatores clínico-cirúrgicos, tais como as doenças clínicas maternas preexistentes à gestação; infecções do trato genitourinário e a realização de procedimentos cirúrgicos durante a gestação.

Assim, em virtude de sua multifatorialidade, torna-se complexa a escolha de uma estratégia terapêutica única e eficaz para evitar o parto prematuro, de modo que podem ser utilizadas diversas medidas capazes de melhorar o prognóstico do parto pré-termo, tais como o uso de corticosteroides, para a maturação pulmonar; de sulfato de magnésio, para neuroproteção; entre diversos outros (CORRÊA JÚNIOR; PATRÍCIO; FÉLIX, 2013).

Além disso, com o objetivo de se reduzir as taxas de parto pré-termo, deve-se adotar estratégias para eliminar os fatores de risco, assim como implementar intervenções efetivas, relacionadas diretamente à prevenção, tais como orientar a gestante a esperar um intervalo de 18 a 24 meses entre uma gestação e outra; realizar acompanhamento pré-natal; identificar e tratar miomas uterinos; pesquisar e tratar infecção do trato genitourinário e bacteriúria assintomática. Essas constituem medidas a serem adotadas pelos profissionais da área da saúde no sentido de prevenir a ocorrência do parto pré-termo (CORRÊA JÚNIOR et al., 2013).

Nesse sentido, a pesquisa foi norteada pelas seguintes questões: qual a ocorrência de infecção do trato urinário (ITU) entre as gestantes que apresentaram parto prematuro? Em qual trimestre gestacional ocorreu a ITU? Qual a idade gestacional no momento em que a gestação foi interrompida? Qual a frequência de administração de corticóide antenatal nas gestantes que tiveram parto prematuro? Qual

corticóide foi usado como de primeira escolha e quantas doses do mesmo foram administradas? Essas mães fizeram acompanhamento pré-natal?

OBJETIVOS

Tal pesquisa apresenta como objetivo geral: investigar a ocorrência de partos prematuros em um hospital público de Minas Gerais. E tem como objetivos específicos: caracterizar os partos prematuros quanto ao número de consultas pré-natais realizadas e à duração da gestação; e também descrever a ocorrência de infecção do trato urinário durante a gestação e o uso de corticoide antenatal.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de cunho documental, retrospectiva e descritiva.

Por se tratar de uma pesquisa do tipo documental, os dados que compuseram tal estudo foram fornecidos pelo setor de Estatísticas e Informações Hospitalares, através do número dos prontuários dos recém-nascidos (RNs) pré-termo nascidos em um hospital público de Minas Gerais, no período de Janeiro a Junho do ano de 2015.

A coleta dos dados aqui relatados foi realizada nos prontuários arquivados no Setor de Arquivo Médico do referido hospital. Portanto, a classificação que tal pesquisa recebeu de ser considerada retrospectiva está no fato de que os dados que compuseram a amostra foram referentes a um período de tempo já decorrido.

Tal pesquisa foi voltada especificamente para os recém-nascidos pré-termo (RNPT) que permaneceram internados nos seguintes setores: Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, berçário e alojamento conjunto. A população do estudo foi composta por todos os prontuários dos recém-nascidos submetidos ao parto prematuro no período estipulado pelas pesquisadoras no referido hospital público de Minas Gerais.

Foi fornecido pelo Setor de Estatísticas e Informações Hospitalares um relatório contendo 151 prontuários. Foram excluídos da pesquisa três prontuários, por conterem informações insuficientes durante os seis primeiros dias de vida do RN, e um prontuário, por não ter sido localizado pelo Setor de Arquivo Médico do hospital. Sendo assim, foram analisados 147 prontuários de RNPT, com base em um formulário elaborado pelas próprias pesquisadoras.

O número de mães incluídas em tal pesquisa, e que constituiu a amostra de desse estudo correspondeu a 140 gestantes. A diferença em relação ao número de RNPT se deve à ocorrência de um caso de trigemelaridade e cinco casos de gemelaridade, visto que essas respectivas mães foram incluídas na amostra uma única vez.

A coleta de dados teve início somente após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com número do CAAE: 47608015.9.0000.5152, para o Parecer CEP nº1.213.006, em 02 de setembro de 2015.

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram analisados de forma quantitativa, por meio da estatística simples, com base nos dados maternos obtidos por meio de um formulário utilizado para analisar os prontuários dos neonatos nascidos de parto prematuro em um Hospital

Público de Minas Gerais, no período de Janeiro a Junho de 2015. Os resultados serão apresentados a seguir na forma de tabelas.

A Tabela 1 abaixo retrata o número de consultas de pré-natal realizadas pelas gestantes submetidas ao parto prematuro.

Tabela 1 - Distribuição das gestantes submetidas ao parto prematuro de acordo com o número de consultas de pré-natal realizadas, Minas Gerais, 2015.

| Consultas pré-natais | Sujeitos (n=140) | |
|----------------------|------------------|------------|
| | Nº | % |
| Nenhuma | 4 | 2,86 |
| De 1 a 3 | 12 | 8,57 |
| De 4 a 6 | 60 | 42,86 |
| De 7 a 9 | 45 | 32,14 |
| 10 ou mais | 19 | 13,57 |
| TOTAL | 140 | 100 |

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2015.

De acordo com a Tabela 1, observa-se que, dentre o total de 140 gestantes, a maior parte (42,86%) realizou de 4 a 6 consultas de pré-natal.

Na Tabela 2 a seguir, observa-se a idade gestacional em que a gestação foi interrompida entre as mulheres que apresentaram parto prematuro.

Tabela 2 - Distribuição das gestantes submetidas ao parto prematuro de acordo com a idade gestacional, Minas Gerais, 2015.

| Idade Gestacional | Sujeitos (n=140) | |
|----------------------|------------------|------------|
| | Nº | % |
| menor que 22 semanas | 8 | 5,71 |
| De 22 à 31 semanas | 42 | 30 |
| De 32 à 34 semanas | 39 | 27,86 |
| De 35 à 36 semanas | 51 | 36,43 |
| TOTAL | 140 | 100 |

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2015.

Com base na Tabela 2, pode-se observar que o parto prematuro foi predominante (64,28%) na faixa entre 32 e 36 semanas completas de idade gestacional; e a idade gestacional inferior a 22 semanas no momento do parto foi a menos frequente (5,71%).

A Tabela 3 revela o número de gestantes que apresentaram infecção o trato urinário (ITU) e o trimestre gestacional em que esta ocorreu.

Tabela 3 - Distribuição das gestantes submetidas ao parto prematuro segundo o trimestre gestacional em que ocorreu a ITU, Minas Gerais, 2015.

| Trimestre Gestacional | Sujeitos (n=140) | |
|-----------------------|------------------|---|
| | Nº | % |

| | | |
|----------------------------------|------------|------------|
| Nenhum | 80 | 57,14 |
| Primeiro Trimestre | 18 | 12,86 |
| Segundo Trimestre | 15 | 10,71 |
| Terceiro Trimestre | 15 | 10,71 |
| Primeiro e Terceiro Trimestres | 2 | 1,43 |
| Primeiro e Segundo Trimestres | 1 | 0,71 |
| Segundo e Terceiro Trimestres | 3 | 2,14 |
| Todos os Trimestres Gestacionais | 3 | 2,14 |
| Informação incompleta | 3 | 2,14 |
| TOTAL | 140 | 100 |

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2015.

Observa-se por meio da Tabela 3 que a maioria das gestantes (57,14%) não apresentou ITU; e dentre aquelas que apresentaram essa infecção, o maior registro de ocorrência foi no primeiro trimestre da gestação (12,86%), apresentando episódio único de ITU.

A Tabela 4 apresentada a seguir revela a quantidade de gestantes que fizeram uso de corticóide antenatal e, para aquelas que fizeram uso dessa medicação, qual foi o corticóide de escolha a ser administrado.

Tabela 4 - Distribuição das gestantes submetidas ao parto prematuro conforme uso de corticóide antenatal, Minas Gerais, 2015.

| Corticóide Antenatal | Sujeitos (n=140) | |
|-----------------------------|-------------------------|------------|
| | Nº | % |
| Não administrado | 76 | 54,29 |
| Betametasona | 50 | 35,71 |
| Dexametasona | 9 | 6,43 |
| Betametasona + Dexametasona | 2 | 1,43 |
| Sem Informação | 3 | 2,14 |
| TOTAL | 140 | 100 |

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2015.

A Tabela 4 mostra que a maioria das gestantes não fez uso de corticóide antenatal (54,29%); e, dentre as que utilizaram, predominou a administração da Betametasona como corticoide de primeira escolha (35,71%).

A Tabela 5 descreve a quantidade de doses de corticóide administradas durante o período antenatal, nas gestantes que apresentaram parto prematuro.

Tabela 5 - Distribuição das gestantes submetidas ao parto prematuro de acordo com o número de doses de corticóide antenatal, Minas Gerais, 2015.

| Nº de doses de corticóide | Sujeitos (n=140) | |
|----------------------------------|-------------------------|----------|
| | Nº | % |
| Nenhuma | 76 | 54,29 |
| Uma dose | 16 | 11,43 |
| Duas doses | 41 | 29,28 |

| | | |
|-----------------------|------------|------------|
| Três doses | 2 | 1,43 |
| Quatro ou mais doses | 2 | 1,43 |
| Informação incompleta | 3 | 2,14 |
| TOTAL | 140 | 100 |

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2015.

Percebe-se na Tabela 5 que, durante o período antenatal, houve uma maior ocorrência de registro da administração de duas doses de corticóide (29,28%). No entanto, a maioria (54,29%) das gestantes não fez uso dessa medicação.

A Tabela 6 a seguir retrata, dentre as gestantes submetidas ao parto prematuro que fizeram uso de corticóide antenatal, o intervalo de tempo entre as dosagens.

Tabela 6 - Distribuição das gestantes submetidas ao parto prematuro que fizeram uso de corticóide antenatal de acordo com o intervalo de tempo entre as dosagens, Minas Gerais, 2015.

| Intervalo entre Dosagens | Sujeitos | |
|--------------------------|-----------|------------|
| | (n=61) | |
| | Nº | % |
| Dose Única | 16 | 26,23 |
| 24 horas | 37 | 60,65 |
| Maior que 24 horas | 2 | 3,28 |
| Menor que 24 horas | 4 | 6,56 |
| Menor que 12 horas | 2 | 3,28 |
| TOTAL | 61 | 100 |

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2015.

Observa-se na Tabela 6 que, dentre o total de gestantes que receberam mais de uma dose de corticóide durante o período antenatal, na maioria destas houve um intervalo de tempo de 24 horas entre as dosagens, representando 60,65%.

A Tabela 7 abaixo revela o intervalo de tempo entre a administração do corticóide antenatal e a ocorrência do parto, entre as gestantes submetidas ao parto prematuro e que fizeram uso de corticóide antenatal.

Tabela 7 - Distribuição das gestantes submetidas ao parto prematuro que fizeram uso de corticóide antenatal de acordo com o intervalo de tempo entre a medicação e o parto, Minas Gerais, 2015.

| Intervalo entre Medicação e Parto | Sujeitos | |
|-----------------------------------|----------|-------|
| | (n=61) | |
| | Nº | % |
| No Dia do Parto | 10 | 16,39 |
| De 1 à 3 dias | 28 | 45,90 |
| De 4 à 6 dias | 11 | 18,03 |
| De 7 à 10 dias | 5 | 8,20 |
| Maior que 11 dias | 3 | 4,92 |
| 1 mês | 4 | 6,56 |

| | | |
|--------------|-----------|------------|
| TOTAL | 61 | 100 |
|--------------|-----------|------------|

Fonte: dados coletados pelas autoras, 2015.

Percebe-se na tabela 7 que, dentre as gestantes submetidas ao parto prematuro que fizeram uso de corticóide durante o período antenatal, na maior parte destas (45,90%) o intervalo entre a administração do medicamento e o parto foi de 1 à 3 dias.

DISCUSSÃO

Segundo Vettore e colaboradores (2013), o pré-natal é considerado uma das principais ações de promoção à saúde, tanto da gestante quando do feto, como também uma das principais ações de prevenção de eventos adversos da gestação, no âmbito da atenção primária à saúde, visto que um pré-natal bem assistido pode contribuir na redução da prematuridade e dos determinantes da morbimortalidade neonatal.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado de acordo com os períodos gestacionais que determinam maior risco materno e neonatal. Assim, o mesmo deve ser iniciado o mais precocemente possível e deve ser regular e completo, de modo a garantir que todas as avaliações propostas sejam realizadas (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde recomenda que o início do acompanhamento gestacional por meio do pré-natal ocorra no primeiro trimestre de gestação, com um mínimo de seis consultas ao longo da gravidez, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre. Esse acompanhamento só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ser realizada a consulta de puerpério (BRASIL, 2006).

De acordo com Ramos e Cuman (2009), a ausência de cuidados durante o período pré-natal está associada a um aumento do risco de baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade materna e infantil.

No estudo realizado pelos mesmos autores supracitados, intitulado Fatores de Risco para Prematuridade: pesquisa documental, observa-se que, com relação ao número de consultas de acompanhamento pré-natal, 32% das gestantes realizaram sete ou mais consultas, 51% realizaram de 4 a 6 consultas, 14 realizaram de 1 a 3 consultas e apenas 3% não realizaram nenhuma consulta de pré-natal.

Em nossa pesquisa também foi possível observar que a maior parte das gestantes submetidas ao parto prematuro (42,86%) realizaram de 4 a 6 consultas de pré-natal, com uma pequena quantidade de gestantes sem nenhum tipo de acompanhamento pré-natal, representando 2,86% do total de gestantes (Tabela 1).

Considerando os dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), no ano de 2013 foram registrados no Brasil 2.904.027 nascidos vivos. Desse total de nascimentos, observou-se a ocorrência de 2.354.242 (81%) RNs considerados a termo, ou seja, entre a 37ª e a 41ª semanas de idade gestacional (BRASIL, 2013).

Apesar do nascimento a termo ser predominante, observou-se ainda uma elevada taxa de nascimento prematuro, o qual ocorre entre a 22ª e 36ª semanas de idade gestacional completas, correspondendo a 333.452 (11,48%) casos de prematuridade (BRASIL, 2013).

Do total de 333.452 RNPT nascidos no ano de 2013 em todo o território brasileiro, houve uma maior ocorrência de partos prematuros entre 32ª e 36ª semanas

de idade gestacional, representando 86,11%, e sendo classificados como RNPT tardio. A região Sudeste destacou-se por apresentar a maior prevalência, com 134.224 nascimentos prematuros, o que equivale a 40% do total de neonatos pré-termos (BRASIL, 2013).

De forma similar, em nossa pesquisa foi possível observar que o parto prematuro foi predominante (64,28%) na faixa entre 32 e 36 semanas completas de idade gestacional; e obteve uma maior ocorrência de registro na faixa entre 35 e 36 semanas de idade gestacional (36,43%), sendo classificados como RNPT tardio; com uma percentagem de 5,71% dos casos de prematuridade nascidos com idade gestacional inferior a 22 semanas, classificados como RNPT extremo (Tabela 2).

A infecção do trato urinário (ITU) representa um importante fator de morbimortalidade durante o ciclo gravídico-puerperal, visto que a gestação é um fator que predispõe ao surgimento de tal patologia, a qual pode ocasionar sérias complicações para o binômio mãe-filho, com destaque para o trabalho de parto e parto prematuro, amniorrexe prematura, restrição do crescimento intrauterino e pode levar até mesmo ao óbito perinatal (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2009; SALCEDO et al., 2010).

Ainda segundo Figueiró-filho e colaboradores (2009), no transcorrer do período gestacional, a gestante passa a ter maiores chances de desenvolver um quadro de infecção urinária sintomática, o que se deve às grandes alterações fisiológicas e anatômicas que ocorrem no trato urinário.

Dentre essas mudanças, pode-se citar a diminuição da capacidade máxima dos rins de concentrar a urina, reduzindo, assim, a atividade antibacteriana, passando a excretar quantidades menores de potássio e maiores de glicose e aminoácidos, o que cria um ambiente favorável para a proliferação bacteriana. Outra alteração importante consiste na dilatação das pelvis renais e ureteres, detectável a partir da sétima semana de gestação e que progride até o momento do parto, retornando às condições normais até o segundo mês do puerpério (FIGUEIRÓ-FILHO et al., 2009).

Contatou-se em nosso estudo que a maioria das gestantes (57,14%) não apresentaram ITU; e, dentre aquelas que apresentaram tal infecção, o maior registro de ocorrência foi no primeiro trimestre de gestação (12,86%), apresentando episódio único de ITU; e em 4,48% a ITU se repetiu no primeiro e em outros trimestres gestacionais. A ocorrência de episódios únicos de ITU no segundo e terceiro trimestres da gestação foram registrados em 10,71% das gestantes, respectivamente (Tabela 3).

De acordo com Leão e Silva (2008), o uso de corticoide durante o período antenatal traz inúmeros efeitos benéficos para o feto, tal como acelerar a produção de surfactante, substância responsável pela manutenção da distensibilidade alveolar pós-natal, ampliar o volume dos pulmões e acelerar a drenagem do líquido pulmonar prévio ao parto, facilitando a transição para a respiração aérea após o nascimento. Além dos benefícios respiratórios, o uso do corticóide antenatal reduz também as incidências de hemorragia intraventricular e de enterocolite necrotizante.

Ainda segundo tais autores, o corticóide antenatal deve ser prescrito para toda gestante com risco de parto prematuro, que esteja entre 24 a 34 semanas de gestação, devendo o corticóide de escolha ser a Dexametasona ou a Betametasona, visto que apresentam características especiais em obstetrícia, tais como capacidade de cruzar a placenta facilmente, fraca atividade imunossupressora, não permanecer na circulação fetal por muito tempo, dentre outras.

Entre a Betametasona e a Dexametasona, a Betametasona deve constituir-se o medicamento de primeira escolha, visto ter demonstrado um risco significativamente

menor de óbito neonatal nos RNs expostos a tal corticóide em relação aos RNs expostos à Dexametasona (LEÃO; SILVA, 2008).

Assim, observamos em nossa pesquisa que, apesar da maioria das gestantes submetidas ao parto prematuro não terem feito uso de corticóide no período antenatal, dentre aquelas que fizeram uso do mesmo, predominou a administração, para a maior parte das gestantes, da betametasona, representando 35,71% dos casos (Tabela 4).

No estudo realizado por Leão e Silva (2008), intitulado Corticoesteróides na Aceleração da Maturidade Fetal: evidências atuais, tais autores relatam que, segundo o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*, o intervalo ótimo para o parto situa-se entre 24 horas e sete dias após o início do tratamento do corticóide, sendo a betametasona a droga de primeira escolha, em dose de 12 mg de 24/24 horas, com uma dosagem total de 24 mg em um ciclo. Já como droga de segunda escolha, tem-se a dexametasona, na dose de 6 mg de 12/12 horas, com um total de quatro doses durante um ciclo.

Em nossa pesquisa, foi constatado que, dentre as gestantes que receberam corticoide durante o período antenatal, houve um predomínio da aplicação de duas doses (29,28%) do corticosteróide, sendo que uma minoria de gestantes recebeu três ou mais dosagens, representando apenas 2,86% (Tabela 5).

Dentre o total de gestantes que receberam mais de uma dose de corticoide durante o período antenatal, a maioria delas (60,65%) recebeu a medicação com um intervalo de 24 horas entre as dosagens. Já em relação ao intervalo entre a administração do medicamento com o parto prematuro, observou-se que a maior parte das gestantes receberam o corticóide com um intervalo de 1 à 3 dias do parto, representando 45,90%; com uma menor percentagem de gestantes que receberam a medicação em um intervalo superior a 11 dias.

CONCLUSÕES

Acreditamos que a etiologia do parto prematuro é complexa e engloba diversos fatores causais, o que constitui uma das principais razões para o surgimento de falhas na prevenção do mesmo, de modo que devem ser adotadas estratégias para eliminar os fatores de risco, e, ao mesmo tempo, implementar intervenções efetivas, visando a redução da ocorrência e das complicações do parto prematuro.

O presente estudo permitiu constatar que, dentre as gestantes submetidas ao parto prematuro no período de Janeiro a Junho de 2015, em um determinado hospital público de Minas Gerais, a maioria realizou de 4 a 6 consultas de pré-natal com uma pequena quantidade de gestantes sem nenhum tipo de acompanhamento durante o período gestacional. Houve um predomínio do parto pré-termo entre 35 e 36 semanas de idade gestacional, sendo esses RNs classificados como RNPT tardio. A maioria das gestantes não apresentou ITU durante a gestação; e, dentre as que apresentaram, tal episódio foi mais freqüente no primeiro trimestre gestacional. Observou-se também que a maioria das gestantes não receberam corticóide durante o período antenatal; e, dentre as que receberam, predominou o uso de betametasona, sendo administrado, predominantemente, em duas doses.

Diante do exposto acima, destacamos a importância da realização de novos estudos acerca do tema e pretendemos que nossa pesquisa se torne um incentivo para a capacitação dos profissionais e estudantes da área da saúde para lidarem com situações que colocam em risco a ocorrência do parto prematuro, para que possam

contribuir para uma redução dos fatores de risco, obstétricos e ginecológicos relacionados ao parto prematuro.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Adriana Carvalho de et al. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 33, n. 2, p.86-94, jun. 2012.

BAQUIÃO, Ionara. **Trabalho de parto prematuro: fatores de risco e estratégias para a sua predição e prevenção**. 2011. 42 f. Monografia (Especialização) - Curso de Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.162 p.(Série A. Normas e Manuais Técnicas).

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 18 jun. 2015.

CORRÊA JÚNIOR, Mário Dias et al. Predição e prevenção do parto pré-termo espontâneo. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p.330-335, jul. 2013.

CORRÊA JÚNIOR, Mário Dias; PATRÍCIO, Evilane do Carmo; FÉLIX, Lara Rodrigues. Intervenções obstétricas no parto pré-termo: revisão da literatura e atualização terapêutica. **Revista Médica de Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 23, n. 3, p.323-329, jul. 2013.

FIGUEIRÓ-FILHO, Ernesto Antonio et al. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. **Revista Femina**, Campo Grande, v. 37, n. 3, p.165-171, mar. 2009.

LEÃO, Paulo Roberto Dutra; SILVA, Ana Carolina Prado. Corticosteróides na aceleração da maturidade fetal: evidências atuais. **Revista Femina**, Cuiabá, v. 36, n. 6, p.385-389, jun. 2008

PORTO, Ana Maria Feitosa et al. Características maternas em gestações com risco de prematuridade tardia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p.161-166, jun. 2013.

RAMOS, Helena Ângela de Camargo; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de Risco para Prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p.297-304, abr./jun. 2009. Trimestral.

SILVA, Ana Maria Rigo et al. Fatores de risco para nascimento pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p.2125-2138, out. 2009.

SOUZA, Eduardo de; CAMANO, Luiz. Reflexões sobre a predição do parto prematuro. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p.855-861, dez. 2003

VETTORE, Marcelo Vianna et al. Avaliação da qualidade da atenção pré-natal dentre gestantes com e sem história de prematuridade no Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 13, n. 2, p.89-100, jun. 2013.

SINDROME DE BURNOUT: REALIDADE VIVIDA PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Denis Willian de Oliveira Dias¹; Tatiana Carneiro de Resende²; Guilherme Silva de Mendonça³; Emerson Dias Piantino⁴; Liliam Rezende Rodrigues⁵; Oridia Carollynne Marcolino Santos e Oliveira⁶; João Paulo Assunção Borges⁷

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: deniswillian88@yahoo.com.br;

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora, Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG, Brasil.

³Enfermeiro e Pedagogo. Mestrando em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG, Brasil.

⁴Enfermeiro. Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas.

⁵Enfermeira. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

⁶Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia

⁷Enfermeiro. Doutorando em Atenção a Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG-Brasil.

RESUMO

Introdução: A adaptação ao mundo competitivo, à correria do dia-a-dia, proporciona o surgimento da Síndrome de Burnout ou síndrome do esgotamento profissional. Um estado de tensão emocional e estresse crônico provocado por condições de trabalho emocionais e psicológicas desgastantes. A enfermagem, em especial, é considerada como uma profissão altamente estressante, com grandes possibilidades de desencadear a síndrome de Burnout. **Objetivos:** Desvelar os possíveis prejuízos que o estresse acarreta nos profissionais de saúde, principalmente na área da Enfermagem, no seu cotidiano de trabalho. Bem como identificar os agentes estressores e os sintomas associados à Síndrome de Burnout. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura. Realizou-se uma busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa, publicados entre 2004-2014. **Resultados e Discussão:** As evidências científicas disponíveis na literatura apontam para 03 (três) eixos temáticos: (1) Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem atuantes em UTI, devido ao ambiente de trabalho ser considerado estressante, causando desgaste tanto físico como emocional. (2) Sinais e sintomas da Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI, como cefaleia, ansiedade, depressão, estresse, absenteísmo. (3) Fatores de risco para a Síndrome de Burnout, bem como ambiente fechado, excesso de ruídos, grandes jornadas de trabalho, o lidar com pacientes graves, incluindo a morte. **Conclusões:** A RI sugere-se a realização de estudos com diferentes abordagens evidenciadas no contexto do estresse ocupacional, como a criação de novas estratégias e propostas que estimule e propicie melhores condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, enfatizando a importância da vigília, dedicação e o controle emocional, tornando-os capazes de reconhecer os fatores estressores que estão presentes no trabalho. A equipe de saúde deve desenvolver um trabalho humanizado, a fim de promover uma melhoria nas condições de trabalho e nas relações interpessoais entre os profissionais da enfermagem.

Descritores: Burnout; Enfermagem; Unidade de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A partir do final dos anos 1970, o mundo do trabalho passou por um profundo processo de reestruturação produtiva, resultado do avanço das novas tecnologias associadas à informação.

Essas transformações advêm de avanços tecnológicos e do aumento da competitividade, individualização e falta de realização pessoal, decorrentes do processo de globalização. Estamos diante de novas formas de organização social, caracterizadas pela economia política da insegurança. Quanto mais relações laborais sejam desreguladas e flexibilizadas, mais rapidamente se transforma a sociedade laboral em uma sociedade do risco, o qual não é calculável para o modo de vida de cada indivíduo (CAVALHEIRO et al., 2008).

Podemos caracterizar este processo como sendo muito menos que um período de modernidade radicalizada, no qual os indivíduos estão submetidos a um nível de responsabilidade sobre suas escolhas e, conseqüentemente, sobre suas ações.

Com isso, o ritmo acelerado da vida moderna, as exigências de adaptação às inovações tecnológicas, a produtividade a qualquer custo e do mercado de trabalho cada vez mais competitivo têm favorecido o surgimento do estresse (AFECTO E TEIXEIRA, 2011).

De acordo com Monte et al. (2013), na área da saúde, o estresse ocupacional está associado a situações específicas como problemas de relacionamento, ambigüidade e conflito de funções, dupla jornada de trabalho e casa, pressões exercidas pelos superiores de acordo com a percepção do indivíduo e alterações que sofre dentro do contexto de sua atividade.

A enfermagem, em especial, é considerada como uma profissão altamente estressante, porque na atuação hospitalar os profissionais dividem com o paciente a dor, o sofrimento, o desespero e a irritabilidade causados pela experiência do internamento e isso os fazem vivenciar cotidianamente situações de conflito e de exaustão, as quais, somadas às longas jornadas, ao ritmo acelerado e ao trabalho diurno, contribuem para o surgimento do estresse ocupacional.

Tal realidade citada tem como agravante o fato de a enfermagem ser uma profissão majoritariamente feminina, o que pressupõe nos tempos modernos o exercício de dupla ou tripla jornada de trabalho, a que se somam as atividades domésticas, ante a necessidade de complementar a renda ou mesmo de suprir integralmente as necessidades da família (MURASSAKI et al., 2011).

Com isso, neste mundo competitivo, com o ritmo atual, umas das conseqüências é o surgimento da Síndrome de Burnout, síndrome do esgotamento profissional. Um estado de tensão emocional e estresse crônico provocado por condições de trabalho emocionais e psicológicas desgastantes, sendo caracterizadas por pessimismo, imagens negativas de si mesmo, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho (CAVALHEIRO et al., 2008).

O próprio termo “burnout” demonstra que esse desgaste danifica aspectos físicos e psicológicos da pessoa. Afinal, traduzindo do inglês, “burn” quer dizer “queima” e “out” significa “exterior” (AFECTO E TEIXEIRA, 2011).

Os sintomas aparecem com um crescimento da fadiga constante, distúrbios de sono, dores musculares, dores de cabeça e enxaquecas, problemas gastrointestinais, respiratórios, cardiovasculares. Além desses, existem sintomas psicológicos como: dificuldade de concentração, lentificação ou alteração do pensamento, sentimentos negativos sobre o viver, trabalhar e ser, impaciência, irritabilidade, baixa autoestima, desconfiança, depressão, em alguns casos paranoia (MONTE et al., 2013).

Diante desse contexto surge a necessidade da criação de novas estratégias e propostas que estimule e propicie melhores condições de trabalho dos profissionais de enfermagem, enfatizando a importância da vigília, atenção, dedicação e o controle emocional, tornando-os capazes de reconhecer os fatores estressores que estão presentes no trabalho, bem como os mecanismos de enfrentamento.

Este trabalho apresenta tem como objetivo desvelar os possíveis prejuízos que o estresse acarreta nos profissionais de saúde, principalmente na área da Enfermagem, no seu cotidiano de trabalho em UTI ou em setores fechados. Bem como identificar os fatores de riscos e os sintomas associados à Síndrome de Burnout.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), por meio da busca e análise da produção científica da literatura nacional, pautada no estudo de Galvão, Mendes e Silveira (2010), que preconiza a operacionalização do processo de revisão em seis etapas, com vistas a obter novos conhecimentos a partir da discussão sobre métodos e resultados de pesquisas primárias relevantes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RI é um método que pode ser adotado na saúde que sintetiza os estudos primários do tópico de interesse do pesquisador permitindo análise ampla da literatura e maior compreensão do tema investigado. Este método é um recurso da Prática Baseada em Evidências (PBE) e tem como pressuposto o rigoroso processo de síntese do problema e da realidade pesquisada (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Local da Pesquisa

Este estudo foi realizado no âmbito do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, como componente da disciplina GEN056 – Trabalho de Conclusão de Curso.

Procedimento para coleta de dados

Na etapa inicial foi definido como tema da RI a Síndrome de Burnout, verificando a importância deste conhecimento para a Enfermagem. Deste modo, as questões norteadoras foram: Desvelar os possíveis prejuízos que a síndrome de Burnout

acarreta nos profissionais da área da Enfermagem no seu cotidiano de trabalho, além disso, identificar os agentes estressores e os sintomas associados.

A estratégia para o levantamento da amostra consistiu em uma busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). O período de coleta de dados estendeu-se de maio a setembro de 2015.

Para assegurar uma busca criteriosa dos artigos, foram delimitados os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde: burnout, enfermagem, hospitais. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos encontrados, sendo incluídos na amostra os artigos que tratam da síndrome de burnout encontrada nos profissionais da enfermagem que trabalham em hospitais, publicados na língua portuguesa, no período entre janeiro de 2004 e janeiro de 2014, disponíveis *on line*, na íntegra.

Foram excluídos os artigos publicados em línguas estrangeiras, que não estão disponíveis na íntegra, além daqueles publicados fora do período determinado e cujo tema não se refere ao tema central desta pesquisa. Foram obtidos 09 artigos na composição da amostra desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (Tabela 1).

Tabela 1: Esquematização do processo de busca de artigos da RI.

| Sequência metodológica | Total de artigos |
|---|------------------|
| Cruzamento dos descritores nos bancos de dados | 32 |
| Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão | 23 |
| Artigos incluídos na RI | 09 |

Fonte: os autores

Este instrumento permite o registro de dados referentes aos periódicos, aos pesquisadores, ao estudo, tipo de estudo/ metodologia, resultados e conclusão/ considerações finais.

Na análise dos estudos incluídos e distribuídos em categorias, foi realizada uma avaliação crítica em busca de informações sobre o tema e explicações para os resultados diferentes ou contrários. Nesta etapa realizou-se a avaliação da qualidade metodológica, da relevância e da autenticidade das informações coletadas, de acordo com a apresentação dos conteúdos e análise estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos 09 artigos na composição da amostra (Tabela 2) desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

A análise dos artigos permitiu compor as seguintes categorias: (1) Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem atuantes em UTI; (2) Sinais e sintomas da Síndrome de burnout em enfermeiros atuantes em UTI; e por fim, (3) Fatores de risco para a Síndrome de burnout (Tabela 3).

A seguir são apresentadas e discutidas as categorias obtidas nesta RI.

Tabela 1 – Frequência e porcentagem das categoriais obtidas na amostra de artigos da revisão integrativa.

| | Categorias | | |
|-----------------------|--|---|---|
| | Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem atuantes em UTI | Sinais e sintomas da Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI | Fatores de risco para a Síndrome de burnout em enfermeiros de UTI |
| Frequência (n) | 9 | 4 | 4 |
| Porcentagem (%) | 100 | 44 | 44 |
| Período de publicação | 2004-2013 | 2008-2013 | 2008-2013 |

Fonte: os autores.

Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem atuantes em UTI

A primeira categoria encontrada em 100% (09) da amostra de artigos foi denominada “Síndrome de burnout em profissionais de enfermagem atuantes em UTI”. Nesta categoria foram sintetizadas as características da síndrome de burnout encontrada nos profissionais de enfermagem que trabalham em Unidades de terapia intensiva apontadas na literatura pesquisada.

Situações como ambiente fechado, iluminação artificial, ar-condicionado, planta física, conflito de funções, cobranças constantes, dupla jornada de trabalho, rotinas exigentes, deficiências de recursos humanos, equipamentos sofisticados e barulhentos, possibilidade de morte e dor, tais fatores podem gerar condições inadequadas ao serviço de enfermagem, causando alterações de humor, alergias, cefaleias e ansiedade, tornando-se fontes importantes para o surgimento do burnout (MARTINO E MISKO, 2004).

Sinais e sintomas da Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI

A segunda categoria denominada como “Sinais e sintomas da Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em UTI” foi encontrada em 44% (04) da amostra de artigos. Nesta categoria foram identificados os principais sinais e sintomas:

Físicos: Sensação de fadiga progressiva e constante, distúrbios do sono, dores musculares ou ósseas, cefaleias, enxaquecas perturbações gastrointestinais, baixa resistência imunológica, transtornos cardiovasculares, perturbações do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações menstruais nas mulheres.

Psíquicos: Falta de concentração e atenção, diminuição (da memória, da capacidade de tomar decisões), lentificação do pensamento, sentimentos de alienação, habilidade emocional e impaciência, atitudes negativas a si mesmo, impaciência desconfiança, depressão, ansiedade e absenteísmo.

Emocionais: Perda (de entusiasmo e de alegria), desânimo, ansiedade, depressão, irritação, pessimismo e baixa autoestima.

Comportamentais: Perda do interesse (para o trabalho e/ou lazer), perda de iniciativa, isolamento, irritabilidade, agressividade, incapacidade em relaxar, dificuldade em aceitar mudanças.

Fatores de risco para a Síndrome de burnout

A terceira categoria, encontrada em 44% (04) dos artigos, foi denominada “Fatores de risco para a Síndrome de burnout”. Esta categoria retrata os possíveis fatores de risco que os enfermeiros de UTI estão sujeitos a desenvolver a síndrome de burnout.

Para Souza et al., (2013), o trabalho tem sido um importante gerador de estresse, pois o mercado de trabalho está cada vez mais exigente. E o homem, como um ser produtivo passa em geral, a maior parte de sua vida no ambiente de trabalho em busca de uma renda mais acessível e aprimoramento profissional. Um nível de estresse elevado e contínuo pode gerar um quadro de esgotamento físico e emocional, representado pela síndrome de *burnout*.

É possível identificar em UTI, fatores causadores da síndrome de burnout, como, barulho causado pelos equipamentos, dos sons produzidos em excesso pelas equipes de saúde, da iluminação inadequada, da ventilação imprópria, da falta de material ou da tecnologia obsoleta para realizar as atividades. Enfim, as inadequações do ambiente hospitalar em que atuam acabam levando o profissional à irritação e ao cansaço, prejudicando sua saúde e, por consequência, a qualidade na assistência ao paciente (BARBOZA et al., 2013).

CONCLUSÕES

Esta RI permitiu sintetizar a produção científica nacional acerca do conhecimento, da síndrome de burnout encontrada nos profissionais da enfermagem. A literatura encontrada nesta revisão, não inclui todo o conhecimento disponível sobre este tema. Sendo assim, sugere-se a realização de estudos com diferentes abordagens para elucidar lacunas evidenciadas no contexto do estresse ocupacional, como a criação de novas estratégias e propostas que estimule e propicie melhores condições de trabalho.

A busca por evidências apontou que há presença da síndrome de Burnout nos profissionais de enfermagem atuantes em Unidades de terapia intensiva e na UTI estão dispostos alguns fatores de risco, que são o ambiente fechado, a pouca iluminação, o ruído dos aparelhos, excesso de jornadas de trabalho.

A equipe de saúde deve desenvolver um trabalho humanizado, a fim de promover uma melhoria nas condições de trabalho e nas relações interpessoais. Desenvolvimento de estratégias de enfrentamento adaptativas a problemas, favorecendo a qualidade de vida e o bem-estar físico e psicológico.

REFERÊNCIAS

AFETO, M. C. P.; TEIXEIRA, M. B.. **Avaliação do estresse e da síndrome de burnout em enfermeiros que atuam em uma unidade de terapia intensiva: um estudo qualitativo.** Universidade Guarulhos/ SP, 2010

FRANCO, G. P.; BARROS, A. L. B. L.; MARTINS, L. A. N.; ZEITOUN, S. S.. Burnout em residentes de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 45, n. 1, p. 12-8, 2011.

BARBOZA, M. C. N.; BRAGA, L. L.; PERLEBERG, L. T.; BERNARDES, L. S.; ROCHA, I. C.. Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um hospital de Pelotas/RS. **Rev Enferm UFSM.**, v. 3, n. 3, p. 374-382, 2013.

CAVALHEIRO, A. M.; MOURA JUNIOR, D. F.; LOPES, A. C.. Estresse de enfermeiros com atuação em unidade de terapia intensiva. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v. 16, n. 1, 2008.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. IN: BREVIDELLI, M. M.; SERTÓRIO, S. C. M. **Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde** São Paulo: Iátrica, 2010. p.105-126.

MACHADO, R. M.; OLIVEIRA, S. P.; FERREIRA, T. C.; CAMPOS, C. G.; BOTTI, N. C. L.; SANTOS, R. C.. Síndrome de burnout em centro de terapia intensiva infantil da região centro-oeste de minas gerais. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, p. 201-209, 2011.

MARTINO, M. M. F.; MISKO, M. D.. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 38, n. 2, p. 161-7, 2004.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MONTE, P. F.; LIMA, F. E. T.; NEVES, F. M. O.; STUDART, R. M. B.; DANTAS, R. T.. Estresse dos profissionais enfermeiros que atuam na unidade de terapia intensiva. **Acta Paul Enferm.**, v. 26, n. 5, p. 421-7, 2013.

MOURA-FERREIRA, M. C. **Formulário para Coleta de Dados em Pesquisa Bibliográfica**. 01 p. 2008 [mimeografado].

PERCEPÇÃO E UTILIZAÇÃO DA ACUPUNTURA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Priscila Gomes Martins¹; Calíope Pilger²

¹Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão; E-mail: prigomesm1993@gmail.com;

²Enfermeira. Doutora. Docente de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão.

RESUMO

Introdução: A acupuntura pertencente às Práticas Integrativas e Complementares revelando-se importante para a compreensão dos novos caminhos trilhados na Atenção Básica em busca de meios e estratégias para a promoção da saúde, prevenção, manutenção de condições crônicas e reabilitação da saúde, a acupuntura é uma técnica antiga que objetiva diagnosticar doenças e promover a cura pela estimulação da força de autocura do corpo. Este processo se dá pelo realinhamento e redirecionamento da energia. **Objetivo:** Analisar a produção científica acerca da utilização da acupuntura na atenção primária de saúde e qual a percepção dos profissionais de saúde sobre esta técnica. **Material e Método:** Trata-se uma revisão bibliográfica realizada entre junho de 2015 a julho de 2016, que objetiva analisar a produção científica publicada sobre o tema proposto, as pesquisas foram realizadas nas bases de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), resultando na utilização de sete artigos para a construção desse estudo. **Resultados e Discussão:** Os principais resultados abordam o fato de que a Acupuntura é utilizada e percebida pelos profissionais de saúde como técnica “nova” que resgata esperanças e continuidade de tratamentos mais eficazes, evidenciando que a adesão pela Acupuntura é alta pelos clientes e que as principais patologias relacionadas à essa intervenção são de natureza álgica e comportamentais (estresse e ansiedade), houve também resultados positivos na minimização de sintomatologias de doenças crônicas além do feedback positivo da equipe de saúde e dos clientes que passam a reconhecer na acupuntura um novo tratamento aliado no reestabelecimento da saúde. **Conclusões:** Pode-se perceber que apesar da crescente utilização e adesão da Acupuntura nos meios de assistência à saúde ainda há desconhecimentos da técnica e seus diversos benefícios, sendo fundamental incentivar a utilização e busca de conhecimentos acerca das Práticas Integrativas e Complementares e suas diversas técnicas de tratamentos não convencionais para que estes façam parte da rotina de assistência aos indivíduos que buscam o reestabelecimento e manutenção da saúde.

Descritores: Acupuntura; Atenção Primária de Saúde; Revisão Integrativa

INTRODUÇÃO

As práticas alternativas e complementares (PACs), podem ser definidas como as práticas que assistem à saúde do indivíduo, família e comunidade de forma preventiva ou curativa, considerando a pessoa como um conjunto “mente/corpo/espírito” e não apenas como uma soma de partes isoladas (SILVA, 2014).

Essas práticas buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com meio ambiente e sociedade (BRASIL, 2006).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), denomina o campo das PACs como Medicina Tradicional e Complementar / Alternativa (MT/MCA). Desde a década de 70, essa organização incentiva os Estados-Membros a formularem e implementarem políticas públicas para a utilização racional e integrada de MT/MCA na Atenção Primária em Saúde (OMS, 2006).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, consolidada pelas Portarias Ministeriais n.º 971 de 03/05/06 e n.º 1.600 de 17/07/06 busca incorporar na Atenção Primária em Saúde as seguintes práticas: plantas medicinais – fitoterapia, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa (MTC) - acupuntura, medicina antroposófica e termalismo – crenoterapia (BRASIL, 2006).

A MTC engloba uma série de práticas terapêuticas além da acupuntura, que é o objeto desta pesquisa, como fitoterapia, massagens, práticas corporais, dieta, entre outras. A acupuntura está ganhando popularidade e aceitação no ocidente, sendo fomentada no Brasil pela PNPIC (SOUZA, *et al.*; 2012; BRASIL, 2006).

A acupuntura é uma técnica antiga que objetiva diagnosticar doenças e promover a cura pela estimulação da força de autocura do corpo. Este processo se dá pelo realinhamento e redirecionamento da energia, por meio da estimulação de pontos de acupuntura por estruturas metálicas, laser, pressão e outras formas de abordagem. Com intuito de restaurar a saúde e restabelecer a circulação do Qi (energia) através dos canais de energia (meridianos) dos órgãos e das vísceras. Com isso, leva o corpo a uma harmonia entre o Qi e a matéria (corpo físico) (YAMAMURA, 2006).

Simultaneamente caracteriza-se como uma técnica simples e complexa: simples, pois utiliza um instrumental de fácil manuseio (agulhas) promovendo, com sua inserção, um estímulo-organizador e obter como resposta, o equilíbrio do organismo; é complexa, pois, envolve um raciocínio com múltiplas variáveis a respeito do entendimento dos processos naturais e seu funcionamento (BELLOTO JUNIOR *et al.*, 2005).

Os profissionais das diversas áreas da saúde têm buscado estudar e aperfeiçoar algum tipo de terapia complementar para que possam juntamente a equipe melhorar a assistência prestada ao usuário (SALLES; SILVA, 2008). Já que o principal objetivo dessas PACs é incitar os mecanismos naturais de prevenção e promoção da saúde através procedimentos seguros e eficazes (BARROS, 2006).

A inserção das PACs na Atenção Primária em Saúde (APS), contribui significativamente para o fortalecimento da implementação do SUS, pois, favorece seus princípios fundamentais como: “integralidade da atenção, universalidade, acessibilidade, humanização, equidade e participação social”. Pode-se então afirmar que a admissão de práticas integrativas e complementares na atenção básica tem contribuído em promover ambientes de saúde mais humanizados (SCHVEITZER; ESPER; SILVA, 2012).

Analisando a PNPIC e suas diretrizes doutrinárias que têm como foco garantir a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde, com destaque para a atenção primária, além de propor o cuidado humanizado e integral, contribuindo com a eficiência do sistema, com qualidade, segurança, participação popular, sustentabilidade, também especificamente propõe o fortalecimento da participação

popular na implementação das PICs, pois é por meio dela que as ideias serão disseminadas (BARROS, SIEGEL; SIMONI, 2007).

Ultimamente houve um grande aumento pela procura das PICs, esse aumento se dá pelo fato de que essas técnicas proporcionam maior vínculo entre profissional-paciente e, buscam meios terapêuticos simples, mais baratos, com eficácia maior ou igual quando tratada da forma convencional. Além de instigar a construção de um tratamento que visa enfatizar a autonomia do paciente, tendo como foco central a saúde e não a doença, visando assim, o cuidado de uma forma integral e holístico (THIAGO; TESSER, 2011).

Diante do exposto emergiu o interesse em realizar esta revisão integrativa da literatura com o objetivo de analisar a produção científica sobre a utilização da acupuntura na atenção primária de saúde e qual a percepção dos profissionais de saúde sobre esta técnica.

OBJETIVOS

Analisar a produção científica sobre a utilização da acupuntura na atenção primária de saúde e qual a percepção dos profissionais de saúde acerca desta técnica.

METODOLOGIA

Trata-se uma revisão bibliográfica realizada entre junho de 2015 a julho de 2016, tendo como objetivo analisar a produção científica publicada sobre o tema proposto. A questão norteadora desta revisão foi *“Como a acupuntura está sendo utilizada e percebida na Atenção Primária de Saúde?”*.

Os critérios de inclusão adotados foram: trabalhos encontrados na íntegra publicados nos últimos quinze anos (2001-2016), em inglês, espanhol e português, em revistas da área da saúde pública, terapias complementares, saúde coletiva que abordassem a utilização da acupuntura na atenção primária de saúde; trabalhos realizados apenas com seres humanos e não possuir como delineamento a revisão integrativa. A seleção dos artigos foi realizada por meio das bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Neste sentido, utilizaram-se os seguintes descritores para a busca: "terapia por acupuntura" AND "atenção primária de saúde". Na base de dados LILACS foram localizados seis artigos. Destes, apenas quatro responderam a questão norteadora. Na base de dados SciELO, primeiramente realizou-se o cruzamento, sendo que apenas um artigo foi encontrado e que se enquadrou nos critérios de inclusão. Em seguida, utilizou-se apenas o descritor "terapia por acupuntura", que resultou em um total de 38 artigos, destes apenas três atendiam os critérios de inclusão, totalizando quatro artigos desta base.

Após a análise dos resumos, foram selecionados oito estudos completos, todavia, um artigo era similar nas duas bases, o que resultou em sete artigos. Os artigos foram avaliados e os resultados tabulados com discriminação dos seguintes itens: autores, ano, descrição do objetivo do estudo, metodologia empregada e principais resultados encontrados. Este processo culminou na definição de categorias temáticas, identificadas após análise descritiva e qualitativa da amostra bibliográfica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os oito trabalhos selecionados, dois foram produzidos em Cuba, e seis no Brasil. As pesquisas foram publicadas nos anos de 2002, 2008, 2009, 2010, 2011 e 2013. Em relação ao tipo de periódico, foram encontrados artigos publicados em revistas de saúde pública (3), enfermagem (2), epidemiologia (1), medicina (1) e uma dissertação. Os estudos foram classificados como pesquisa exploratória - transversal (3), intervenção (1), descritivo - qualitativo (1), descritivo - quantitativo (1), ensaio clínico (1) e estudo de caso (1).

Por meio do Quadro 1 verifica-se as informações gerais sintetizadas sobre os trabalhos avaliados referente aos objetivos, metodologia e principais resultados obtidos.

Quadro 1. Identificação e análise dos artigos referente aos objetivos, metodologia e principais resultados verificados no período de 2001 a 2016.

| Referência | Objetivo | Metodologia | Principais resultados |
|----------------------|--|--|--|
| Silva; Tesser, 2013 | Analisar a experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde e como ela se insere no seu cuidado, à luz da medicalização social. | Estudo descritivo com abordagem qualitativa, envolvendo usuários de acupuntura no SUS de Florianópolis-SC. Onde as práticas de acupuntura eram realizadas na atenção primária à saúde (ESF) e na atenção secundária (policlínicas municipais e hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC). | A maioria dos pacientes chegou à acupuntura na atenção secundária quando outros tratamentos falharam e em estágios avançados de adoecimento. A técnica foi percebida pela maioria dos usuários com relativa eficácia sob vários aspectos, com melhoria de seus sofrimentos e quadros álgicos e redução do uso de medicamentos. |
| Thiago; Tesser, 2011 | Analisar a percepção de profissionais da Estratégia de Saúde da Família sobre práticas integrativas e complementares. | Pesquisa exploratória realizada com médicos e enfermeiros das equipes de Saúde da Família de Florianópolis – SC. Os dados foram coletados nos 46 Centros de Saúde (CS) do município. | Verificou-se relativo desconhecimento dos profissionais sobre as PICs, sugerindo a necessidade de capacitações, de divulgação desses temas para implantação da PNPIC e a falta de incentivo ao seu uso. Os profissionais reconhecem essa realidade e são favoráveis à inclusão das PIC nos cursos da área da saúde. |
| Batista et al., 2011 | Avaliar a eficácia do tratamento de acupuntura dos usuários de saúde do município de Santiago de Cuba – Cuba, que foram diagnosticados | Ensaio clínico-terapêutico, aleatório, controlado de 108 pacientes com hipertensão arterial, que apresentaram urgência hipertensiva, na Policlínica de Ensino de | O sintoma predominante foi a cefaleia, manifestada em 35,1% no grupo controle e 29,8% no grupo de intervenção. Após 30 minutos do início do tratamento a pressão arterial diminuiu em 53,4% no grupo |

| | | | |
|-------------------------------------|--|--|---|
| | com urgência hipertensiva. | Santiago de Cuba – Cuba. A casuística foi distribuída em dois grupos de estudo (experimental) e de controle, com 54 pessoas em cada caso. | de intervenção e 48,1% no grupo controle. Após 60 minutos, se observou que houve melhora em 98,1% do grupo de intervenção e 90,1% do grupo controle. |
| Yoshizumi, 2010 | Descrever o serviço realizado pelo ambulatório de acupuntura, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do estado de São Paulo, na cidade de São Paulo. | Trata-se de um estudo de caso realizado no ambulatório de acupuntura, da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do estado de São Paulo. Sendo que a população foi composta por funcionários da SAA, familiares e comunidade. Para levantar o perfil epidemiológico realizou-se análise de 314 prontuários dos pacientes. | A permanência ao tratamento pelos pacientes foi de 100%, demonstrando alto grau de adesão as sessões programadas. Percebeu-se que a acupuntura é um método eficaz e de baixo custo, e que esta técnica demonstrou-se como tratamento terapêutico na assistência de saúde a nível primário, especialmente voltados para a saúde do trabalhador. |
| Kurebayashi; Freitas; Oguisso, 2009 | Identificar e analisar as percepções dos enfermeiros acerca das enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura. | Trata-se de um estudo exploratório, realizado com 33 enfermeiras de 11 Unidades de Saúde Pública da região sudeste do município de São Paulo-SP, com a utilização de um instrumento semi-estruturado. | Os resultados demonstraram que a acupuntura foi mais utilizada para o tratamento de estresse (10,7%), ansiedade, enxaqueca, lombalgia, mioma e obesidade (2/21, correspondente a 7,1% cada uma). Foi mais sugerida para o tratamento das doenças músculo-esqueléticas e doenças crônicas degenerativas. |
| Manzini; Martinez; Carvalho, 2008 | Entender o conhecimento, as crenças e o uso das medicinas alternativas e complementares entre fonoaudiólogas que atuam no setor público de saúde. | Estudo transversal, exploratório, aonde foram entrevistadas 40 fonoaudiólogas de três diferentes categorias funcionais: -contratadas (14 profissionais, ou 35%), aprimorandas (6, ou 15%) e aperfeiçoandas (20, ou 50%), todas atuantes no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (USP). | A maioria das entrevistadas relatou conhecer estas medicinas e 68,4% afirmaram conhecer ao menos dez medicinas diferentes, das quais 20% dizem acreditar em ao menos dez e 42,5% acreditam em, no mínimo, cinco. As fonoaudiólogas participantes demonstraram uma visão responsável e cautelosa em relação a tais medicinas, ao admitirem que previnem seus pacientes de que pode ser perigoso fazer seu próprio tratamento utilizando MAC. |

| | | | |
|------------------------------|--|--|---|
| Estrada <i>et al.</i> , 2002 | Analisar o tratamento com acupuntura e suas técnicas a 1998, com um total de 200 pacientes com asma brônquica, dos usuários de saúde do município de Fomento-Cuba. | o Estudo descritivo, realizado no período de janeiro a dezembro de 1998, com um total de 200 usuários atendidos no Centro de Medicina Tradicional de Fomento em Cuba, pertencentes a diferentes grupos etários. A cada paciente realizou-se 10 sessões de 30 minutos cada. | A maioria dos pacientes evoluíram positivamente depois da aplicação da acupuntura e suas técnicas (moxabustão e auriculoterapia) que constituíram-se as duas técnicas mais efetivas para o tratamento da asma e 80% dos pacientes que continuaram com o tratamento não apresentaram sintomas em um período de três meses. |
|------------------------------|--|--|---|

Fonte: Dados dos autores, 2016.

Após análise dos artigos foram estruturadas duas categorias, as quais foram divididas e organizadas de acordo com a similaridade dos temas e resultados encontrados nos artigos, que representam núcleos de sentidos comuns, estes estão apresentadas abaixo:

A acupuntura e sua utilização para o tratamento de condições agudas e crônicas de usuários da atenção primária e secundária de saúde

Com relação a este núcleo temático, foram encontrados artigos produzidos em Cuba, os quais o objetivo dos trabalhos centrou-se na utilização da acupuntura para aliviar sintomas de doenças como a Asma e Hipertensão Arterial (Estrada *et al.*; 2002; Batista *et al.*; 2011). Também, encontrou-se uma dissertação (Yoshizumi, 2010), que apresentou a acupuntura como técnica efetiva na diminuição de problemas advindos de doenças ocupacionais e que a mesma representa uma modalidade terapêutica efetiva para a qualidade de vida no trabalho.

Segundo Estrada *et al.*; (2002), em Cuba o sistema de atenção médica tem experimentado mudanças substanciais até chegar a um sistema moderno e inovador. O médico e a enfermeira da família se aprofundam nos problemas das famílias e da sociedade para ocupar um lugar de vanguarda em prol da assistência de qualidade aos usuários do sistema de saúde do país. Portanto, utilizam tecnologias eficazes, seguras e efetivas; e uma destas técnicas utilizadas é a acupuntura. Este estudo desenvolvido teve como objetivo analisar a eficácia deste tratamento para pacientes que apresentavam Asma Brônquica.

A asma constitui um gravíssimo problema social e econômico para o sistema de saúde. Suas maiores causas são por fatores alérgicos, inalantes, ingeridos, partículas irritantes, entre outras (GUYTON, 2006). Na medicina tradicional, em suas raízes fisiopatológicas apresentam que a dispneia paroxística se deve a desequilíbrios energéticos que influenciam o corpo físico: os fatores exógenos como patógenos, que são decorrentes do excesso de vento-frio ou calor-escarro; ou por diminuição da resistência antipatógenos que se deve a um vácuo (déficit de energia) no rim (ESTRADA *et al.*; 2002).

Estes autores obtiveram como resultado que, após as 10 sessões de acupuntura e moxabustão, nos 200 pacientes com Asma, atendidos no Centro de Medicina Tradicional da cidade de Fomento, percebeu-se uma boa evolução com valores que oscilaram entre 75 e 86% da melhora do quadro clínico de cada paciente; é importante

salientar que com as duas técnicas (acupuntura e moxabustão) não se obteve negatividade no tratamento, todos os pacientes apresentaram melhoras de sua condição crônica (ESTRADA *et al.*; 2002).

O estudo de Bautista *et al.*; (2011), corrobora o estudo supracitado, quanto aos resultados obtidos de que acupuntura não apresentou problemas de aplicação ou alguma reação negativa no tratamento para a hipertensão arterial, na urgência hipertensiva. O ensaio clínico terapêutico com 108 pacientes com hipertensão arterial sistêmica (HAS) foram atendidos em um Hospital Universitário e apresentavam urgência hipertensiva. Os pacientes foram divididos em dois grupos: um grupo controle e um de intervenção cada um com 54 integrantes, o grupo controle foi tratado com acupuntura e o de intervenção com fármacos, mas para todos realizaram os diagnósticos ocidentais e da medicina tradicional.

O tratamento ocidental para a HAS foi administração de captopril (25mg), sendo autorizado repetir o tratamento após 30 minutos se não houver redução dos sintomas. Para tratamento oriental utilizou-se R3, BP6, CS6, VG20, VB20 (para síndrome de déficit de Yin do rim), para a síndrome de hiperatividade do fogo do fígado usou-se F2, F3, V18, VG20, CS6, R3, VB20. Após aplicação da técnica resultou-se na diminuição da pressão arterial em 53,4% do grupo de intervenção e 48,1% do grupo controle após 30 minutos do início do tratamento. Após 60 minutos do tratamento, se observou que 53 integrantes (98,1%) do grupo de intervenção obtiveram melhora dos sintomas, e 49 pacientes (90,8%) do grupo controle também melhoraram com a intervenção farmacológica. Os autores concluíram que estes resultados podem explicar os efeitos benéficos da acupuntura, sendo um método eficaz por sua ação rápida e ausência de reações adversas (BAUTISTA *et al.*; 2011).

Outro estudo que apresenta a eficácia da técnica é o de Yoshizumi (2010), pontuando que o método da acupuntura revelou-se de baixo custo para sua implantação e manutenção na instituição em que se realizou a pesquisa existindo a viabilidade do uso da acupuntura como tratamento terapêutico na assistência de saúde de atenção a nível primário, complementares aos equipamentos de saúde da atenção básica convencionais, através de ambulatórios de acupuntura, voltados a saúde do trabalhador como política de saúde pública.

Esta pesquisa descrita acima foi realizada no Ambulatório de Acupuntura do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo, que foi inaugurado em 1999 e realiza mais 1.500 sessões de acupuntura por mês, no entanto Yoshizumi (2010), descreve que a demanda de atendimento é cada vez maior, superando o número de vagas e acarretando uma espera de mais de seis meses para início do tratamento. A pesquisa teve a intenção de evidenciar a necessidade de pensar sobre novas formas de serviços de saúde que possam estabelecer, de forma articulada com o sistema de saúde pública tradicional, outras possibilidades de “forma de entrada”, que vão além das UBS, integrando possíveis redes com novos pontos de proteção à saúde, particularmente de trabalhadores.

A percepção e visão de profissionais sobre a utilização da acupuntura na atenção primária de saúde

A integralidade do cuidado à saúde, estabelecida como diretriz pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e formalizada como princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), aponta para a oferta das práticas integrativas e complementares no Brasil (DE SIMONI; BENEVIDES; BARROS, 2008). Elas podem

contribuir em diversos aspectos, seja na atenção básica, com a promoção e manutenção da saúde, prevenção de doenças, ou em hospitais, clínicas, com a reabilitação da saúde, entre outros.

A Portaria nº 971 editada em 2006 prevê a inclusão de homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, acupuntura/medicina chinesa e termalismo social no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2006; TIAGO; TESSER, 2011).

Com referência a acupuntura na Atenção Primária de Saúde foram encontrados trabalhos que apresentaram a percepção de profissionais de saúde, como enfermeiros, médicos e fonoaudiólogas sobre as práticas integrativas e complementares, o que inclui a acupuntura (TIAGO; TESSER, 2011; MANZINI; MARTINEZ; CARVALHO, 2008; KUREBAYASHI; FREITAS; OGUISSO, 2009), além de uma pesquisa que apresenta a experiência de pacientes que receberam a técnica da acupuntura no SUS (SILVA; TESSER, 2013).

Na pesquisa de Silva; Tesser (2013), além de investigar a experiência de usuários de acupuntura do SUS, incluíram a percepção sobre eficácia, redução do uso de medicamentos e orientações recebidas. Como resultados encontraram que apesar da acupuntura pertencer a uma medicina milenar, permanece pouco conhecida por muitos profissionais de saúde e usuários dos serviços de saúde de Florianópolis - SC, e descrevem que é necessária uma proposta de uma maior difusão desta prática na atenção primária à saúde, visto que, a acupuntura, quando presente, se torna mais um recurso terapêutico dos profissionais.

No estudo desenvolvido por Tiago e Tesser (2011), também encontraram enfermeiros e médicos que não conheciam ou conheciam pouco sobre as PIC, notadamente sobre a medicina antroposófica, ayurveda e a tradicional chinesa.

Já no estudo desenvolvido por Manzini; Martinez; Carvalho (2008), onde realizaram uma pesquisa para entender o conhecimento, as crenças e o uso das medicinas alternativas e complementares entre fonoaudiólogas que atuam no setor público de saúde, encontraram que uma única entrevistada relatou não conhecer nenhuma destas práticas e 68,4% afirmaram conhecer ao menos dez práticas diferentes. A prática mais conhecida entre as entrevistadas é a acupuntura, conhecida por 95% (38/40) das fonoaudiólogas, seguida da musicoterapia (90%, ou 36/40), massagens (87,5%) e homeopatia (85%).

Os resultados do estudo supracitado descreve que embora seja bastante expressiva a aceitação das práticas como a acupuntura e a homeopatia pelas fonoaudiólogas entrevistadas, estas sugerem que o uso e a prática destas medicinas são realizados de forma racional, acompanhados de certa prudência. Ainda relatam que novos estudos com base em uma população mais ampla de profissionais de Fonoaudiologia devem ser incentivados, de forma que a inserção destes profissionais nas políticas de práticas integrativas e complementares no SUS seja melhor direcionada (MANZINI; MARTINEZ; CARVALHO, 2008).

Com relação necessidade de inserir mais profissionais na Atenção Primária de Saúde, Silva; Tesser (2013) descrevem que poucos profissionais da atenção primária de saúde são acupunturistas praticantes, e este fator é importante, visto que os mesmos possuem uma maior autonomia para atender aos pacientes, podendo tratar por mais tempo casos mais graves, sendo que o ambiente da atenção primária parece favorecer o uso da acupuntura e de outras modalidades da MTC. E ainda o acesso à acupuntura é precário e deve ser visto com cuidado pelos gestores, para que assim

mais usuários do SUS possam ter acesso a estas práticas, e assim receber uma assistência integral para sua condição de saúde.

Já que segundo Kurebayashi; Freitas; Oguisso (2009), segundo um documento da Organização Mundial de Saúde (OMS), há uma ampla gama de possibilidades terapêuticas da acupuntura para doenças agudas e crônicas, para todas as faixas etárias, e pode ser sugerida para todos os níveis de atenção com alto grau de resolutividade e eficiência. Nos estudos dos autores supracitados que teve por objetivo identificar e analisar as percepções dos enfermeiros acerca das enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura encontraram que a maior porcentagem de busca pelo tratamento da acupuntura centrou-se nas dores em geral (coluna, articulares, musculares, fibromialgia e tendinite), em seguida as doenças crônicas (diabetes, hipertensão arterial, obesidade). Perceberam com os resultados que as doenças tratadas, tratáveis e sugeridas pelas enfermeiras também foram pela OMS e que a acupuntura pode estar inserida, pelos princípios holísticos orientais chineses que a regem, como técnica preventiva, curativa e reabilitadora para diversas enfermidades, seja agudas ou crônicas.

Alguns estudos sustentam a hipótese de que há progressivo interesse pelas terapias complementares e sensibilização dos profissionais de saúde, notadamente os da atenção primária, ao mesmo tempo em que aumenta a demanda por essas práticas (BRESCIA, 2004; OCK *et al.*; 2009). De acordo com Tiago; Tesser (2011), a oferta de múltiplas opções terapêuticas e de cuidado por meio das PIC é uma possibilidade nos municípios brasileiros e uma realidade em vários deles, incentivada pela PNPIC. Contudo o que se percebe é que nos serviços públicos de saúde não há um aumento contínuo destas práticas, e sim um incremento no âmbito da assistência privada à saúde o que sugere acesso socialmente desigual a essas práticas.

Estes autores Tiago; Tesser (2011), ainda descrevem que os profissionais necessitam se apoiarem para fortalecimento em grau significativo, visto que seu levantamento pelos gestores pode ser um passo inicial importante para a construção sustentável de políticas locais de oferta das terapias integrativas e complementares no SUS, especialmente na atenção primária de saúde.

CONCLUSÃO

Após análise dos oito artigos, observa-se que as práticas integrativas e complementares estão presentes na Atenção Primária de Saúde, todavia com pouco acesso aos usuários e em poucas cidades para o grande número de usuários, tanto do SUS no Brasil, como do sistema médico de outros países, como Cuba.

Percebeu-se que no Brasil os artigos estavam relacionados com a percepção dos profissionais sobre a utilização das práticas integrativas e complementares, incluindo a acupuntura, percepção dos usuários quanto à melhora da sua condição crônica, a partir de dados de prontuários, ou mesmo de entrevistas. Já em Cuba os trabalhos realizados possuíam um delineamento diferente, como ensaio clínico e pesquisa de intervenção.

Com referência a utilização da acupuntura na atenção primária todas as pesquisas descreveram a importância de implantar e oferecer esta prática aos usuários, visto que é uma técnica efetiva, de fácil acesso, baixo custo, alta adesão e com resultados positivos sejam eles, físicos, emocionais, sociais e espirituais.

Alguns autores apresentaram a importância da divulgação destas práticas, pois muitos profissionais não possuem esse conhecimento, qual fundamentação teórica,

comprovação científica, quais os benefícios, e ainda descrevem a relevância da capacitação dos profissionais para atender os usuários na atenção primária de saúde. Relatando ser necessário estimular a introdução do tema nos currículos dos cursos da área da saúde que, em grande maioria, não proporcionam conhecimentos sobre outras medicinas e práticas, inclusive sobre acupuntura.

Este trabalho aponta para a necessidade de realizar pesquisas experimentais, ensaios clínicos, de intervenção para evidenciar cientificamente e divulgar a eficácia desta técnica milenar, que é a acupuntura, para assistir aos pacientes com condições de saúde agudas e crônicas, para promoção do bem estar físico, mental, social e espiritual dos usuários atendidos na atenção primária, secundária e terciária de saúde.

REFERÊNCIAS

BARROS, N. F. de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: uma ação de inclusão. **Ciênc. Saúde coletiva** [online]. vol 11, n 3, pp. 850-850, 2006.

BARROS, N. F. de; SIEGEL, P. and SIMONI, C. de. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS: passos para o pluralismo na saúde. **Cad. Saúde Pública** [online]. vol 23, n 12, p. 3066-3067, 2007.

BRASIL. **Portaria n. 971, de 3 de maio de 2006**. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRESCIA SM. Actitud y opinión de los pediatras ante las medicinas alternativas. **Arch Argent Pediatr**. vol 102, n 2, p. 88-95, 2004.

GUYTON, A. C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

DE SIMONI CL, BENEVIDES I, BARROS NF. As práticas Integrativas e Complementares no SUS: realidade e desafios após dois anos de publicação da PNPIC. **Rev Bras Saude Fam**. IX (Spec): vol 72 n 6, 2008.

ESTRADA, M.C.V.; VALDIVIA, M.A.P.; ESTRADA M.P. acupuntura y sus técnicas en el asma bronquial. **Rev Cubana Enfermer**. vol 18 n 1, p. 32-7, 2002.

CHAVECO BAUTISTA, G. et al. Eficacia del tratamiento acupuntural en pacientes con urgencias hipertensivas en la atención primaria de salud. **MEDISAN** [online]. vol 15 n 11, p. 1557-1565, 2011.

KUREBAYASHI, L.F.S.; FREITAS, G.F.de; OGUISSO, T. Enfermidades tratadas e tratáveis pela acupuntura segundo percepção de enfermeiras. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. vol 43 n 4, p. 930-936, 2009.

MANZINI, T.; MARTINEZ, E.Z.; CARVALHO, A.C.D .de. Conhecimento, crença e uso de medicina alternativa e complementar por fonoaudiólogas . **Rev. bras. epidemiol.** [online]. vol 11 n 2, p. 304-314, 2008.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Estratégia sobre Medicina Tradicional 2002-2005**. Genebra: OMS; 2006.

OCK SM, CHOI JY, CHA YS, LEE J, CHUN MS, HUH CH, et al. The use of Complementary and Alternative Medicine in a General Population in South Korea: Results from a National Survey in 2006. **J Korean Med Sci**. vol 24 n 1, p. 1-6, 2009.

SALLES, L. F. and SILVA, M. J. P. da. Iridologia: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**. vol 48 n 3, p. 596-600, 2008.

SILVA, E.D.C.; TESSER, C.D. Experiência de pacientes com acupuntura no Sistema Único de Saúde em diferentes ambientes de cuidado e (des)medicalização social. **Cad. Saúde Pública**, vol 29 n 11, p. 2186-2196, 2013.

SILVA, A.L.P. da. O tratamento da ansiedade por intermédio da acupuntura: um estudo de caso. **Psicol. cienc. prof.** [online]. vol 30 n 1, p. 200-211, 2010.

SILVA, M.J.P. **Práticas Alternativas e Complementares e Enfermagem**. Grupo de Práticas Alternativas ou Complementares em saúde. 2014. Disponível em: http://www.ee.usp.br/pesquisa/grupo/praticas_alternativas/index.htm. Acesso em: 21/02/14.

SOUSA, I.M.C.; BODSTEIN, R.C.A.; TESSER, C.D.; SANTOS, F.A.Z.; HORTALE, V.A. Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad Saúde Pública**. vol 28, n 11 p. 2143-54, 2012.

SCHVEITZER, M. C.; ESPER, M. V. and SILVA, M. J. P. da. Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. **O Mundo da Saúde** vol 36 n 3, p. 442-451, 2012.

THIAGO, S.de C.S.; TESSER, C.D. Percepção de médicos e enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre terapias complementares. **Rev. Saúde Pública** [online]. vol 45, n 2, p. 249-257, 2011.

YOSHIZUMI, A.M. Perfil dos usuários do Ambulatório de Acupuntura da Secretaria de Agricultura e Abastecimento do Estado de São Paulo: um estudo de caso. **[Dissertação]**. Universidade de Saúde Pública. São Paulo, 2010, p.151.

YAMAMURA, Y. **Entendendo a medicina chinesa – Acupuntura**. São Paulo: Center AO, 2006.

PRÁTICAS CONTRACEPTIVAS ENTRE PUÉRPERAS

Ana Paula Calixto Teixeira¹; Juliana Gonçalves Silva de Mattos²

¹Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – Unicerp. Email: paulynhakoro@hotmail.com.

²Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do triângulo Mineiro - UFTM. Docente do Curso de Enfermagem e Fisioterapia do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – Unicerp.

RESUMO

Introdução O puerpério é uma fase da vida da mulher na qual as orientações quanto aos métodos contraceptivos (MAC) tornam-se fundamentais para o planejamento de uma gravidez. **Objetivo** Analisar a prática contraceptiva adotada pelas puérperas, além de identificar o perfil sociodemográfico, ginecológico e obstétrico. **Metodologia** Estudo descritivo, quantitativo de delineamento transversal, realizado com puérperas das Unidades Básicas de Saúde de Coromandel - MG, no período de Julho a Agosto de 2015. Os critérios de inclusão foram as puérperas cadastradas entre Maio e Agosto de 2015, maiores de 18 anos, que assinaram o TCLE, os critérios de exclusão foram as puérperas menores de 18 anos e não cadastradas no referente período. A coleta de dados deu-se por meio de questionários. Os dados foram analisados através da estatística descritiva e análises de centralidade e dispersão, representadas em tabelas de contingência. **Resultados** Das 34 puérperas identificadas apenas 25 aceitaram participar da pesquisa. Possuíam idade entre 18 e 39 anos, casadas (76,0%), com ensino médio completo (44,0%) e renda familiar entre dois e cinco salários mínimos (60,0%). A idade da primeira gestação aconteceu entre os 15 e 18 anos de idade (44,0%), sendo primigestas ou secundigestas (40,0%). Eram primíparas (44,0%) ou secundíparas (44,0%) com ocorrência da telarca entre os 11 e 13 anos (72,0%), com menarca entre os 12 e 15 anos (64,0%) e sexarca entre os 16 e 18 anos (56,0%). A maioria dos abortos foram espontâneos (12,0%). Usaram os MAC durante quatro a oito anos (92,0%), sendo a pílula oral a mais utilizada (48,0%). Os conhecimentos dos métodos contraceptivos existentes eram variáveis. Todas puérperas afirmaram conhecer a pílula oral e o preservativo masculino. Algumas não receberam orientações no puerpério por parte dos profissionais da saúde (76,0%). **Conclusão** Conclui-se que as puérperas não reconhecem o papel do enfermeiro diante as orientações no puerpério que abrangem as ações do planejamento familiar. É necessário que a enfermagem promova esclarecimentos por meio de educação em saúde para sanar as dúvidas e promover a saúde das puérperas.

Descritores: Puerpério. Anticoncepção. Planejamento Familiar. Assistência de enfermagem.

INTRODUÇÃO

Atualmente o número de gestações indesejadas ou não planejadas aumentou (PRIETSCH et al., 2011) devido à falta da adesão aos métodos contraceptivos (MAC) por parte das mulheres (ROCHA et al., 2013). O Ministério da Saúde (MS) também aumentou sua preocupação com o público feminino em relação às doenças crônicas e não crônicas que impossibilitam a promoção da saúde da mulher (BRASIL, 2011). As

políticas públicas de saúde estão sendo colocadas em prática e novos programas estão sendo implementados para subsidiar as ações voltadas para a promoção da saúde, nos diversos âmbitos de atuação da mulher.

MATTOS (2012, p.23) exemplifica

Em 2004, o MS, na intenção de reiterar as propostas do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM - (BRASIL, 1984), cria a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) assegurando os direitos sexuais e reprodutivos, a assistência obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro, o combate à violência doméstica e sexual, a prevenção e o tratamento de mulheres portadoras de doenças sexualmente transmissíveis (DST), entre elas do HIV/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e às portadoras de doenças não transmissíveis como o câncer de colo de útero e de mama (MATTOS, 2012).

Mesmo com estas propostas do governo, há uma série de dificuldades em relação à execução e implantação destes propósitos para a promoção da saúde reprodutiva da mulher (BORGES et al., 2011). Desta forma, percebe-se que ainda há muito a se fazer em relação aos programas de assistência à saúde integral da mulher e de seus familiares, além da falta de atenção ao período do puerpério (MAZZO et al., 2012).

O puerpério, também conhecido como quarentena ou resguardo, é uma fase em que a orientação e o recebimento de cuidados são norteados conforme os princípios culturais de gerações anteriores (ACOSTA et al., 2012).

Desta forma, questiona-se como é feita a adesão das puérperas em relação aos MAC no município de Coromandel - MG?

Hipotetiza-se que a falta de orientação pela equipe de saúde e/ou a baixa adesão pelas puérperas diante aos MAC disponíveis poderia ser uma das respostas presentes no decorrer do estudo.

O tema proposto surgiu em razão do interesse despertado pelo conteúdo das aulas de Saúde da Mulher, por ser um assunto que sempre está sendo debatido para inserir novas ações no cenário mundial. Ainda, segundo Parreira, Silva e Miranzi (2010) reconhece-se que o enfermeiro ainda tem muito a trabalhar para conseguir efetivar seu papel de educador no período puerperal no que tange à orientação da contracepção, enfatizando a relevância deste estudo.

O estudo é relevante no âmbito social, pois na maioria das vezes as mulheres não reconhecem a importância da adesão aos MAC no período pós-parto, surgindo uma gravidez inesperada/indesejada.

Observou-se também a carência de estudos relacionados à temática proposta, quando se faz a análise dos artigos publicados no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde. Utilizando-se os descritores “Puérperas” e “Anticoncepção” verificou-se apenas 79 artigos completos disponíveis, sendo publicados em português apenas 29. Diante destes dados, verifica-se a escassez de literatura relacionada à temática, o que enriquece a importância da realização deste estudo.

OBJETIVOS

Analisar a prática contraceptiva entre puérperas no município de Coromandel-MG, por meio da descrição do perfil sócio-demográfico e do perfil ginecológico da verificar das práticas contraceptivas desenvolvidas por elas e da verificação da demanda por cuidados de enfermagem, relativa às práticas contraceptivas, entre puérperas.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, observacional, de delineamento transversal.

O estudo foi realizado com puérperas atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde do município de Coromandel – MG, que possui atualmente 28.428 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014).

Existem na cidade, atualmente, cinco unidades básicas de saúde, que prestam atendimento para todas as pessoas residentes na zona urbana do município, que fazem atendimento puerperal.

Por ser um estudo de delineamento transversal, a população do estudo foi constituída por todas as puérperas cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde no período de Julho a Agosto de 2015. Os critérios de inclusão foram as puérperas cadastradas entre Maio e Agosto de 2015, maiores de 18 anos, que assinaram o TCLE, os critérios de exclusão foram as puérperas menores de 18 anos e não cadastradas no referente período.

Foi feito o agendamento das visitas domiciliares das puérperas, onde foi aplicado um instrumento de coleta de dados que possuía questões relativas às respostas dos objetivos deste estudo.

A coleta de dados foi realizada através de busca de puérperas cadastradas nas UBS's, no referido local e no período descrito, após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Cerrado Patrocínio (UNICERP) e autorização do Secretário de Saúde do Município de Coromandel.

Foram prestados os esclarecimentos iniciais sobre a pesquisa, como os objetivos e os procedimentos ao qual a pessoa estava submetida. No momento da pesquisa, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Uma cópia do termo foi entregue à participante e outra arquivada pela pesquisadora por cinco anos decorridos do término do estudo. Os procedimentos foram realizados em condições de privacidade e respeito.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, após serem digitados em planilhas do *Microsoft Excel®* para formatação de um banco de dados, que foi manuseado apenas pela pesquisadora, os resultados foram divulgados na forma de consolidado, não contendo variáveis de identificação pessoal.

As análises exploratórias foram realizadas a partir da apuração da frequência simples absoluta e percentual para as variáveis categóricas. Para as variáveis contínuas foram realizadas as análises das medidas de centralidade (média e mediana) e de dispersão (desvio padrão, mínimo e máximo). O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0.05$). Utilizou-se, para auxiliar as análises estatísticas, o programa de *software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, versão 19.0.

O controle de qualidade foi realizado para garantir que o estudo seja realizado segundo a Resolução 466/12 e para que o registro dos dados ocorra de maneira fidedigna. O estudo foi desenvolvido, posteriormente à autorização prévia do Secretário

de Saúde do município de Coromandel, e da aprovação da Instituição de Ensino de Origem e do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) do Centro Universitário do Cerrado de Patrocínio-MG.

RESULTADOS

Em relação à idade das puérperas, observou-se que 24,0% apresentaram idade entre 18 e 20 anos e 30 a 34 anos, 28,0% possuíam entre 25 a 29 anos, 16,0% com idade entre 21 a 24 anos, e 08,0% com idade entre 35 e 39 anos, com variação entre 18 e 39 anos, com média de 2,7, mediana de 3,0 e desvio padrão de 1,3.

A maioria possuía ensino médio completo (44,0%), eram casadas (48,0%), não possuíam renda individual mensal (44,0%), mas possuíam renda familiar mensal entre dois e cinco salários mínimo (60,0%). A maioria possui casa própria (48,0%).

Foram primigestas entre 15 a 18 anos (44,0%). Afirmaram terem entre uma dois filhos (80,0%). O número de partos foi entre um e dois (44,0%), predominando o parto cesariado (96,0%). O número de abortos espontâneos prevaleceu (12,0%).

A tabela 1 representa a caracterização clínica das puérperas em relação às suas histórias ginecológicas.

TABELA 1 – Caracterização clínica das puérperas referentes à história ginecológica. Coromandel, 2015.

| Variáveis | | N | (%) |
|----------------|--------------|----|-------|
| Telarca | 08 a 10 anos | 05 | 20,0 |
| | 11 a 13 anos | 18 | 72,0 |
| | >14 anos | 02 | 08,0 |
| | TOTAL | 25 | 100,0 |
| Menarca | 09 a 11 anos | 08 | 32,0 |
| | 12 a 15 anos | 16 | 64,0 |
| | >15 anos | 01 | 04,0 |
| | TOTAL | 25 | 100,0 |
| Sexarca | 13 a 15 anos | 10 | 40,0 |
| | 16 a 18 anos | 14 | 56,0 |

| | | |
|--------------|-----------|--------------|
| ≥19 anos | 01 | 04,0 |
| TOTAL | 25 | 100,0 |

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. 2015.

Das puérperas, a maioria relatou telarca entre 11 e 13 anos (72,0%), menarca entre 12 e 15 anos (64,0) e sexarca entre 16 e 18 anos (56,0%).

Questionou-se sobre a caracterização clínica das puérperas quanto aos métodos contraceptivos (TAB. 02).

TABELA 2 – Caracterização clínica das puérperas referentes aos métodos de contraceptivos. Coromandel, 2015.

| VARIÁVEIS | N | (%) |
|-------------------------------------|------------------|-----------------|
| Uso do MAC | Sim | 23 92,0 |
| | Não | 02 08,0 |
| | TOTAL | 25 100,0 |
| Anos completos do uso do MAC | Até 01 ano | 06 24,0 |
| | Entre 1 e 3 anos | 05 20,0 |
| | Entre 4 e 8 anos | 09 36,0 |
| | >8 anos | 03 12,0 |
| | Não responderam | 02 08,0 |
| | TOTAL | 25 100,0 |

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora. *Estes dados não são simultâneos.

Em relação ao uso do MAC a maioria afirmou fazer uso (92,0%) há um tempo aproximado entre quatro e oito anos (36,0%). A maioria das participantes haviam desejado engravidar (52,0%) e destas uma parte não usavam MAC (32,0%).

O intervalo de partos foi acima de dois anos (32,0%). Foi realizado entre sete a nove consultas de PN (44,0%).

O conhecimento dos tipos de MAC foram bem variados (TAB. 3).

TABELA 3 – Conhecimento dos métodos contraceptivos entre as puérperas. Coromandel – MG, 2015.

| Variáveis | N | (%) |
|------------------|----------|------------|
| OginoKnaus | 07 | 28,0 |
| Colar | 00 | 00,0 |
| Diafragma | 18 | 72,0 |
| Minipílula | 14 | 56,0 |

| | | | |
|----------------------|------------------------|------|-------|
| Tipos de MAC* | Pílula do dia seguinte | 21 | 84,0 |
| | Injetável trimestral | 20 | 80,0 |
| | Billings | 07 | 28,0 |
| | Preservativo masculino | 25 | 100,0 |
| | Amenorréia e lactação | 08 | 32,0 |
| | DIU | 16 | 64,0 |
| | Vasectomia | 20 | 80,0 |
| | Temperatura basal | 10 | 40,0 |
| | Preservativo Feminino | 18 | 72,0 |
| | Pílula | 25 | 100,0 |
| | Ligadura tubária | 22 | 88,0 |
| | Injetável mensal | 21 | 84,0 |
| Outros (Coito) | 01 | 04,0 | |

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

*Não são mutuamente exclusivos.

Todas as puérperas (100,0%) afirmaram conhecer o preservativo masculino e a pílula como MAC. Fez pertinente, após estes resultados, identificar algumas questões sobre a última gestação.

Em relação ao planejamento da última gestação, a maioria relatou que foi planejada (52,0%). A pílula oral foi a mais citada entre as puérperas (84,0%), sendo indicadas pelo médico dos postos (42,9%).

Das participantes, 15 não eram mais primigestas e primíparas. Questionou-se sobre o uso dos MAC nas gestações anteriores. A maioria afirmou o uso do MAC (86,6%), sendo a pílula oral mais uma vez prevalente (80,0%), com tempo de uso dos MAC entre 13 e 60 meses (40,0%). O ginecologista/obstetra foram os que mais indicaram o uso do MAC (40,0%), adquiridos nas farmácias populares (73,3%).

A demanda por cuidados de enfermagem relativo às práticas contraceptivas entre puérperas é apresentado na Tabela 4.

TABELA 4 – Demanda por cuidados de enfermagem relativo às práticas contraceptivas entre as puérperas. Coromandel – MG, 2015.

| Variáveis | | N | (%) |
|---|------------------------|----------|------------|
| Orientação sobre os MAC no puerpério | Sim | 06 | 24,0 |
| | Não | 19 | 76,0 |
| | TOTAL | 25 | 100,0 |
| Deseja usar algum MAC após o parto? | Sim | 24 | 96,0 |
| | Não | 01 | 04,0 |
| | TOTAL | 25 | 100,0 |
| Onde pretende conseguir os MAC? | Posto | 03 | 12,0 |
| | Farmácia da prefeitura | 00 | 00,0 |
| | Farmácia particular | 19 | 76,0 |
| | Outros | 02 | 08,0 |
| | Não respondeu | 01 | 04,0 |
| | TOTAL | 25 | 100,0 |

| | | | |
|------------------------|------------------------|--------------|------|
| Quem orientará? | Médico do posto | 10 | 40,0 |
| | Parentes | 01 | 04,0 |
| | Enfermeira | 00 | 00,0 |
| | Vizinhos | 00 | 00,0 |
| | Ginecologista/Obstetra | 11 | 44,0 |
| | Agente de saúde | 00 | 00,0 |
| | Auxiliar de enfermagem | 00 | 00,0 |
| | Outros | 02 | 08,0 |
| | Não respondeu | 01 | 04,0 |
| TOTAL | 25 | 100,0 | |

Fonte: Dados da pesquisadora, 2015. *Não são mutuamente exclusivos.

As orientações sobre os MAC no puerpério não foram transmitidos às puérperas (76,0%). Das participantes a maioria afirmou que desejaram utilizar os MAC no pós-parto (96,0%), sendo a minipílula (32,0%), o preservativo masculino (04,0%), a pílula (48,0%) e a laqueadura (12,0%). Ainda, esperam conseguir os MAC nas farmácias particulares (76,0%), após orientações do ginecologista/obstetra (44,0%).

Mais uma vez, o enfermeiro não foi citado nem como indicador, nem como orientador o que deixa claro que seu papel na saúde da mulher e na ginecologia/obstetrícia não tem sido efetivado, deixando uma lacuna aberta para que outros profissionais, que não sejam da rede particular, realizem estas orientações.

CONCLUSÕES

No decorrer do estudo, notou-se o quanto as orientações no puerpério são de importância para as puérperas, para que estas sejam conscientizadas que pode ocorrer uma nova gestação, se não utilizar os métodos contraceptivos.

Os objetivos do estudo foram alcançados com êxito, a idade da primeira gestação foi precoce devido ao desenvolvimento precoce das características ginecológicas, destacando-se o pouco conhecimento diante os métodos contraceptivos existentes, os quais predominaram o preservativo masculino e a pílula oral, por serem estes tão discutidos na mídia.

As puérperas não reconheceram o papel do enfermeiro diante orientações no puerpério abrangendo as ações de planejamento familiar, com base nos métodos contraceptivos. Estas afirmam que o enfermeiro é apenas responsável pela parte técnica das unidades de saúde, os esclarecimentos sobre anticoncepção foram buscados com o ginecologista/obstetra e alguns casos com os farmacêuticos.

O puerpério por ser um período de grandes mudanças na vida da mulher, necessita que os enfermeiros promovam esclarecimentos por meio de palestras, reuniões com as puérperas para esclarecimento de dúvidas, colocando orientações sobre os métodos existentes, sobre a importância da utilização da minipílula no período da amamentação para evitar o comprometimento da qualidade do leite para o neonato.

Para que as puérperas tenham conhecimento quanto ao trabalho do enfermeiro, é preciso que se tenha um planejamento efetivo das ações desempenhadas pela enfermagem, principalmente no que tange as orientações, pois estes possuem conhecimento técnico-científico diante a saúde da mulher.

REFERENCIAS

ACOSTA, D. F.; GOMES, V. L. O.; KERBER, N. P. C.; COSTA, C. F. S. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1327-1333, 2012.

BORGES, A.L. V.; CAVALHIERI, F.B.; HOGA, L.A. K.; FUJIMORI, E.; BARBOSA, L.R. Planejamento da gravidez: prevalência e aspectos associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 2, p. 1679-1684, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: MS, 2011.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades Dados Gerais de Coromandel – MG**, 2014. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=311930&search=minas-gerais|coromandel|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

MATTOS, J. G. S. **Qualidade de vida e imagem corporal de gestantes portadoras do vírus HIV/AIDS**. 2012. 107 f. Dissertação (Mestrado em Atenção à Saúde), Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba (MG), 2012.

MAZZO, M. H. S. N.; BRITO, R. S.; SOUZA, N. L.; GAMA, A. P. Cuidado à puérpera pós alta-hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 6, n. 11, p. 2823-2829, 2012.

PARREIRA, B. D. M.; SILVA, S.R.; MIRANZI, M.A.S. Métodos anticoncepcionais: orientações recebidas por puérperas no pré-natal e puerpério. **Revista Ciências Cuidado e Saúde**, v. 9, n.2, p. 262-268, 2010.

PRIETSCH, S. O. M.; GONZALEZ-CHICA, D. A.; CESAR, J.A. MENSUZA-SASSI, R. A. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 10, p. 1906-1916, 2011.

ROCHA, M. M.; BORROZZINO, N. F.; BRITO, T. S. P.; SANTOS, V. T. F.; GODOY, M. C. Métodos Contraceptivos: Análise da temática sob a visão de enfermeiros em um serviço de teleorientação em saúde em nível nacional. **Revista Ciência et Praxis**, v. 7, n. 11, p. 25-30, 2013.

ANÁLISE DAS CARACTERÍSTICAS DA VIOLÊNCIA EXERCIDA SOBRE AS MULHERES ATENDIDAS PELA POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS NO ANO DE 2013 EM UBERLÂNDIA

Maraísa Alves Miranda¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²; Guilherme Silva de Mendonça³

¹Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Presidente Antônio Carlos, Uberlândia-MG. E-mail: guilherme.silva@ufu.br

²Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

³Pedagogo, Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

RESUMO

Introdução: A violência contra as mulheres afeta toda a família, as crianças expostas a essa violência provavelmente terão problemas emocionais, comportamentais e na escola; os adolescentes são mais propensos a usar drogas e álcool, e a ter relações sexuais sem proteção; e estes adultos que cresceram presenciando a violência em casa são mais propensos a perpetrar ou vivenciar a violência com seu parceiro e familiar. **Objetivo:** Conhecer as características da violência exercida sobre as mulheres atendidas pela Polícia Militar de Minas Gerais em Uberlândia no ano de 2013. **Metodologia:** Trata-se de estudo observacional, retrospectivo de caráter descritivo com abordagem quantitativa. Os dados foram coletados nos boletins de ocorrência da Polícia Militar de Minas Gerais na cidade de Uberlândia no ano de 2013. **Resultados:** Os dados revelam que as maiorias das vítimas são jovens e que acabam sofrendo mais de um tipo de violência principalmente à física e a psicológica, e são agredidas principalmente pelos seus companheiros. A maior parte das vítimas era do sexo feminino e uma minoria do sexo masculino, sendo estes homens parentes ou possuem algum relacionamento com a vítima. O álcool é considerado como o principal motivo da violência contra a mulher, aliado ao uso de drogas, ao ciúme, a falta de escolaridade, aos problemas financeiros e a cultura machista. **Conclusões:** Os dados revelam que as maiorias das vítimas são jovens e sofrem mais de um tipo de violência principalmente à física e a psicológica, ocorrendo mais no período da noite e são agredidas principalmente pelos seus companheiros. O principal motivo apontado na pesquisa foi o alcoolismo que ocorre mais no período da noite e aos domingos.

Descritores: Alcoolismo. Violência contra mulher. Violência doméstica.

INTRODUÇÃO

A violência exercida contra a mulher é qualquer ação que possa vir a causar lesões físicas, sexuais ou psicológicas a uma mulher; sendo a violência doméstica e o estupro as formas mais habituais de violência, que podem ocorrer no local de trabalho, na sociedade ou em casa (BEERS, 2009).

A violência doméstica inclui não só o abuso de mulheres, mas também de crianças, homens e idosos, envolve o medo de um indivíduo em relação ao outro, e que está relacionado com a necessidade do companheiro em manter o controle sobre o parceiro; possuindo suas raízes na desigualdade de gênero (BOCK, 2003).

A violência contra a mulher atinge o direito à vida, à integridade física e à saúde, sendo esta uma das principais formas de violação aos direitos humanos da mulher. A violência atinge mulheres e homens de formas diferentes, os homens tendem a serem vítimas da violência praticada em espaços públicos, enquanto que as mulheres sofrem violência cotidianamente dentro de suas casas, praticada na maioria das vezes por seu companheiro ou familiar. A violência atinge mulheres de diferentes classes sociais, raças, origens, religiões, escolaridades e estado civil, sendo praticada de todas as formas, psicológica, moral, física, sexual, doméstica, patrimonial e tráfico de mulheres (BRASIL, 2011a).

As crianças expostas a essa violência provavelmente terão problemas emocionais, comportamentais e na escola; os adolescentes são mais propensos a usar drogas e álcool, e a ter relações sexuais sem proteção; e os adultos que cresceram presenciando a violência em casa são mais propensos a perpetrar ou vivenciar a violência com seu parceiro e familiar (WHO, 2013).

Segundo o Decreto Nº 5.099 de 03 de junho de 2004, a violência contra a mulher configura-se um problema de alta relevância e incidência, mas apresenta uma pequena visibilidade social; e para dimensionar este problema e suas consequências é de fundamental importância que se faça o registro destes casos no Sistema Único de Saúde (SUS), contribuindo com o desenvolvimento de políticas e da atuação do governamental em todos os níveis (BRASIL, 2004).

A Lei nº 10.778 de 24 de novembro de 2003 estabelece no território nacional, a notificação compulsória, em caráter sigiloso, dos casos de violência contra mulher que forem atendidas em serviços privados e públicos de saúde; e defini a violência contra mulher sendo a violência baseada no gênero, sendo qualquer ação ou conduta decorrente de discriminação e desigualdade étnica que cause sofrimento psicológico, sexual, físico, e que cause danos ou morte, tanto no âmbito privado quanto no público (BRASIL, 2003).

No Brasil em 2006 entrou em vigor a Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006 para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, a lei tipifica os tipos de violência doméstica, que pode ser psicológica, moral, física, sexual e patrimonial; e determina que mulheres em situação de violência e seus dependentes, sejam encaminhados aos programas e serviços de proteção e de assistência social e define violência doméstica e familiar contra as mulheres em seu artigo 5º:

“Art. 5º Para os efeitos desta Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial.” (BRASIL, 2011a)

A violência contra as mulheres tem graves consequências para a saúde, como gravidezes não desejadas e abortos induzido, lesões físicas, morte, doenças sexualmente transmissíveis, infecções, incluindo HIV, depressão, transtorno de estresse pós-traumático, uso de tabaco, drogas e álcool, entre outros problemas de saúde. E também gera um impacto econômico onde os custos da violência por parceiro íntimo são muito elevados para os países, incluindo os gastos com o fornecimento de serviços de saúde, sociais e jurídicos (WHO, 2013).

Um estudo realizado no período de 2006 a 2008, no setor de Psicologia de uma Delegacia para a Mulher em um município da região metropolitana de Porto Alegre/RS; aponta que o predomínio da violência psicológica esta entrelaçada com os outros tipos de violência, e o principal agressor e o abusador sexual se encontram dentro de casa.

A violência na família e o uso de álcool e drogas esta associados à violência atual, podendo ser considerados estes os preditores da violência. E destaca a importância de identificar as variáveis relacionadas à violência contra a mulher, e de considerar como foco de atenção e intervenção urgentes o agressor e o uso de álcool e outras drogas (GADONI-COSTA; et al., 2011).

As mulheres vítimas de violência têm o direito à proteção legal e o direito de serem atendidas de forma digna, respeitosa e humanizada nos serviços públicos como os de saúde, justiça e delegacias, e sua palavra deve ter credibilidade; e para amenizar os danos sofridos é dever do poder público proteger, cuidar e encontrar soluções (BRASIL, 2006a).

Apesar de violência contra a mulher atingir grande parte das mulheres no mundo, dados e estatísticas sobre este problema de saúde pública ainda são bastante escassos; no Brasil, embora a violência esteja presente na vida de milhões de mulheres também não existem estatísticas o que apontem a magnitude deste problema, com exceção de alguns poucos estudos realizados na área de violência doméstica por organizações não-governamentais (BRASIL. 2011a).

Neste contexto e considerando que a violência contra a mulher, e, sobretudo relacionada ao uso de álcool e drogas, é um problema que envolve múltiplos fatores e que afeta milhares de famílias em todo mundo; justifica-se elaborar este estudo no sentido de ampliar o conhecimento em relação à violência contra mulher, conhecer o perfil dos agressores e das vítimas e o que gera essa violência contra as mulheres; e possibilitar a criação de novos dados para contribuir na evolução e no desenvolvimento de novas políticas públicas de saúde, e contribuir para futuras pesquisas sobre o tema, buscando minimizar este tipo de violência.

Devido ao fato de não haver muitas informações e estatísticas recentes em Uberlândia no ano de 2013 referentes à violência contra a mulher, e como possível forma de atualização de informações; dada a relevância do assunto se faz necessário desenvolver esse trabalho, buscando conhecer melhor o que gera a violência contra a mulher em Uberlândia-MG. Com o objetivo posterior de divulgação em congressos, seminários e publicação em periódicos científicos, para servir de subsídio para futuras pesquisas na área.

Considerando os fatores que envolvem a violência contra a mulher ora citados e por tudo que foi abordado, através da realização desse trabalho acredita-se contribuir na busca de subsídios para o entendimento dos fatores de risco e planejamento da assistência; fornecendo também nova fonte de dados para atualização e consulta de futuras pesquisas. Pela explanação da importância desse trabalho, este estudo busca responder a seguinte questão norteadora: Qual o perfil da violência contra as mulheres atendidas pela Polícia Militar de Minas Gerais no município de Uberlândia-MG no ano de 2013?

OBJETIVOS

Objetivo geral

Conhecer as características da violência exercida sobre as mulheres atendidas pela Polícia Militar de Minas Gerais em Uberlândia no ano de 2013.

Objetivos específicos

- Determinar os principais tipos de violência contra a mulher e suas causas;
- Identificar o horário que mais ocorreu violência contra mulher;

- Definir a relação entre a vítima e o autor, o gênero e a faixa etária;
- Identificar o horário e dia da semana em que mais ocorreu violência em detrimento do uso de substâncias psicoativas.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de estudo observacional, retrospectivo de caráter descritivo com abordagem quantitativa.

Segundo Gil (1991) pesquisa descritiva busca descrever as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer as relações entre variáveis; que utiliza técnicas padronizadas de coleta de dados, questionários e observação sistemática.

A pesquisa quantitativa se inicia com o estudo de certo número de casos individuais e quantifica fatores segundo um estudo (RAMPAZZO, 2005).

Local do estudo

Os dados foram coletados na 9ª Região de Polícia Militar (RPM) de Minas Gerais com sede em Uberlândia, que é responsável pelo policiamento de dezoito cidades do norte do Triângulo Mineiro; em Uberlândia a PMMG está articulada em dois batalhões 17º Batalhão da Polícia Militar (BPM) e 32º BPM, uma companhia independente 9ª Companhia de Meio Ambiente e Trânsito, uma companhia para missões especiais 9ª Cia MEsp e ainda o comando da região 9ª RPM (PMMG, 2014).

A cidade de Uberlândia fica localizada na Mesorregião do Triângulo Mineiro/Alto Paranaíba, Estado de Minas Gerais, Região Sudeste do Brasil. Conta com os distritos de Cruzeiro dos Peixotos, Martinésia, Miraporanga, Tapuirama, além do Distrito Sede de Uberlândia-MG. Possui extensão e área de 4.115,82 km², sendo 219 de área urbana e 3.896,82 de área rural. Estima-se que sua população seja de 604.013 habitantes. Apresentou Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) em 2010 de 0,789, seu Produto Interno Bruto (PIB) per capita a preços correntes de 2011 foi de 30.516,51 reais, e ainda conta com 108 estabelecimentos de saúde do SUS (IBGE, 2014; PMU, 2014).

Plano amostral

No ano de 2013 no período de 01 de Janeiro de 2013 a 31 de Dezembro de 2013 foram atendidas 2.556 vítimas de violência contra mulher em Uberlândia-MG.

A partir destes dados foi aplicado cálculo estatístico para tamanho da amostra com nível de confiança de 95%, desvio de 5% e variância 85,6% o qual mostrou que serão necessários 320 Boletins de Ocorrência para se alcançar uma amostra significativa.

Foram analisados 335 Boletins de ocorrência. Utilizando a técnica de amostragem probabilista aleatória simples, que para Torezani (2004) é equivalente a um sorteio lotérico, onde os elementos são retirados ao acaso da população e todos tem probabilidade fixa de ser amostrado. Essa amostragem aleatória simples se dará relacionando em ordem numérica os 2.556 BOs no programa Microsoft Excel 2010®, e utilizado a função =ALEATÓRIOENTRE(1;2556), para se obter os 335 BOs necessários, sendo que os BOs que não entrarem nos critérios de inclusão serão excluídos da pesquisa e substituídos para se atingir a amostra desejada, utilizando-se a mesma função para selecioná-los.

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nos meses de Outubro e Novembro de 2014, as informações foram colhidas dos Boletins de Ocorrência da Polícia Militar MG que constavam a mulher com vítima de violência; foi utilizado um formulário semiestruturado elaborado pela pesquisadora, a partir de revisão da literatura contendo aspectos relacionados dados pessoais e da violência contra a mulher, sendo dados da ocorrência tipo de ocorrência, dia da semana, mês, horário, bairro, região, causa presumida, relação entre vítima e autor; e dados da vítima e do autor, gênero, idade, estado civil, escolaridade e encaminhamento hospitalar.

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa, apenas os Boletins de Ocorrência que ocorreram na cidade de Uberlândia e no referido período da pesquisa de 01 de Janeiro de 2013 a 31 de dezembro de 2013 e que constavam a mulher com vítima de violência.

Foram excluídos da pesquisa, os Boletins de Ocorrências que ocorreram em outras cidades da região e que não estiveram no período referido da pesquisa e que não foram sobre violência contra mulher.

Análise dos dados

Os dados foram analisados inicialmente uma análise descritiva dos dados obtidos, através de um banco de dados utilizando o programa IBM SPSS Statistics v20, traçando dados paralelos através de gráficos e tabelas para melhor transparência dos valores achados. Os resultados também serão comparados a estudos semelhantes, estabelecendo comparativos e apontando preocupações, sugestões, pontos fortes, pontos fracos, dentre outros.

Considerações éticas

Foi dispensada a utilização do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) uma vez que os sujeitos da pesquisa não estiveram presentes no momento da coleta de dados por se tratar de coleta de dados secundária. Garantido o sigilo na identificação do sujeito da pesquisa conforme Resolução 466/12.

Foi solicitada a autorização à Nona Região da Polícia Militar do Estado de Minas Gerais em Uberlândia para a solicitação dos dados necessários à realização da pesquisa.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

A amostra foi composta por 335 boletins de ocorrência, que constava a mulher como vítima de violência; foram sorteados aleatoriamente, dentre 2.556 BOs e foram excluídos 2 boletins sorteados que eram de outras cidades, sendo substituídos por outros 2 através de sorteio aleatório. No total foram 382 vítimas na sua maioria mulheres e no total foram 342 autores sendo na maioria homens.

Caracterização das Ocorrências

A maioria dos boletins de ocorrência apresentou mais de um tipo de violência totalizando 576 tipos de violência contra mulher, sendo os principais tipos de violência

a violência doméstica com o maior número de ocorrências 216 (37,5%), seguido de ameaça que apresentou 151 (26,2%) ocorrências, lesão corporal em 98 (17%) ocorrências e agressão 88 (15,3%) ocorrências.

Causas da violência

Na amostra de 335 ocorrências analisadas alguns boletins tiveram mais de uma causa resultando em 363 causas, sendo várias as causas, as principais causas foram o alcoolismo presente em 76 (20,9%) ocorrências, seguida do término da relação presente em 68 (18,7%) ocorrências.

Horários de ocorrência da violência

Verifica uma progressão desde o período da manhã sendo mais acentuada no período da noite, voltando a reduzir no período da madrugada. O horário que mais ocorreu violência foi no início da noite entre 18h00min e 00h00min com 148 (44,2%) das ocorrências, chegando a quase metade das ocorrências neste período do dia.

Relações entre a vítima e o autor

As 335 ocorrências analisadas apresentaram 382 vítimas e nessa relação em primeiro lugar o agressor é o cônjuge/companheiro com 191 (50%) vítimas representando metade das vítimas, e em segundo lugar o agressor é o ex-cônjuge/ex-companheiro em 124 (32,5%) vítima.

Características das vítimas e autores das ocorrências

Do total de 382 vítimas 353 (92,4%) eram do sexo feminino e 29 (7,6%) eram do sexo masculino são parentes ou possuem algum relacionamento com a vítima ou não e que acabaram se envolvendo na ocorrência e também vindo a sofrer violência juntamente com as mulheres se tornando também uma vítima; e dos 342 autores apenas 8 (2,3%) eram do sexo feminino e 334 (97,7%) do sexo masculino sendo na maioria seu companheiro/cônjuge. A principal faixa etária das vítimas é de 20 a 29 anos com 123 (32,2%) vítimas seguido da faixa etária 30 a 39 anos com 121 (31,7%) vítimas; dos autores a faixa etária de 30 a 39 anos também com 121 (35,4%) autores é a principal faixa etária seguida de 20 a 29 anos com 97 (28,4%) autores.

Relação do alcoolismo e das drogas ilícitas com o horário da violência contra mulher

O consumo de álcool e de drogas ilícitas nas ocorrências de violência contra mulher está presente em maior quantidade no período da noite, o alcoolismo causa mais violência no início da noite entre as 18h00min e 00h00min com 40 ocorrências seguidas da madrugada no período da 00h00min as 06h00min em 20 ocorrências, e o consumo de drogas foi maior no início da noite entre 18h00min e 00h00min em 7 ocorrências.

Relação do alcoolismo e das drogas ilícitas com o dia da semana conforme os boletins de violência contra mulher

O dia da semana que teve mais ocorrências por causa do alcoolismo foi no domingo com 23 ocorrências e por causa das drogas ilícitas foi na sexta com 7 ocorrências.

Durante a análise dos dados pode se perceber através da análise dos históricos dos boletins algumas vítimas apresentam ou não lesões leves onde ambos os autores e vítimas recusaram encaminhamento hospitalar; enquanto que em outros casos a violência teve consequências maiores onde a vítima precisou de atendimento hospitalar; em um dos casos onde houve mais de um tipo de violência onde a vítima apresentou lesões mais graves, ela estava gestante e com as agressões apresentou sintomas de um possível aborto provocado por terceiros.

A maioria dos estudos que abordam a violência destacam as formas mais cometidas, o que foi confirmado nesta pesquisa, que mostra que a maioria dos boletins de ocorrência apresentou mais de um tipo de violência contra mulher, sendo os principais tipos de violência a violência doméstica com o maior número de ocorrências seguido de ameaça, lesão corporal e agressão.

DISCUSSÃO

As vítimas na amostra analisada foram na sua maioria mulheres, os homens aparecem em um numero bem menores sendo os filhos da vítima, atuais companheiros ou outros envolvidos como amigos, parentes ou pessoas sem nenhum relacionamento com o autor que também se tornam vítimas; os autores na maioria foram homens; e em alguns casos as mulheres também se tornam agressoras, e teve casos que a atual companheira do autor foi quem agrediu a ex-companheira do mesmo.

A violência psicológica esta presente também nos outros tipos de violência, por mais que não seja relatado pela vitima. O abuso psicológico permeia as outras modalidades de violência, afetando toda a família, as ameaças podem muitas vezes se estenderem aos outros membros da família, principalmente os filhos (OLIVEIRA; et. al., 2003)

Em pesquisas nacionais realizadas evidenciam a violência física e lesão corporal como maioria, seguida da violência moral e ameaça praticamente empatada com a psicológica; as ameaças são feitas por palavras ou através do telefone; o atrito verbal e familiar corresponde a um percentual significativo, são atritos causados por palavras onde o agressor por qualquer motivo gera um clima de desentendimento entre a família e o casal. O motivo mais citado foi o uso do álcool e o ciúme; sendo o agressor o marido ou companheiro o principal responsável pelas agressões (FARIA, 2007).

Na amostra analisada alguns boletins tiveram mais de uma causa, sendo a principal causa o alcoolismo, seguida do termino da relação.

E com relação ao horário que mais ocorreu violência contra a mulher foi no período da noite, entre as 18h00min às 00h00min. Este período também ficou evidente na pesquisa realizada por Garcia em 2007.

Segundo um estudo realizado por Faria em Uberlândia, no ano de 2007, também evidenciou o período da noite, período este em que os casais, após a jornada de trabalho estão mais juntos. Para Bandeira (1999), a maioria dos homens ao regressarem às suas residências passa pelos bares consumindo bebidas alcoólicas.

Algumas ocorrências apresentaram mais de um autor e vítima sendo de um a dois autores e de uma a três vítimas; e nessa relação em primeiro lugar o agressor é o cônjuge/companheiro representando metade das vítimas, e em segundo o agressor é o ex-cônjuge/ex-companheiro.

A pesquisa realizada por Silva e Borges (2013) em Uberlândia, mostra que a relação do agressor com a vítima é de concubinato, companheiro (a) ou marido/esposa, namorado (a) ou ex-maridos/ex-esposas, ex-namorados ou ex-

companheiros (as); onde a maioria dos casos ocorreu em casa e no período da noite. E ressalta que a motivação da violência é em grande número relacionado a problemas como o alcoolismo, recusa sexual ou outros problemas relacionados à sexualidade, raiva, ou a dependência química; citando também o ciúme e o adultério, referindo-se principalmente aos homens, pelo sentimento de posse, pois eles vêm suas esposas e companheiras como objetos de sua propriedade.

A maior parte das vítimas é do sexo feminino e uma minoria do sexo masculino, sendo estes homens parentes ou possuem algum relacionamento com a vítima ou não, e que acabaram se envolvendo na ocorrência também vindo a sofrer violência juntamente com as mulheres, se tornando vítima. Sobre os autores uma minoria foi do sexo feminino e a maior parte do sexo masculino sendo na maioria o companheiro/cônjuge. Com relação às idades das vítimas e dos autores, as vítimas são mais jovens, na faixa etária de 20 a 29 anos seguida da faixa etária de 30 a 39 anos; enquanto que os autores esta mesma faixa etária de 30 a 39 anos também com mesmo número de pessoas sendo esta a principal faixa etária, seguida da faixa etária de 20 a 29 anos. Segundo outras pesquisas (FARIA, 2007; GARCIA, 2007) as vítimas são mais jovens na faixa dos 15 aos 30 anos e os autores mais velhos na faixa etária de 23 a 46 anos, revelando as características culturais locais, onde nas uniões conjugais os homens são mais velhos que as mulheres.

Com relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas nas ocorrências de violência contra mulher, eles estão presentes em maior quantidade no período da noite, o horário do dia que mais teve ocorrências por causa de alcoolismo e de drogas foi no início da noite entre as 18h00min e 00h00min; e o dia da semana que teve mais ocorrências por causa do alcoolismo foi no domingo e por causa das drogas ilícitas foi na sexta.

Na violência contra a mulher o uso do álcool desempenha um papel importante, tanto as mulheres que sofreram violência, como os homens agressores e os policiais militares apontam o álcool como fator desencadeante e facilitador; o álcool relacionado à violência pode desencadear discussões levando a cometer ou ser vítima de violência; para os policiais o percentual de agressões vinculadas ao álcool na cidade de Concórdia em Santa Catarina é de aproximadamente 80%. Os motivos da violência alegados pelo agressor são vários, porém ele usa o ciúme e o álcool como justificativa. Estes motivos colocam o agressor em posição passiva, onde a responsabilidade pela violência seria a própria mulher, pois é dela que ele sente ciúmes, e o álcool seria responsável por ele estar embriagado não respondendo por si de modo que os atos cometidos merecem ser desculpados (SIGNORI; MADUREIRA, 2007).

Existe uma alta proporção de atos violentos quando o álcool ou as drogas estão presentes entre os agressores e vítimas ou entre ambas as partes (SIQUEIRA; ANDRADE; GUIMARÃES, 2013).

A chance de a mulher sofrer violência é maior quando elas fazem o uso frequente de álcool e/ou drogas aumentam em duas vezes sua chance de sofrer violência por parceiro íntimo enquanto o uso de drogas ilícitas triplica este risco (AUDI; et. al., 2008). Os usos de drogas lícitas e ilícitas expõem as mulheres a situações de violência sem que as mesmas percebam, desestruturando o lar e provocando sofrimento aos também aos filhos gerando estresse e ansiedade (ALMEIDA; PASA; SCHEFFER, 2008).

O uso de bebidas alcoólicas durante a violência pelos homens mais frequentes do que nas mulheres. O álcool ou as drogas são usados antes ou depois da violência, muitas vezes são usadas como desculpa para cometer a violência ou para alcançar um estado emocional que facilite a violência (MORAES, 2012). O uso do álcool é um facilitador para a violência ele modifica padrões no comportamento, criando condições

para discussões, ameaças podendo resultar em agressões sexuais e físicas (MONTEIRO, 2011).

Não existe um único perfil do agressor e da vítima, existem padrões de comportamento que refletem uma história de discriminação e submissão da mulher na sociedade; onde os padrões inferiorizam determinados grupos em benefício de outros (SILVA, 2013).

CONCLUSÕES

A violência psicológica se encontra em todas as outras formas de violência, que abala toda a família a desestruturando. A vítima fica presa tanto emocionalmente como financeiramente a relação, e sem o apoio de outras pessoas ela não consegue sair sozinha. E é importante que as mulheres tenham conhecimento de existem locais onde pode buscar ajuda.

Os motivos apontados na pesquisa foram vários, mas o principal foi o alcoolismo que ocorre mais no período da noite e nos domingos, ele trás prejuízo para toda a família e não apenas para quem consome.

A vítima na maioria das vezes não procura ajuda ou quando o fazem, não dizem a verdade seja por medo ou vergonha. A violência psicológica muitas das vezes é ocultada pela vítima, pois não deixam marcas visíveis.

E cabem aos profissionais que atuam no atendimento de vítimas ou possíveis vítimas, como policiais militares e civis, médicos e enfermeiros, saberem identificar um possível abuso, e assim poderem ajuda-las, com o intuito de erradicar e prevenir a violência.

E para que isso aconteça é necessário que se conheça qual o tipo, a causa da violência, e quem é a possível vítima.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. M. M.; PASA, G. G.; SCHEFFER, M. Álcool e Violência em Homens e Mulheres. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. 2008.

AUDI, C. A. F.; SEGALL-CORRÊA, A. M.; SANTIAGO, S. M.; ANDRADE, M. G. G.; PÉREZ-ESCAMILLA, R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. **Rev Saúde Pública**. 2008.

BANDEIRA, L.. Um Recorrido pelas estatísticas da violência sexual no Distrito Federal. **Violência, gênero e crime no Distrito Federal**. Brasília: Paralelo 15, Ed. Universidade de Brasília, 1999.

BEERS, M. H.. **Manual Merck de Informação Médica: Saúde para a família**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

BOCK, A. M. B.; et al.. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 13 ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRASIL. Lei Nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for

atendida em serviços de saúde públicos ou privados. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 nov 2003.

_____. Decreto Nº 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei no 10.778, de 24 de novembro de 2003, Institui os serviços de referência sentinela. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 4 jun 2004.

_____. Ministério da Saúde Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Agenda da Mulher**. Brasília: 2006a.

_____. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília, 2011a. 46p.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Lei Maria da Penha Lei nº 11.340/2006. **Diário Oficial da União**. Brasília. 2012.

FARIA, S.V.R. **Violencias contra as mulheres na relação conjugal: uma pesquisa na Delegacia Adjunta de Repressão a Crimes Contra à Mulher (DARCCM)-Uberlândia-MG**. Campinas: 2007. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000427700>>. Acesso em: [25 nov 2014].

GADONI-COSTA, L. M. et al. Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher. **Estudos de Psicologia**, v. 28, n. 2, p. 219-227, Campinas, 2011.

GARCIA, M. V.. **Aspectos epidemiológicos e clínicos da violência contra a mulher no município de Uberlândia, MG. 2007**. 88 f. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Uberlândia, Minas Gerais. Infográficos: Dados gerais do município**. 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/233KZ>>. Acesso em: [22 out 2014].

MONTEIRO, C. F. S.; DOURADO, G. O. L.; GRAÇA JUNIOR, C. A. G; FREIRE, A. K. N. Relatos de mulheres em uso prejudicial de bebidas alcoólicas. **Rev Enferm UFPI**, Teresina, (spe), p. 49-54, Campinas, 2013.

MORAES, A. F.; RIBEIRO, L. As políticas de combate à violência contra a mulher no Brasil e a "responsabilização" dos "homens autores de violência". **Sex. Salud Soc.**, n. 11, Rio de Janeiro, 2012 .

OLIVEIRA, E. N.; FREIRE, M. A.; JORGE, M. S. B.; BARROS, H. M. Perfil e sofrimento de mulheres vítimas de violência atendidas em uma delegacia especializada. **Rev. RENE**, v. 4, n. 2, p. 30-37, jul.-dez. 2003.

POLÍCIA MILITAR DE MINAS GERAIS. **Nona Região da Polícia Militar**.2014. Disponível em: <<https://www.policiamilitar.mg.gov.br/portal-pm/9rpm/conteudo.action?conteudo=1676 &tipoConteudo=itemMenu>>. Acesso em: [22 out 2014].

PREFEITURA MUNICIPAL DE UBERLÂNDIA. **Uberlândia**. 2014. Disponível em: <<http://www.uberlandia.mg.gov.br/>> Acesso em: [22 out 2014].

RAMPAZZO, L. **Metodologia Científica para alunos dos cursos de graduação e pós graduação**. 3 ed., São Paulo: Loyola. 2005.

SIGNORI, M.; MADUREIRA, V. S. F. A violência contra a mulher na perspectiva de policiais militares: espaço para a promoção da saúde. **Acta Sci. Health Sci. Maringá**, v. 29, n. 1, p. 7-18, 2007.

SILVA, L. J.; BORGES, D. T. B. Violência Conjugal e Intrafamiliar: Breve história da ONG SOS Ação Mulher Família e instituições públicas que combatem a violência contra a mulher em Uberlândia – 1985/ 2011. **Revista Caderno Espaço Feminino**, v. 26, n. 1, Uberlândia, Jan./Jun. 2013.

SIQUEIRA, V. B; ANDRADE, R. B.; GUIMARAES, O. D. Associação entre o uso de álcool e outras drogas com a violência de gênero. **Rev Enferm UFPI**, n. 2 (spe), p. 49-54, Teresina,, 2013.

TOREZANI, W. **Apostila de Estatística I**. Vila Velha: Faculdade Univila – Curso de Administração, 2004. 59 p.

WHO. **Violence against Women**. The Health Sector Responds. 2013.

PERFIL CLÍNICO OBSTÉTRICO DAS PARTURIENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, QUANTO À INDICAÇÃO DO TIPO DE PARTO

Camila Andrade Chitarra¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²; Guilherme Silva de Mendonça³; Renata Lemos de Sousa Neto⁴

¹Enfermeira, graduada do curso de Enfermagem, Faculdade de Medicina (FAMED), Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

²Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

³Pedagogo, Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: guilherme.silva@ufu.br

⁴Enfermeira, Coordenadora do Centro Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

RESUMO

Introdução: Tem-se observado no Brasil, nos últimos anos, elevação na taxa de cesariana. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que não há justificativa para um percentual de partos cesáreos superior a 15% em nenhuma região do mundo. O Ministério da Saúde do Brasil, igualmente, considera que elevadas taxas de cesáreas são fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal (KILSZTAJS et al, 2007). **Objetivos:** Identificar o perfil clínico/obstétrico das parturientes atendidas em um hospital universitário, quanto à indicação do tipo de parto. **Metodologia:** Estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, em um hospital público universitário em Uberlândia-MG o qual realiza cerca de 200 partos/mês. Participaram do estudo 250 puérperas selecionadas aleatoriamente. A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista. **Resultados:** Das 250 mulheres pesquisadas, 188(75,2%) evoluíram para cesárea e 62(24,8%) para parto normal, destas 199(79,6%) eram casadas e 51(20,4%) solteiras. Quanto à história obstétrica 103(41,2%) eram primigestas, nulíparas, 200(50,0%) nenhum aborto. Das 89(35,6%) que apresentaram indicações de cesariana as principais foram: Oligohidrânio 11(12,3%), escolha da paciente 10(11,2%), Hipertensão Arterial 7(7,8%) e Pré-eclâmpsia 4(4,5%). **Conclusão:** A partir da relação entre o tipo de parto realizado e o histórico obstétrico é possível observar a existência de inadequações das condutas assistenciais e incompatibilidade com o baixo índice de partos normais encontrados. Ressalta-se que outras pesquisas devem ser realizadas para subsidiar a elaboração de programas de capacitação profissional no intuito de elevar as taxas de parto normal de acordo com o preconizado e diminuir a ocorrência de cesariana sem indicação clínica que a justifique.

Descritores: Parto normal. Cesárea. Puerpério

INTRODUÇÃO

Historicamente a assistência ao parto era de responsabilidade exclusiva das parteiras, utilizando apenas suas experiências. Na década de 40 o parto passou de um processo privativo, natural e familiar, no qual a mulher tinha privacidade e autonomia para um processo vivenciado em instituições de saúde, onde vários atores participavam. Neste contexto a mulher vem perdendo sua posição de protagonista do

processo parturitivo, sendo submetidas a normas institucionais e práticas de intervenção sem que estas fossem devidamente esclarecidas. Com esse processo o parto normal que é um processo natural, culmina em práticas de intervenção, por medo ou tensão destas mulheres no novo modelo assistencial (MOURA; et al, 2007).

No Brasil, a atenção a mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado num modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (SERRUYA; CECATTI; LAGO,, 2004).

A crítica à assistência ao parto se insere no questionamento mais amplo que as mulheres fazem aos serviços de saúde, e parte da proposição feminista de que a situação de subordinação aí experimentada pelas mulheres e expressa na medicalização do corpo feminino é socialmente determinada, e não uma decorrência natural de suas características biológicas (DINIZ, 1996).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera que não há justificativa para um percentual de partos cesáreos superior a 15% em nenhuma região do mundo. O Ministério da Saúde do Brasil, igualmente, considera que elevadas taxas de cesáreas são fatores determinantes da morbimortalidade materna e perinatal (KILSZTAJS; et. al., 2007).

Segundo o Ministério da Saúde a implementação ou a extinção de ações direcionadas ao atendimento das necessidades básicas da mulher está diretamente relacionada com o reconhecimento pelos profissionais, da mulher como protagonista do processo de parto, devendo ter dignidade, individualidade e valores respeitados (BRASIL, 2001).

A escolha do tipo de parto pela gestante é assunto atual, complexo e polêmico. A “cesariana a pedido” tem sido implicada como uma das causas do crescente aumento de partos cesarianas. Os índices de cesarianas aumentaram em diversos países, atingindo 26%, nos Estados Unidos; 21,3%, na Inglaterra; 23,9%, na Irlanda do Norte e 19%, no Canadá. Na América do Sul, estudo ecológico mostra que em 12 países, que juntos representam 81% dos partos da região, os índices de cesariana são muito superiores aos 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde. O Brasil apresenta índice superior a 35%. (CURRY; MENESES, 2006.)

Com base nessas informações e considerando os altos índices de parto cesárea, este estudo busca responder a seguinte questão norteadora, “Qual o perfil das parturientes atendidas em um hospital universitário do interior do Brasil, quanto à indicação do tipo de parto”?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar o perfil clínico/obstétrico das parturientes atendidas em um hospital universitário, quanto à indicação do tipo de parto.

Objetivos Específicos

- Verificar se a puérpera realizou acompanhamento pré-natal, e as condições deste;
- Identificar possíveis intercorrências durante a gestação que a classifique como gestação de alto risco;
- Avaliar a assistência prestada durante o trabalho de parto e parto quanto aos parâmetros previstos no PHPN;

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de corte transversal, descritivo, com abordagem quantitativa. A abordagem quantitativa caracteriza-se uma vez que parte da pesquisa será por opiniões e informações, e outra parte será composta da tradução das opiniões e informações que inicialmente foram colhidas e serão posteriormente traduzidas em números e, aplicados cálculos estatísticos para comparação (MARCONI; LAKATOS, 2007).

A população deste estudo foi constituída por 250 puérperas admitidas no Setor de Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Todas as parturientes convidadas aceitaram participar da pesquisa e, portanto, todas foram incluídas na pesquisa considerando os critérios de inclusão e exclusão.

A coleta de dados foi realizada individualmente aplicando um questionário. Este questionário foi constituído por perguntas relacionadas às características maternas, condições obstétricas ou intercorrências clínicas e à percepção da parturiente quanto à assistência recebida. Considerando-se as especificidades desta pesquisa, a adoção de um estudo de abordagem quantitativa mostra-se adequado por permitir a compreensão estatística das questões sobre o perfil clínico obstétrico da parturiente atendida na maternidade do HC- UFU.

A pesquisa com as parturientes foi realizada no período de janeiro a março de 2012, em dias alternados contemplando os diferentes dias e turnos de atendimento às parturientes admitidas na sala de pré-parto do Setor de Maternidade do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Projeto aprovado pelo CEP em 18/12/2012 sob o nr CAAE: 06889812.3.0000.5152.

RESULTADOS

Dentre as 250 mulheres acompanhadas durante o período em estudo, predominou o tipo de parto cesáreo (188/75,2%), seguido por parto normal (62/24,8%), sendo acompanhadas predominantemente aquelas com idade entre 18 e 25 anos (131/52,4%), seguida das que possuem idade entre 26 e 30 anos (59/23,6%), \geq 31 anos (50/20,0%) e \leq 17 anos (10/4,0%). Em relação ao estado civil, a maioria delas (199/79,6%) eram casadas, enquanto o restante (51/20,4%) solteiras.

Quanto a história obstétrica de acordo com GPA (número de gestações, partos e abortos) entre as 250 mulheres, predominaram aquelas que não tiveram nenhuma gestação anterior (103/41,2%), seguida das que já tinham uma gestação anterior (82/32,8%), duas gestações anteriores (45/18,0%); três gestações ou mais (20/8,0%). Predominou as que eram primíparas (127/50,8%), seguida das secundíparas (83/33,2%) e múltiparas (13/5,2%), com três partos ou mais. Destaca-se que do total de 250 mulheres, 161 (64,4%) não tiveram nenhum parto cesáreo e 200 (80%) nenhum aborto prévio.

No que se refere às complicações obstétricas diagnosticadas em gestações anteriores, 61 (24,4%) apresentaram algum tipo de complicação na gestação anterior sendo principalmente pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (12/4,8%), hipertensão arterial (8/3,2%), diabetes gestacional (4/1,6%), necessidade de cerclagem (1/0,4%). Quanto ao recém-nascido 21(8,4%) tiveram peso < 2 kg ao nascer e 5 (6,0%) nasceram com <37 semanas.

Em relação ao número de gestações anteriores e aborto prévio 103(41,2%) não tiveram nenhum aborto. Das mulheres que tiveram duas gestações anteriores 62 (24,8%) não tiveram nenhum aborto, enquanto 20 (8,0%) tiveram um aborto. As mulheres que tiveram 3 gestações 29(11,6%) não tiveram nenhuma aborto, enquanto 16(6,4%) já tiveram pelo menos um aborto. Das mulheres que já tiveram quatro gestações ou mais 6 (2,4%) não tiveram nenhum aborto, enquanto 14(5,6%) já tiveram pelo menos um aborto prévio, dentre as gestações anteriores e parto cesáreo, 147(58,5%) já tiveram parto anterior, destas 89 (60,5%) tiveram cesárea anterior. As principais justificativas citadas para a realização do parto Cesário nas 89 mulheres foram: não dilatação do colo uterino (35/14%), oligohidrânio (11/4,4%) escolha própria da mulher (10/4%).

Das 250 mulheres entrevistadas 247(98,8%) realizaram o pré-natal e 3(1,2%) não o realizou. Das que não realizaram o pré-natal, 1(0,4%) justificou como sendo usuária de droga, 1(0,4%) por não morar na cidade e 1(0,4%) por diagnóstico de transtorno mental confirmado pela família. No que se refere a assistência pré-natal, 247 (98,4%) realizaram o pré-natal, 180(72,0%) afirmaram ter recebido orientações sobre o trabalho de parto, enquanto 66 (26,4%) não recebeu. Sobre as orientações a respeito da amamentação na primeira hora de vida, 170(68,0%) receberam orientações e 76(30,4%) não receberam. Ao serem questionadas sobre suas opiniões sobre o tipo de parto durante o pré-natal, 153(61,2%) afirmaram que o parto normal é mais seguro para a mãe, 33(13,2%) afirmaram que a cesariana é mais segura para a mãe, 31(12,4%) acreditam que os dois partos são seguros e 29(11,6%) não ficaram esclarecidas.

Quanto a preferência pelo tipo de parto no começo da gestação, 139 (55%) preferiam o parto normal, 74 (29,6%) cesariana, 34 (13,6%) não tinham preferência alguma e 3 (1,2%) não souberam informar. Já ao fim da gestação a respeito da escolha do tipo de parto, 61 (24,4%) ainda não haviam se decidido, 113 (45,2%) haviam escolhido o parto normal e 76 (30,4%) haviam escolhido o parto cesáreo.

Em relação a necessidade de internação hospitalar durante a gestação atual, das 250 mulheres entrevistadas 75(30%) foram hospitalizadas no período gestacional, principalmente por hipertensão arterial/pré-eclampsia (18/24,0%), infecção urinária (15/20%) e outros (14/18,6%). Destas que necessitaram de internação durante a gestação a maioria evoluiu para parto cesáreo (60/80%).

Quanto a decisão sobre o tipo de parto a maioria (196/78,4%) foi por decisão médica, 45(18%) por escolha da mulher e 7(2,8%) decisão conjunta. A escolha própria pelo tipo de parto foi maior ($p<0,05$) entre as mulheres que evoluíram para o parto normal quando comparados com a escolha própria por cesárea, a decisão do médico foi maior ($p<0,05$) entre as mulheres que evoluíram para cesárea. A decisão do médico tem 3,7 vezes mais chance de evoluir para cesariana do que para parto normal (*Odds Ratio* 3,704; IC 1,9-7,05; $p<0,0001$).

Das 62(24,8%) mulheres que evoluíram para parto normal, 29 (46,7%) não utilizaram nenhuma medida para o alívio da dor, 19 (30,6%) utilizaram o chuveiro, 17 (27,4%) utilizaram a bola de Bobat. Entre as 188(75,2%) que evoluíram para parto cesáreo 168(89,3%) não utilizaram nenhuma medida para o alívio da dor, 14(7,4%) utilizaram o chuveiro, 4 (2,1%) utilizaram a bola de Bobat, 1(0,5%) utilizou a massagem como medida para alívio da dor e 1(0,5%) utilizou outras medidas. A utilização dos métodos não farmacológicos foi maior entre as mulheres que evoluíram para o parto normal ($p<0,05$).

Na relação entre o tipo de parto e a presença de acompanhante durante a internação, das 62(24,8%) mulheres que evoluíram para parto normal, 11(4,4%) não tiveram acompanhante durante a internação e 51(20,4%) tiveram acompanhante durante toda a internação. Já as 188(75,2%) que evoluíram para parto cesáreo, 61(24,4%) não tiveram acompanhante durante a internação e 127(50,8%) tiveram acompanhante durante toda a internação.

Quanto ao peso ao nascer e o tipo de parto observou-se que a maioria dos recém nascidos com peso menor de 2.500grs., nasceram de parto cesáreo, porém não houve diferença estatisticamente significativa.

DISCUSSÃO

A maioria dos partos cesáreos encontrados neste estudo contradiz as taxas de cesariana preconizadas tanto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto pelo Ministério da Saúde do Brasil. Segundo Barbosa e outros (2003), embora o Ministério da Saúde e a OMS afirmem que não existam justificativas para índices de parto cesáreo superiores a 10%-15%, a elevação das taxas de cesárea é um fenômeno mundial desde as últimas décadas do século XX. Ao argumentar que as menores taxas de mortalidade perinatal correspondem aos países que mantêm índice de cesárea abaixo de 10%, a OMS declarou que este é o índice máximo aceitável. De acordo com Spindola e outros (2006), o Brasil, de modo geral, tem taxas de cesárea superiores às preconizadas pelo Ministério da Saúde, que seriam 40% para gestações de alto risco e 25% para risco habitual.

Os resultados obtidos quanto à faixa etária das mulheres participantes deste estudo, mostram que a faixa etária de 18 a 25 anos predomina. Melo e outros (2009) afirmam que considerando ser a idade materna um indicativo de nível de desenvolvimento de um país, o achado corresponde ao esperado para a população local de um país em desenvolvimento. De acordo com Spindola e outros (2006) os resultados também foram próximos aos encontrados em um estudo realizado em 2009, no Rio de Janeiro, onde foi obtido predomínio da faixa etária entre 19 a 25 anos (39,8%), seguidos daquelas com idade entre 26 a 30 anos (32,2%).

Em relação ao estado civil, existe uma prevalência das casadas (79,6%) assim como no estudo realizado em 2009, no Rio de Janeiro, por Spindola e outros (2006) onde (72,7%) eram casadas. Observou-se ainda que as mulheres casadas tem 2,2 chances a mais de estar na segunda gestação e o número de gestações também foi estatisticamente maior $p < 0,05$ nas casadas, o que confirma que as mulheres casadas tem maior chance de engravidar. Ainda segundo Spindola e outros (2006), é preciso ter consciência que embora vivamos no século XXI, ainda existem muitas mulheres que omitem seu verdadeiro estado civil, por isso neste estudo, mulheres amasiadas, ou com união estável com seu companheiro foram enquadradas no grupo das mulheres casadas.

Na análise da história obstétrica, prevaleceram as mulheres primigestas, nulíparas, sem abortos anteriores. Em relação à paridade, resultados diferentes destes foram encontrados em pesquisa realizada em Campo Grande em 2011, por Santos e Kassouf (2008) em que prevaleceram as primíparas (15,4%). Neste mesmo estudo, dentre a população avaliada foi encontrado percentual de 43,6% das mulheres com 1 aborto anterior e 11,1% com 2 abortos anteriores, dado este que se também difere do atual estudo.

Quanto ao número de cesáreas anterior, este estudo mostra que (27,1%) já passaram por um procedimento cirúrgico e segundo Freitas e outros (2008) a maior prevalência de cesarianas entre primíparas tem sido descrita como inapropriada para justificar a operação. Nesse sentido, o entendimento dos fatores associados com uma maior taxa entre esse grupo de mulheres deve ser especialmente investigado, principalmente porque a existência de história de cesariana prévia carrega riscos acumulados de um novo parto cirúrgico.

Ao analisar os tipos de parto e a ocorrência de complicações, observou-se que houve poucas intercorrências. No período e hospital em estudo, não houve morte materna por pré-eclâmpsia/eclâmpsia, porém, entre as complicações maternas estudadas, 12 (4,8%) apresentaram diagnóstico de pré-eclâmpsia/eclâmpsia em gestações anteriores, o que apresenta um saldo menor do que em um estudo realizado por Bezerra e outros (2005) em uma maternidade-escola de Fortaleza, Estado do Ceará, onde no período de 1981 a 2003, observou-se que 41,2% dos óbitos maternos foram em decorrência de complicações hipertensivas.

Observou-se que (64,4%) das cesarianas anteriores não foram justificadas, levando a mulher a um procedimento cirúrgico, onde de acordo com D'Orsi e Carvalho (1998) este tipo de parto implica um maior tempo de recuperação para a puérpera, interferindo no estabelecimento da relação mãe-filho no pós-parto e no início precoce e bem-sucedido da amamentação. Também compromete a futura história reprodutiva, pela alta frequência de cesáreas de repetição e realização concomitante de laqueadura tubária.

Entre outras indicações, os partos cesáreos foram justificados pela não dilatação do colo uterino (14,0%), por outros motivos (6,8%) o que inclui a iteratividade, ou seja, a existência de um parto cesáreo anterior, onde de acordo com Kim e outros (2005) essas taxas podem ser parcialmente justificadas pelo fato de ainda ser relativamente comum o argumento de que uma cicatriz uterina prévia justifica a repetição da cesárea devido ao maior risco de rotura uterina. De acordo com Dauphinee (2004) a repetição da cesárea é, portanto, um dos principais fatores contribuintes para as altas taxas de complicações, embora a segurança de uma tentativa de trabalho de parto depois de uma cesariana prévia venha sendo confirmada por inúmeros autores, desde que recebam atenção especializada e de qualidade.

Outro achado de consistência na literatura é a ocorrência de cesariana em grande parte dos partos cuja apresentação não é cefálica. No presente estudo, um número de partos registrados pelo obstetra como apresentação pélvica foi de (2,0%). Freitas, Sakae e Jacomino (2008) relata que entrevistas com obstetras mostraram que o ensino e a prática de partos vaginais nesses casos estão desaparecendo, o que contribui para a insegurança do médico frente às inúmeras variações que podem ocorrer durante o trabalho de parto.

De acordo com os resultados, 3,2% optaram pelo parto cesáreo, sem indicação médica, um valor relativamente baixo, o que segundo Tesser e outros (2011) diz que as mulheres que preferem a cesárea como via de parto são influenciadas pelos fatores culturais e pelos médicos que as assistem e embora algumas mulheres realmente escolham essa via para o nascimento de seus filhos, as pesquisas realizadas mostram que essa não é a escolha da maioria das usuárias.

Ainda segundo Dauphinee (2004) há relatos de que, em alguns hospitais públicos, não é habitual que parturientes permaneçam em evolução de trabalho de parto entre um turno de plantão e outro, prevalecendo a conduta de que todos os casos devem "ser resolvidos" no próprio plantão

Segundo Cury e Menezes (2006) a questão da influência da experiência sobre a escolha do parto em um estudo com 1.050 puérperas mostrou que o nível de satisfação da mulher, ainda que em geral muito alto, é maior na cesariana eletiva do que no parto vaginal, sendo assim, independentemente da indicação medica ou não essas mulheres podem vir a optar pelo próximo parto cesáreo.

A retirada cirúrgica de conceptos do útero, antes que tenham atingindo a completa maturidade fetal pode aumentar as complicações, tais como problemas respiratórios agudos e outras morbidades neonatais, e, em consequência, levar a necessidade de internação em UTI neonatal (TITA, 2009).

A maioria das mulheres (96,8%), referiu não ter problemas hipertensivos nas gestações anteriores, porém ao serem questionadas sobre pré-eclâmpsia, (4,8%) afirmaram a ocorrência desta patologia, o que deve chamar a atenção da equipe de saúde que acompanha estas mulheres, pois, segundo Lacerda e Moreira (2011) a hipertensão arterial complica 10% de todas as gestações e junto com a hemorragia e a infecção formam uma tríade letal, que causa até 50.000 mortes maternas por ano no mundo. Dentre essas complicações, encontra-se a pré-eclâmpsia, cujo início é lento e insidioso na segunda metade da gravidez. Caracterizando-se pelo desenvolvimento de hipertensão com proteinúria ou edema.

Ainda de acordo com o estudado, o numero de mulheres com diagnostico positivo de diabetes gestacional em gestações anteriores é baixo, (1,6%) o que de acordo com o estudo de Corrêa e Gomes (2004) a prevalência de diabetes mellitus durante a gestação é paralela à sua prevalência em mulheres em idade reprodutiva. Nas gestações complicadas pelo diabetes, a hiperglicemia materna é acompanhada por uma constelação de morbidades denominadas “fetopatia diabética”, sendo associadas a um maior índice de perda fetal, sendo assim, é importante identificar as mulheres com historia previa de diabetes gestacional para que do ponto de vista clinico, obstétrico, se possa controlar os índices glicêmicos nas próximas gestações.

Ao relacionar o numero de gestações anteriores com o tipo de parto, 10,8% das mulheres com uma gestação anterior, tiveram parto normal e 14% com duas gestações anteriores também tiveram parto normal, o que é mostrado também no estudo de Cury e Menezes (2006), onde mulheres com mais de três gestações apresentavam menor chance de estarem desmotivadas para parto normal.

Quanto à inserção na assistência pré-natal, das 250 entrevistadas, 3 delas não haviam iniciado no programa de pré-natal. Segundo PHPN (2002), a primeira consulta de pré-natal deve ser iniciada até o quarto mês da gestação, com no mínimo 6 consultas durante a gestação. Domingues e outros (2008) dizem que o pré-natal é importante para garantir uma gestação segura, saudável e sem nenhuma complicação até o final.

Segundo Serruya (2003) o PHPN foi planejado e discutido como uma política nacional em atenção aos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal, em conjunto com outras medidas adotadas para alcançar este objetivo como o limite percentual no pagamento das cesáreas e a implantação de um sistema de atenção à gestação de alto risco. No que se refere à caracterização da assistência pré-natal prestada as mulheres deste estudo, 72% receberam orientações sobre o trabalho de parto, enquanto que 68%) receberam orientações sobre amamentar na primeira hora de vida, de um total de 98,4% que realizaram o pré-natal. De acordo com um estudo publicado por Trevisan e outros (2002), o Ministério da

Saúde tem salientado a importância da realização de atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal.

No que se refere a preferência e escolha do tipo de parto, é preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) os quais afirmam que o preparo para o parto deve acontecer desde o pré-natal, onde se procura garantir à mulher o direito de escolha, mas contribuindo para o seu empoderamento com vistas ao parto normal (BRASIL, 2005). No começo da gestação 55,6% mulheres preferiam parto normal, e 30,4% preferiam parto cesáreo ao fim da gestação, o que segundo Tesser e outros (2011) a preferência pelo parto cesáreo, esta ligada aos fatores culturais gerais que referem-se à medicalização do ideário das pessoas em geral e das mulheres em particular, fazendo com que a cesárea seja considerada um bem de consumo e uma intervenção segura. Intervenções eficazes, portanto, devem focar meios multidisciplinares, como a equipe médica, a organização dos serviços nas maternidades, além de se basear em conhecimento das particularidades socioculturais locais.

Neste estudo, (9,6%) deram entrada no serviço sentindo contrações, (4,0%) entraram em trabalho de parto, (3,6%) romperam a bolsa e (2,4%) com perda do tampão mucoso, e todas estas evoluíram para o parto normal.

Ao serem questionadas sobre a escolha do tipo de parto, pequena parcela das gestantes entrevistadas (0,8%) disse ter sofrido influência de familiares (mãe, irmã, tias e primas) e de amigas na escolha pela via do parto. Melchiori e colaboradores (2009) relatam que a influência por parto normal ou cirúrgico vem de pessoas do convívio cotidiano que mantêm relação de afeto ou confiança com as gestantes, seja por parentesco ou amizade, o que esta ao contrário neste estudo.

Quanto às ações preconizadas pela política de humanização da assistência ao parto, foi observada a prática de métodos não farmacológicos de alívio da dor e indução do TP. Neste estudo a utilização dos métodos não farmacológicos foi maior entre as mulheres que evoluíram para o parto normal ($p < 0,05$). Observou-se que cerca de (8,4%) das mulheres realizaram exercícios na bola de Bobat e (13,2%) foram encaminhadas ao banho no chuveiro com água morna, porcentagens estas que se encontram abaixo dos valores esperados visto que estas práticas são comprovadamente benéficas e recomendadas para evolução fisiológica do trabalho de parto. Estudo realizado em São Paulo no ano de 2011 entrevistou enfermeiras que afirmaram que o índice de partos normais é maior entre mulheres que se exercitam na bola de Bobat. Dentre as entrevistadas (19,7%) referiu que este fato decorre do relaxamento proporcionado, (17,1%) referiu que é devido à progressão do trabalho de parto, (14,5%) relatou que se relaciona ao exercício da região perineal e (11,8%) ao alívio da dor. Além disso, Silva e outros (2011) mencionam em seu estudo que o auxílio na dilatação cervical e os benefícios psicológicos como fatores proporcionados pelo exercício, justificam sua contribuição para aumento dos índices de parto normal quando utilizados.

O direito a ter a presença de um acompanhante é garantido à parturiente pela Lei 11.108 de 2005 (BRASIL, 2005). Em (71,2%) dos partos foi observada a presença de um acompanhante de escolha da mulher, índice este que superou o percentual de 37,9% dos partos com presença de acompanhante encontrado em estudo realizado em Recife (MANZINI et al., 2009). Apesar de ter sido observado que a todas as mulheres foi garantido este direito, nem todas quiseram usufruir deste benefício apesar de serem comprovadas as diversas vantagens proporcionadas pela presença de um acompanhante de escolha da mulher durante o trabalho de parto. De acordo com a

tabela 29 a presença do acompanhante desperta diferentes sentimentos na parturiente, (68,4%) afirmaram que o acompanhante ajuda muito a mulher a ficar mais calma, (0,4%) afirmaram que o acompanhante ajuda pouco a mulher a ficar mais calma e (0,4%) afirmaram que o acompanhante deixa a mulher mais nervosa.

CONCLUSÃO

O presente estudo propiciou conhecer o perfil/clínico obstétrico das puérperas atendidas na maternidade no HC-UFU, onde o perfil das puérperas estudadas consiste em uma maioria de mulheres na faixa etária dos 18 aos 25 anos e casadas

A partir da relação entre o tipo de parto realizado e o histórico obstétrico das parturientes que as classificou predominantemente como primigestas, nulíparas e sem abortos anteriores, é possível observar que a existência de inadequações das condutas assistenciais e incompatibilidade com o baixo índice de partos normais encontrados.

Evidenciou-se que a preferência das gestantes foi maior pelo parto normal que é, na opinião da mulher, o melhor tipo de parto. Porém, uma grande porcentagem ainda realizou a cesariana, na maioria das vezes pelo medo da dor do parto normal e que, a atenção à mulher durante o trabalho de parto permanece como um desafio, tanto no que se refere à qualidade da assistência prestada, quanto aos princípios do cuidado, uma vez que ainda perpetua o modelo medicalizante e hospitalocêntrico apesar de muitas vezes, ineficaz e prejudicial à mulher e recém-nascido.

Ressalta-se, portanto, que as mudanças no contexto assistencial requerem que as evidências disponíveis sobre o suporte durante o trabalho de parto sejam conhecidas e debatidas nas instituições de saúde, com toda a equipe, de maneira a viabilizar e disseminar a boa prática e seus benefícios, para que efetivamente seja alcançada a humanização do nascimento e obtida uma assistência satisfatória ao trabalho de parto, parto e puerpério.

Sugere-se que sejam realizados novos estudos no sentido de produzir conhecimentos acerca da realidade brasileira no que se relaciona à assistência à mulher em trabalho de parto e parto de forma a fornecer subsídios que colaborem para a implementação da legislação em vigor.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, G. P. et al. Parto cesáreo: quem o deseja? Em quais circunstâncias? **Cad Saude Publica**, Rio Grande do Sul, v. 19, n. 6, p. 1611-20, 2003.

BEZERRA, M. H. E.; JUNIOR, A. A. C.; FEITOSA, G. F. R.; CARVALHO, A. A. Mortalidade materna por hipertensão: índice e análise de suas características em uma maternidade-escola. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 548-553, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Febrasco. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada a mulher**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília (DF), 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Programa de humanização do parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2002.

CORRÊA, S. H. F.; GOMES, B. M. Acompanhamento ambulatorial de gestantes com diabetes mellitus no Hospital Universitário Pedro Ernesto – UERJ. **Arq Bras Endocrinol Metab.**, Rio de Janeiro, v.48, n.4, p.499-504, 2004.

CURY, F. A.; MENEZES, R. P. Fatores associados à preferência por cesariana. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 226-32, 2006.

D'ORSI, E.; CARVALHO, M. S. Perfil de nascimentos no Município do Rio de Janeiro: uma análise espacial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.367-379, 1998.

DAUPHINEE, J. D. Safety for the patient and the nurse. **J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.**, v. 1, n. 33, p. 105-115, 2004.

DINIZ, C. S. G., 1996. Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elementos para uma Releitura Médico-Social. **Dissertação de Mestrado**, São Paulo, 1996.

DOMINGUES, R. M. S. M.; et al. Trajetória das mulheres na definição pelo parto cesáreo: estudo de caso em duas unidades do Sistema de Saúde Suplementar do Estado do Rio de Janeiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, São Paulo (SP), v. 13, n. 5, p. 1521-1534, 2008.

FREITAS, F. P.; SAKAE, M. T.; JACOMINO, P. L. M. E. M. Fatores médicos e não médicos associados às taxas de cesariana em um hospital universitário no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p.1051-1061, 2008.

KILSZTAJS, S.; LOPES, S. E.; CARMO, N. S. M.; REYES, A. M. A.; Vitalidade do recém-nascido por tipo de parto no Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(8):1886-1892, ago, 2007.

KIM, C.; KO, S. K.; KIM, K. Y. Are league tables controlling epidemic of caesarean sections in South Korea? **J Obstet Gynecol**, Bangladesh, v. 1, n. 112, p. 607-611, 2005.

LACERDA, C. I.; MOREIRA, M. M. T. Características obstétricas de mulheres atendidas por pré-eclâmpsia e eclâmpsia. **Maringá**, v. 33, n. 1, p. 71-76, 2011.

MANZINI, F. C., et al. Avaliação da assistência ao parto em maternidade terciária do interior do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife (PE), v. 9, n. 1, p. 59-67, jan/ mar, 2009.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MELCHIORI, L. E. et al. Preferência de gestantes pelo parto normal ou cesariano. **Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 13-23, 2011.

MELO, P. C. B.; et al. Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. **Rev Assoc Med Bras**, Recife, v. 55, n.2, p. 175-80, 2009.

MOURA, F. M. J. S. P.; et al. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 4, p. 452-455, 2007.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Estudos econômicos das causas de criminalidade no Brasil: Evidências e Controvérsias. **Revista Economia**, Campo Grande, v. 9, n. 2, p. 343-372, 2008.

SERRUYA, J. S.; CECATTI, G. J.; LAGO, G. T. O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1281-1289, 2004.

SILVA, L. M., et al. Uso da bola suíça no trabalho de parto, **Acta Paul Enferm**, São Paulo (SP), v. 24, n. 5, p. 656-662, 2011.

SPINDOLA, T.; PENNA, G. H. L.; PROGIANTI, M. J. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 40, n.3, p. 381-388, 2006.

TESSER, D. C.; KNOBEL, R.; RIGON, T.; BAVARESCO, Z. G. Os médicos e o excesso de cesárias no Brasil. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 04-12, 2011.

TITA, A. T. N.; et al. Timing of Elective Repeat Cesarean Delivery at Term and Neonatal Outcomes. **N Engl J Med**, New England, v. 360, n. 3, p. 111-120, 2009.

TREVISAN, R. M.; LORENZI, S. R. D.; ARAUJO, M. N.; ÉSBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 24, n.5, p. 293-299, 2002.

O MOVIMENTO PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO NO BRASIL: O IMPACTO EM UBERLÂNDIA SEGUNDO A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS

Marcos Jorge da Silva¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²; Guilherme Silva de Mendonça³; Renata Lemos de Sousa Neto⁴

¹Bacharel em Enfermagem pela Fundação Presidente Antônio Carlos, Uberlândia-MG

²Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, Brasil.

³Pedagogo, Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: guilherme.silva@ufu.br

⁴Enfermeira, Coordenadora do Centro Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

RESUMO

Introdução: O parto é um processo fisiológico natural e na maior parte dos casos não há necessidade de intervenções, exceto nos casos de gravidez de risco. No entanto, apesar de a maioria das gestações evoluir naturalmente e sem riscos para a parturiente e a criança, observa-se um número crescente de intervenções inapropriadas e desnecessárias. Neste sentido o Ministério da Saúde, visando melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal, instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN). **Objetivo:** Demonstrar a percepção dos Enfermeiros que atuam na rede de saúde do município sobre o impacto do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento em Uberlândia-MG. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de abordagem quali-quantitativa, no qual foram entrevistados 56 Enfermeiros que atuam na rede pública (38) e privada (18) de Uberlândia-MG, com base em um questionário. Ao discurso dos entrevistados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009). **Resultados:** Dos 56 entrevistados 44 (78,6%) eram do sexo feminino e 12 (21,4%) do sexo masculino, a média de idade foi de 34,5 anos, com tempo de formação e de atuação de 5 anos. Todos os entrevistados afirmaram conhecer o PHPN, suas instituições incentivam o parto normal (53,5%), há planejamento individual/antecipado sobre onde e por quem o parto será assistido (67,8%), há avaliação de risco no pré-natal/ reavaliação a cada contato/no momento do parto (85,8%). As mulheres tem direito de escolha do local do parto as vezes (57,14%) ou nunca (28,7%); privacidade no local do parto sempre (41%), as vezes(59%); utiliza o partograma sempre (27%), nunca(73%); usa métodos não farmacológicos de alívio da dor sempre (63%), nunca (37%); estímulo a deambulação (27,2%); escolha da posição não supina as vezes (27,2%) nunca (72,8%); estimula o contato pele a pele (100%); amamentação na primeira hora (90%); permite acompanhante durante todo o processo (45,5%). Dos 18 enfermeiros de instituições que prestam assistência ao parto 14(78%) relataram que o enfermeiro obstetra não tem autonomia para assistir o parto. A análise qualitativa dos dados revelaram que os entrevistados demonstraram compreensão adequada da proposta de Ações que Poderiam Melhorar o Modelo Atual de Assistência ao Pré-Natal e Nascimento, evidenciadas em falas como: *“Maior comprometimento dos profissionais e dos gestores no cumprimento da legislação vigente Assistência diferenciada, saber ouvir a parturiente reconhecendo suas necessidades emocionais e psicológicas em todo o processo”*. Contudo, na percepção deles, até o momento não houve impacto no referido município em decorrência do movimento pela humanização do parto e nascimento, principalmente por resistência dos próprios profissionais,

comodismo, falta de capacitação e apoio institucional. **Conclusão:** Os resultados demonstram que na visão dos enfermeiros não houve impacto na assistência decorrente do PHPN. Evidencia-se que há um longo caminho a percorrer para que as diretrizes e recomendações do programa de humanização do parto e nascimento sejam adotadas pelos profissionais de saúde como parte integrante no processo de trabalho em rede, incluindo a atenção primária e hospitalar.

Descritores: PHPN, Parto Humanizado, Assistência de Enfermagem, Humanização.

INTRODUÇÃO

O parto é um processo fisiológico natural, onde não existe, na maior parte dos casos, a necessidade de condutas intempestivas e agressivas, ou interferências que possam vir a prejudicar fisicamente ou psicologicamente a parturiente e/ou o neonato, exceto em casos em que a gravidez se torna de risco em virtude dos problemas de saúde da mãe ou do bebê. Entretanto, apesar de a gestação evoluir, na maior parte dos casos, normalmente, sem riscos para a parturiente e a criança, o que se vê na maioria das maternidades e hospitais é um número crescente de intervenções cirúrgicas inapropriadas, desnecessárias e dolorosas (ALVES, 2003).

A história do parto passou por uma série de modificações ao longo dos séculos, implicando, entre outras coisas, a substituição do parto do âmbito domiciliar para o hospitalar. (TANAKA,2002).

A valorização das tecnologias de intervenção, tanto por parte das parturientes quanto dos profissionais, a despeito de seus benefícios, vem ocultando uma medicalização indiscriminada do parto, no qual o desejo das mulheres tem contado muito pouco, principalmente nos setores mais pobres da população, com menor acesso à informação (ÁVILA, 2009)

Segundo Wolff (2004) a parturiente está cada vez mais distante da condição de protagonista da cena do parto. Totalmente insegura, submete-se a todas as ordens e orientações, sem entender como combinar o poder contido nas atitudes e palavras que ouve e percebe com o fato de que é ela quem está com dor e quem vai parir.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (MS) estabelece que a assistência ao parto deve ser segura, garantindo a cada mulher os benefícios dos avanços científicos, mas, fundamentalmente, deve permitir e estimular o exercício da cidadania feminina, resgatando a autonomia da mulher no parto (BRASIL, 2010).

O MS, visando melhorar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal criou, através da Portaria 569/2000, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso e da cobertura do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério vinculando-os formalmente, garantindo a qualidade com a realização de um conjunto mínimo de procedimentos e assim reorganizando a assistência (BRASIL, 2001).

Em grande medida, estão disponíveis no país os elementos técnicos, como manuais e normas, para programar transformações na assistência ao parto. No entanto, é preciso avançar na promoção de mudanças institucionais, para contemplar esses avanços. Essas alterações exigem a mobilização das mulheres, profundas mudanças na formação dos profissionais de saúde, além de coragem e firmeza dos responsáveis pelas políticas públicas (TANAKA, 2002).

O Setor de Maternidade dos Hospitais Públicos e Privados de Uberlândia (MG) atende grande demanda de mulheres em trabalho de parto, onde o Enfermeiro exerce

papel fundamental, devendo, portanto, prestar uma assistência holística e humanizada que encare a parturiente como um ser com necessidades biopsicossociais (VIEIRA, 2002).

Tendo em vista todos estes importantes aspectos, este trabalho destaca-se por sua finalidade, abrangência e grande relevância social, uma vez que o Enfermeiro está na ponta de todo o processo e atua para o cumprimento e funcionamento dos programas criados pelo MS e diante do exposto levanta-se a seguinte questão norteadora: Na percepção de enfermeiros, houve algum impacto em Uberlândia, gerado através do movimento pela humanização do parto e nascimento?

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Demonstrar a percepção de enfermeiros, que atuam em unidades de saúde, sobre o movimento pela humanização do parto e nascimento no Brasil e seu impacto em Uberlândia-MG.

METODOLOGIA

Tipo e Local de estudo

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de abordagem quali-quantitativa. Foi desenvolvido na cidade de Uberlândia-MG, com população de 604.013 habitantes, conforme senso do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2013.

A cidade é considerada referência em saúde para a região do Triângulo Mineiro, Alto Paranaíba, Noroeste de Minas e Sul Goiâno, contando com uma ampla rede de hospitais privados e públicos, como o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG (HCUFU), Unidades de Atendimento Integrado (UAIs), unidades de atendimento do Programa Saúde da Família (UAPSF) e o Hospital e Maternidade Municipal Dr. Odélmo Leão Carneiro (HMMDOLC).

Amostra

Fizeram parte da amostra 65 Enfermeiros que têm vínculo com instituições de saúde da cidade de Uberlândia-MG, que se dispuseram a participar da pesquisa, após consentimento assinado.

Coleta de dados

Para o procedimento de coleta de dados foi utilizado um questionário semi-estruturado, elaborado pelos pesquisadores a partir da revisão da literatura com questões que versam sobre o PHPN e as práticas utilizadas na assistência à gestante e ao recém-nascido.

Os profissionais foram abordados em seu local de trabalho. Os que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em conformidade à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Projeto aprovado pelo CEP – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Uberlândia, na data de 03/07/2014, sob o número CAAE: 30542914.5.0000.5565.

Crítérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídos 65 Enfermeiros que atuam nas diversas unidades de atenção a saúde de Uberlândia-MG, que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Foram excluídos 04 Enfermeiros que não concordaram em participar, 02 que desistiram de participar no decorrer da pesquisa e 03 que não devolveram o questionário respondido até a data estabelecida para início da tabulação dos dados, portanto a amostra final foi composta por 56 sujeitos.

Análises dos resultados

Os dados obtidos foram submetidos à análise descritiva por meio de tabelas e os resultados foram confrontados com as recomendações de boas práticas disponibilizadas em forma de manuais de assistência pelo MS e OMS. Ao discurso dos entrevistados foi aplicada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009) por meio de categorização de suas falas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Do total de entrevistados 03 foram excluídos por não terem devolvido o questionário respondido até a data de início da tabulação dos dados, 04 se recusaram a participar da pesquisa e 02 desistiram de participar no decorrer da mesma, sendo respeitada sua posição obtendo uma amostra composta por 56 sujeitos, sendo 78,6% eram do sexo feminino e 21,4% do sexo masculino e a faixa etária de maior prevalência foi de 26 a 31 anos, com 39% dos sujeitos.

Todos os sujeitos da pesquisa afirmaram conhecer o PHPN. Quanto ao sistema informatizado atender ou não aos propósitos pelos quais foi criado 19 responderam sim e 8 disseram não (Todos estes Enfermeiros de PSF).

Quanto ao planejamento individual e antecipado sobre onde e por quem o parto será assistido 100% responderam que há planejamento, já em relação à avaliação de risco no pré-natal e reavaliação a cada contato e no momento do parto 85,7% afirmaram que realizam a avaliação. Sobre o estímulo ao parto normal 53,5% dos sujeitos responderam que suas instituições estimulam. Quanto a autonomia do Enfermeiro obstetra para atuar no Trabalho de parto (TP) e parto (P) 7,2% dos sujeitos responderam ter autonomia, 25% responderam que este profissional não atua de forma autônoma, os demais não prestam assistência ao parto.

Há uma necessidade de planejamento individual para cada gestante, avaliando e reavaliando o risco a cada contato e a implementação de tais cuidados representa uma iniciativa sem precedentes na saúde pública do Brasil, ao estipular um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas durante o seguimento da gestação, segundo Ávila (2009).

A maioria (57,2%) dos profissionais entrevistados relatou que às vezes a mulher pode escolher o local do parto, principalmente em instituições privadas.

Quanto a privacidade no local do parto apenas 12,50% afirmaram que esse direito é respeitado.

Entre as variáveis estabelecidas como práticas recomendadas pela OMS, quanto ao alojamento conjunto, uso do partograma, deambulação no TP, contato pele ao nascer e amamentar o RN ao nascer, as respostas demonstram uma adesão relativamente alta a tais práticas pelas instituições onde atuam os sujeitos da pesquisa. Quanto a dar orientações visando suprimir a amamentação por portadoras de vírus da imunodeficiência humana (HIV) a resposta afirmativa foi unânime.

Quanto ao clampeamento do cordão, dos 22 profissionais que atuam em instituições que prestam assistência ao parto 16 declararam que é feito ao nascer.

DADOS QUANTITATIVOS

Observou-se nesse estudo que, dos 56 entrevistados, 38n atuam na rede pública de saúde e 18 na rede privada, do total 12n eram do sexo masculino e 44n feminino, estas ultimas representando 78,6% da amostra. A predominância de profissionais do sexo feminino é esperada considerando que está é uma característica da profissão (OSAVA, 2008)

A média de idade foi de 34,5anos, sendo a faixa etária de maior prevalência de 26 a 31 anos. Segundo o tempo de formação a maior incidência foi de profissionais que se formaram há no máximo 5 anos , índice idêntico ao relacionado ao tempo de atuação; já sobre o tempo que ocupam o cargo atual, a maior parte dos entrevistados esta há no máximo 5 anos em suas instituições.

Do total de entrevistados 38n dos 56n entrevistados declararam ter concluído pelo menos um curso de pós-graduação, fato bastante relevante pra o presente estudo, pois a capacitação profissional.

A maior parte dos entrevistados afirma que suas instituições realizam as ações preconizadas no PHPN, predominando entre estes os que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF).

O parto natural é certamente o que tem melhor prognóstico tanto para a mãe quanto para o RN, segundo a OMS somente 15% dos partos deveriam ser cirúrgicos, porém as taxas encontradas no Brasil divergem das recomendações, fato este implícito nesse estudo conforme dados onde se verifica que no serviço privado quase não há estímulo ao parto natural e a maioria dos entrevistados que atuam nesse tipo de instituição não souberam ou não quiseram responder qual a taxa de partos cirúrgicos praticada em suas instituições; já na rede pública os resultados são exatamente o contrário, tudo é feito para que o parto seja natural, ainda que esta não seja a escolha da mãe; já no serviço privado o parto natural só acontece se a parturiente for admitida na unidade em trabalho de parto avançado e mesmo quando se diz que a escolha é da mulher, na maioria dos casos mesmo sem indicação clara é realizado o parto cirúrgico (ALVES, 2003).

Em uma análise mais contemporânea dentro da perspectiva do modelo baseado na humanização, estudos apontam as parteiras e enfermeiras obstetras como profissionais que, quando incluídas no modelo assistencial melhoram os indicadores da assistência materna e proporcionam maior incentivo ao parto normal (SERRUYA, 2004). Um dos princípios que estruturam o PHPN é o direito que a gestante tem de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto portaria nº 570/GM, de 1º de junho de 2000, observando este aspecto, observando este aspecto, constatou-se que a maior parte dos entrevistados declara que a mulher às vezes pode escolher/conhecer o local do parto, portanto, nem sempre este direito é respeitado, as justificativas são que nem sempre a unidade de referencia recebe a parturiente por motivos diversos, entre estes motivos esta a escolha da gestante por um serviço de sua preferência (BRASIL, 2000).

Quanto à privacidade no local do parto, dos sujeitos que atuam em instituições privadas e que prestam esse tipo de assistência, a maioria declara que este direito é respeitado. Observou-se que nem sempre o binômio mãe/RN é mantido em alojamento conjunto, o motivo não foi evidenciado neste estudo.

Para Brunner Suddarth (2006) o alojamento conjunto possibilita o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e recém nascido e favorece o aleitamento materno.

O uso do partograma parece ser negligenciado na maior parte das instituições, pois a minoria dos entrevistados declara não utilizá-lo.

Uma das vantagens de se adotar o partograma é que acaba com a transferência verbal dos plantões passando a uma conduta documental e a rotina de sua utilização unifica a linguagem entre os profissionais, sendo de extrema importância para o trabalho em equipe Alves (2003). Mesmo com tais afirmações, o índice de utilização deste mecanismo de monitoramento do trabalho de parto encontrado no presente estudo é preocupante. Estudo da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) demonstrou que o uso do gráfico tem sido negligenciado pelos profissionais e instituições (BRASIL, 2012).

Estudo recente realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia-MG demonstrou que entre 270 mulheres admitidas no pré-parto com abertura do Partograma 193 (71,5%) evoluíram para parto normal, em contrapartida, de 235 mulheres admitidas no pré-parto sem a abertura do Partograma 198 (84,3%) foram submetidas à cesariana. Portando evidenciou-se que seu uso favorece o índice de partos normais (LOPES, 2014).

Sobre a liberdade de escolha de posição não supina quase a totalidade dos entrevistados declarou que a parturiente nunca tem autonomia para adotar outra posição.

Referente ao contato precoce pele a pele entre mãe e filho foi observado que esta prática é bastante utilizada, pois quase a totalidade dos entrevistados declara proporcionar este contato precoce, conforme tabela 7. Esta simples prática trás diversos benefícios, entre eles o fortalecimento do laço afetivo entre mãe e filho como afirma (BRUNNER SUDDARTH, 2006).

Nos resultados encontrados ficou evidenciado que o incentivo a amamentação na 1ª hora de vida do RN tem sido observado na maioria das instituições onde atuam os entrevistados. São vários os benefícios do aleitamento materno e seu início precoce esta entre as boas práticas recomendadas pelo MS e OMS, enquadrada na categoria A (Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas).

Entre as atividades que devem ser realizadas para o adequado acompanhamento do pré-natal e assistência à gestante e a puérpera esta a oferta de Testagem anti-HIV, como um exame solicitado na primeira consulta no pré-natal, nos municípios com população superior a cinquenta mil habitantes (BRASIL, 2008); o presente estudo demonstra que todos os entrevistados que atuam em instituições que prestam assistência ao pré-natal e nascimento declararam dar orientações visando suprimir o aleitamento materno pelas portadoras do vírus HIV.

Sobre a utilização de métodos não farmacológicos para alívio da dor os resultados encontrados foram animadores, por se tratar de prática demonstradamente útil, a maior parte dos entrevistados que atuam em instituições que prestam assistência ao parto afirmaram utilizar tais métodos, sendo que os mais utilizados foram o banho de aspersão, uso da bola e massagem lombar.

A presença do acompanhante é um direito garantido pela lei (11.108 de 19 de setembro de 1990), no entanto os resultados encontrados demonstram que nem sempre este direito é respeitado, pois, menos da metade dos entrevistados que atuam em instituições que prestam assistência ao parto declararam que é permitida a presença do acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, a maioria

declara que somente às vezes esse direito é respeitado, não deixando claro os motivos.

Quanto ao clameamento do cordão umbilical os resultados apresentados demonstram segundo as afirmações dos entrevistados que, na maior parte das instituições privadas o procedimento é feito precocemente ou seja, logo após o nascimento; em contrapartida, os entrevistados que atuam em instituições públicas afirmam que o clameamento é feito ao parar de pulsar.

O clameamento precoce do cordão umbilical resulta em baixos valores de hemoglobina e pode levar à anemia depois de 1 a 2 meses, segundo Serruya (2004). Já Rodrigues (2008) descreve que o clameamento tardio leva à hipervolemia e, possivelmente, à hiperviscosidade do sangue, podendo levar a dificuldades respiratórias e sobrecarga cardíaca. Diante do exposto verifica-se que há divergência quanto ao momento ideal para realizar o clameamento, por isso a recomendação da OMS é que tal prática seja feita com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.

Apesar das evidências a favor dos processos não invasivos na recepção ao recém-nascido, na maioria dos hospitais, tanto públicos quanto privados, essas evidências são totalmente ignoradas, quer por desconhecimento, quer por comodidade da equipe.

Pode-se observar que a maior parte dos entrevistados afirma que a aspiração nasofaríngea é realizada, estes dados mostram que as instituições onde os entrevistados atuam adotam tal prática, mesmo que as evidências científicas e orientações contidas no manual da Sociedade Brasileira de Pediatria digam o contrário. Percebe-se que há um longo e difícil caminho a ser percorrido nos hospitais e maternidades no Município de Uberlândia para que realmente sejam postas em prática todas as diretrizes para a assistência humanizada do parto e nascimento, respeitando os direitos e vontades da parturiente e seus familiares e proporcionando-lhe uma gestação e um parto seguro.

DADOS QUALITATIVOS

Contribuição da Enfermagem para a Humanização no Pré-natal e Nascimento.

Quando questionados sobre como a Enfermagem pode contribuir para a Humanização no Pré-natal e Nascimento, obteve-se por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009) duas categorias, evidenciadas pelas seguintes frases:

Orientação

E, (13) “Orientar quanto às vantagens do parto humanizado”

*E, (24) “Orientação a gestante no período do pré –natal
conhecimento do seus direitos”*

Capacitação profissional

E, (9) “O profissional deve capacitar-se conhecer as leis, aplicar na prática estes conhecimentos. É preciso acreditar no que faz”.

E, (42) “Sendo um diferencial! Se preparando se capacitando para que possa dar o seu melhor”

Barreiras para a Humanização do Parto.

Quando questionados se existe alguma barreira para a humanização do parto em suas instituições, a maioria absoluta dos entrevistados relata que sim, estas barreiras foram evidenciadas em suas falas e obteve-se por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009) duas categorias principais:

Alta demanda e falta de tempo.

E, (22) “Sim. A demanda é enorme e há pouco tempo para o atendimento, então nem todas são tratadas como merecem ser (estou falando do pré -natal, pois trabalho no psf).”

E, (37) “Não atendemos parto aqui, mas sobre o pré -natal a demanda é alta, para poucos profissionais, por isso não da pra oferecer uma assistência diferenciada. Sonho meu, querido.”

Resistência dos profissionais.

E, (51) “Sim! Os próprios profissionais”.

E, (16) “Sim, adesão do profissional e da própria gestante”.

Ações que Poderiam Melhorar o Modelo Atual de Assistência ao Pré-Natal e Nascimento.

Considerando que o Enfermeiro esta constantemente em contato com os usuários dos serviços de saúde, tanto públicos como privados e que grande parte dos procedimentos realizados está entre suas atribuições, na tentativa de identificar possíveis melhorias para o modelo atual de assistência, sugeriu-se que os entrevistados citassem algumas ações que a seu ver poderiam melhorar o modelo atual de assistência ao Pré-natal e Nascimento. Obteve-se por meio da análise de conteúdo de Bardin (2009) duas categorias. Tais categorias foram evidenciadas pelas seguintes frases:

Vontade política

E, (45) “Primeiro deve haver interesse público “vontade politica”, depois compromisso dos profissionais com a causa, tratar mais do assunto ainda durante a formação acadêmica”.

E, (37) “Vontade política a fim de realizar mais fiscalizações que prestam assistências, pois as leis e normas já existem e no papel tudo e lindo, mas na prática...”

Comprometimento e postura dos profissionais

E, (17) “Maior comprometimento dos profissionais e dos gestores no cumprimento da legislação vigente.”

E, (20) “Acreditar na causa, se comprometer verdadeiramente adotando uma postura crítica diante da atual situação.”

Percepção dos Enfermeiros quanto ao Impacto do Movimento pela Humanização do Parto e Nascimento em Uberlândia-MG.

Buscando responder a questão norteadora, foi perguntado aos enfermeiros qual sua percepção sobre o impacto gerado pelo movimento pela humanização do Pré-Natal

e Nascimento em Uberlândia-MG. Após meticulosa leitura e aplicação da técnica de análise de conteúdo de Bardin (2009) suas respostas foram classificadas em três categorias, evidenciadas pelas seguintes frases:

Não houve impacto.

E, (25) “Apesar dos esforços de alguns grupos isolados ainda não houve impacto!...Enquanto o lucro for o principal objetivo das instituições de saúde, não haverá impacto algum”.

E, (17) “Não houve impacto, pelo menos não é perceptível, há um grupo pequeno engajado, não envolve a massa”.

Não houve impacto, exceto para um grupo específico de mulheres.

E, (24) “Que impacto? Parto humanizado aqui é só pra quem pode pagar.”

E, (37) “Para uma pequena parcela da população talvez sim. No geral não teve impacto.”

Há um longo caminho a percorrer.

E, (29) “Há um grande caminho a ser percorrido.”

E, (13) “Há um longo caminho a ser percorrido, não percebo nenhum impacto ainda.”

Este resultado se enquadra às recomendações do PHPN, pois o acolhimento é um dos aspectos essenciais da política de humanização, implica na recepção da mulher, desde sua chegada à unidade de saúde, responsabilizando-se integralmente por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e minimizando intervenções desnecessárias (BRASIL, 2012).

A participação do Enfermeiro é indispensável no processo de Humanização do Pré-natal e Nascimento podendo contribuir de várias formas para que isso ocorra. Quando questionados sobre como poderiam contribuir para a humanização do pré-natal e nascimento foram encontradas duas categorias, entre elas a orientação, que quando observada de forma ampla, diz respeito a estar emocionalmente com o outro, orientando, partilhando sentimentos bons e ruins, estando disponível, permitindo à mulher expor seus sentimentos, escutando-a atentamente de modo que ela perceba a empatia e compreenda a preocupação e atenção deste profissional.

Outra categoria encontrada foi a Capacitação profissional, que de certa forma possibilita que o Enfermeiro preste as orientações pertinentes. Em suma a capacitação profissional para a posterior prestação de orientações, possibilita que o enfermeiro aja com autonomia e confiança em todo o processo, seja pré-natal, parto e puerpério.

Um aspecto interessante encontrado ao analisar as respostas dos entrevistados foi a questão das barreiras encontradas quanto a efetivação da humanização em suas instituições; uma delas ligada a alta demanda e numero reduzido de profissionais, a outra diretamente ligada aos sujeitos da pesquisa, diz respeito a falta de comprometimento e postura profissional.

Buscando responder a questão norteadora, foi perguntado aos enfermeiros qual sua percepção sobre o impacto gerado pelo movimento pela humanização do Pré-Natal e Nascimento em Uberlândia, a maioria dos entrevistados afirma não ter percebido nenhum impacto.

Suas respostas permitem concluir que nenhuma mudança é perceptível, pelo menos para a maior parte deles; vale ressaltar que para alguns o efeito deste movimento não chega a população em geral, ficando restrito às mulheres de maior poder aquisitivo que querem viver a experiência de ser mãe sem se submeter às tecnologias e intervenções desnecessárias, sendo de fato protagonista deste momento singular.

Outro fato interessante é que nas respostas de boa parte dos entrevistados, mesmo quando afirmam que não houve nenhum impacto, é possível perceber que acreditam que algo esta por vir. Afirmações como:

E, (13) *“Há um longo caminho a ser percorrido, não percebo nenhum impacto ainda.”*,

E, (32) *“Ainda não tem grande expressão, há um longo caminho a trilhar”*.

E, (11) *“O movimento é muito sutil. Há muito a fazer, não tem impacto ainda”*, permitem inferir que acreditam que se algo for feito este impacto será perceptível.

CONCLUSÕES

Segundo a percepção dos Enfermeiros entrevistados não houve impacto em Uberlândia-MG em decorrência do movimento pela humanização do parto e nascimento. Observando seus discursos, certifica-se que há um longo e difícil caminho à percorrer para que as diretrizes e recomendações do programa de humanização do parto e nascimento (PHPN) sejam adotadas pelos profissionais de saúde como parte integrante no processo de trabalho em rede incluindo a atenção primária e hospitalar, gerando um impacto perceptível na assistência à saúde materno infantil deste município.

Mesmo com ampla discussão sobre o tema, os dados encontrados neste estudo e o discurso dos entrevistados mostram que práticas consideradas desnecessárias ou potencialmente danosas e sem evidências científicas, continuam a fazer parte da rotina de assistência na maioria das instituições. Em contrapartida ações simples que não geram ônus para as instituições e trariam impacto para a parturiente e RN não são incorporadas à rotina de assistência, possivelmente devido à cultura institucional e profissional.

Para que haja transformação nesta realidade de atenção ao parto evidenciada no presente estudo, seria necessário, ações conjuntas entre profissionais e instituição por meio de educação continuada, no sentido de criar protocolos e normatização de condutas e assistência, direcionando-a de forma humanizada.

Outra medida que poderia ser implementada é a criação de mecanismos de fiscalização dos serviços prestados, como ferramenta de monitoramento da efetividade da humanização da assistência.

Todas estas propostas foram apresentadas no intuito de contribuir para mudanças no atual cenário da assistência ao pré-natal, parto e nascimento, todavia dependerá de como elas serão transformadas em ações concretas e chegarão ao cotidiano na assistência prestada. Torna-se necessário que mais pesquisas na área sejam realizadas a fim de identificar problemas e apontar soluções, visando à melhoria da qualidade da assistência e diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C.. A experiência das Enfermidades: Considerações Teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 263-271, jul/ set/ 2003.

ÁVILA, M. B. M.; CORRÊA, S.. **O Movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos**. In: GALVÃO, L.; DIAZ, J. (org). Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Hucitec, Population Council. 2009.

BARDIM, L. **Análise de Conteúdo Lisboa**, Edições, p.70, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF): O Ministério; 2000.

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília (DF): O Ministério; 2001.

_____.**Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. 2013. Disponível em:
<<http://cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=317020&search=minas-gerais|uberlandia|infograficos:-evolucao-populacional-e-piramide-etaria>>. Acesso em [25 out 2013].

_____.Governo do estado de Minas Gerais. 2010. Disponível em:
<<http://maesdeminas.saude.mg.gov.br/publicacoes/maes-de-minas/files/assets/downloads/maes-de-minas>>. Acesso em [25 out 2013].

_____. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal: um guia prático- Relatório de um grupo técnico**. Genebra, p. 53, 2009.

_____.REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Humanização do parto: dossiê**. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; 2008.

BARE, G. B.; HINKLE, J. L.; KERRY, H. C.; SMELTER, S. C.. **Brunner & Suddarth - Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Guanabara Koogan, ed. 10, v. 02; 2006.

OSAVA, R. H.; TANAKA, A. C. D'A. Os paradigmas da enfermagem obstétrica. **Revista. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 96-108, abr.2008.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infantil.**, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2008.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 5, 2004.

TANAKA, A. C. D'A. **Maternidade:** dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, p107, 2002.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. p84.

WOLFF, L. R.; MOURA, M. A. V. A institucionalização do parto e a humanização da assistência: revisão de literatura. **Esc Anna Nery Rev Enfermagem**, v. 8, n. 2, p. 279-85, ago. 2004.

PERFIL DAS COMPLICAÇÕES DAS INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DURANTE A GESTAÇÃO

Francielly Marques Gastaldi¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²; Guilherme Silva de Mendonça³

¹Enfermeira. Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

²Enfermeira, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, docente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, Brasil. E-mail: efigeniaunipac@yahoo.com.br.

³Pedagogo, Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

RESUMO

Introdução: As infecções sexualmente transmissíveis podem trazer diversas complicações durante a gravidez. Dessa forma, devemos realizar o diagnóstico precocemente e iniciar o tratamento o mais precoce possível para prevenir possíveis desfechos desfavoráveis. **Objetivos:** determinar as principais infecções sexualmente transmissíveis entre gestantes atendidas em um hospital universitário e quais as possíveis complicações decorrentes desses processos infecciosos. **Resultados:** Dos 227 prontuários analisados, 7 tiveram como evolução o abortamento, e 6 óbitos fetais ou perinatais. 20 pacientes evoluíram com amniorrexe prematura, 10 com oligodrâmio e 1 com polidrâmio. **Conclusão:** A ocorrência de complicações em gestações com esses quadros infecciosos são prevalentes, e devemos agir de forma mais eficiente para prevenir tais desfechos.

Palavras-chaves: gestação, infecção, DST

INTRODUÇÃO

Durante a gestação, o sistema imunológico feminino sofre diversas modificações que possibilitam a implantação do embrião e a manutenção da gestação até o parto. Essas alterações da resposta imunológica atrelada ao aumento da vascularização uterina pela implantação do trofoblasto e a produção de citocinas que atuam na formação do trofoblasto, impedindo a rejeição ao embrião, ajudando no desenvolvimento da gestação. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; TRAVASSOS, 2012)

Há também a atuação da progesterona, que diminui a ação pró-inflamatória, por parte da redução da ação das células Th1; e aumento da resposta de células Th2. Essa modificação possibilita o desenvolvimento adequado do embrião. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; TRAVASSOS, 2012)

Em meio a essas modificações, a mulher torna-se mais vulnerável aos patógenos, durante a gestação. As infecções sexualmente transmissíveis, mesmo que desencadeando quadros subclínicos, são capazes de alterar as respostas imunológicas locais, modificando a produção de citocina e do recrutamento das células inflamatórias. Os desequilíbrios provocados por essa colonização hostil podem promover diversos prejuízos, não só para a gestante, quanto para o feto, dentre elas trabalho de parto prematuro, ruptura prematura de membranas ovulares, ou mesmo óbito fetal. Um exemplo desses desequilíbrios, é o aumento da produção de interleucina 1 β na

mucosa vaginal (citocina pró-inflamatória), na presença de algum patógeno, estar relacionado com diversas complicações obstétricas. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; TRAVASSOS, 2012)

A microbiota vaginal normal é composta por *Lactobacillus sp*, que possuem a capacidade de produzir peróxido de hidrogênio, mantendo o pH local ácido (aproximadamente 4,5), e assim, impede o crescimento de patógenos. Alterações na microbiota vaginal desencadeiam alterações imunológicas, tanto humoral quanto celular. Alguns autores apontam um aumento de citocinas pró-inflamatórias, como as interleucinas 1 β , 6 e 8, em decorrência da presença de determinados patógenos, como a *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Gardnerella vaginalis*, e *Treponema pallidum*. Uma elevação da concentração de leucócitos no tecido vaginal, associado ao aumento das citocinas, e alteração de pH local, pode resultar num maior estímulo para replicação do HIV na região, aumentando a carga viral do vírus, na presença de co-infecções do trato genital. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; TRAVASSOS, 2012)

A seguir, teremos uma discussão sobre os patógenos relacionados a quadros de infecções sexualmente transmissíveis e as repercussões obstétricas e fetais.

O vírus linfotrópico de células T humanas do tipo I (HTLV I) é um patógeno transmitido pela via sanguínea, sexual e vertical (principalmente através da amamentação). Aproximadamente 5% dos pacientes portadores do HTLV I/II apresentarão leucemia, linfoma de células T do adulto, paraparesia espástica tropical/mielopatia associada ao HTLV-I, uveíte, ou outros processos inflamatórios como artrite, poliomiosite alveolite e dermatite. A associação entre o HTLV I/II e o HIV pode aumentar a capacidade de transmissão vertical de ambos os vírus, além de favorecer no desenvolvimento e progressão para AIDS. As crianças que portam ambos os vírus possuem uma expectativa de vida curta, apresentando prognóstico reservado. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013)

O vírus da Hepatite C é um vírus de DNA e pertence à família Flaviridae. É transmitido por contato direto, percutâneo ou sangue contaminado e por via vertical. Apresenta 6 genótipos e diversos subtipos. A infecção por tal vírus pode tornar-se crônica, evoluindo para cirrose hepática e carcinoma hepatocelular. De acordo com a bibliografia vigente, a transmissão vertical ocorre em 2 a 10% dos casos. A alta carga viral do vírus da hepatite C, a co-infecção com HIV e o não uso de antirretrovirais são fatores que aumentam as chances de transmissão vertical de ambos os vírus. Na criança, o vírus da hepatite C tem a capacidade de desenvolver um quadro crônico em 80% dos casos, evoluindo em 20% para cirrose e 4% para carcinoma hepatocelular, a cada ano. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013; PIAZZA; et. al., 2009)

Diante de uma infecção por transmissão perinatal, todos os filhos de mulheres com sorologia positiva para o vírus de Hepatite C devem ser estudados e avaliados em relação a essa infecção. Os anticorpos maternos podem permanecer no organismo da criança por até 18 meses. Entretanto, há casos de soroconversão tardia, que ocorreu entre 18 e 24 meses. Sendo assim, atualmente é preconizado o acompanhamento laboratorial e avaliação para rastreamento da sorologia após os 18 meses. Um valor positivo determina a infecção pelo vírus, mas somente um valor negativo não afasta a possibilidade de infecção. Neste último caso, é necessário refazer o exame seis meses depois. (BACALHAU; et. al., 2010)

O vírus da Hepatite B é um vírus de DNA da família *Hepadnaviridae*. É considerado 100 vezes mais infectante que o HIV e 10 vezes mais infectante que o

vírus da Hepatite C. A transmissão desse vírus ocorre por contato sexual, percutâneo, sangue e derivados, e por via vertical. Quando a transmissão é realizada por via vertical, a probabilidade de cronicidade é de aproximadamente 90%. Se a criança não seja imunizada, ela pode ser contaminado pelo contato interpessoal e por líquidos corpóreos que tenham o vírus. Nesses casos, o risco de cronicidade é de 30 a 50%. A maioria dos casos de hepatocarcinoma associados com o vírus, a contaminação ocorreu por via vertical. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013; PIAZZA; et. al., 2009; KUPEK; OLIVEIRA, 2012)

É de extrema importância o diagnóstico precoce de infecção com o vírus de Hepatite C durante a gestação, através da presença do antígeno de superfície do vírus de hepatite B (AgHbs). A presença do AgHBe (antígeno “e”), aumenta em até 90% o risco de transmissão vertical do vírus. Em caso de positividade no exame, medidas profiláticas devem ser feitas, como o uso de imunoglobulina hiperimune (HBIG) e realizar a primeira dose de vacina recombinante nas primeiras 12 horas de vida para o recém-nascido. Nos casos de gestantes que apresentam altas cargas virais para o vírus da hepatite B, o tratamento adotado é baseado no uso de Lamivudina ou Tenofovir, que são antirretrovirais utilizados em pacientes infectadas pelo vírus HIV, para diminuir a transmissão vertical do vírus da hepatite B. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013; PIAZZA; et. al., 2009; KUPEK; OLIVEIRA, 2012)

A *Chlamydia trachomatis* é uma bactéria gram-negativa intracelular. É transmitida sexualmente e provoca um processo infeccioso e inflamatório desde o colo uterino até as tubas uterinas. Em 70 a 80% dos casos, apresenta-se assintomática, o que dificulta o diagnóstico e tratamento. Essa bactéria está associada a quadros de uretrite, doença inflamatória pélvica, dor crônica, e infertilidade, além das possíveis complicações obstétricas que decorrem do processo inflamatório que o patógeno desencadeia. Por ser um microorganismo intracelular, desencadeia uma resposta imune muito lenta, o que proporciona a redução da infecção, mas não elimina a bactéria. A infecção crônica pode desencadear fibrose e danos teciduais que favorecem a ocorrência de gestação ectópica e formação de abscesso tubo-ovariano. Quando a infecção está presente durante a gestação, entre as complicações possíveis, temos: parto prematuro, ruptura prematura de membranas ovulares e baixo peso ao nascer. Entre as repercussões neonatais, temos a ocorrência de conjuntivite e pneumonia. Em todo o mundo, tem estabelecido o tratamento da infecção de *Chlamydia* durante a gravidez. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013)

Devemos também alertar sobre a co-infecção de *Chlamydia* e HPV que favorecem o desenvolvimento do câncer de colo uterino. Acredita-se que isso é possível devido o processo inflamatório desencadeado pela *Chlamydia* “confundir” o sistema imunológico, prejudicando a resposta contra o HPV. Em pacientes com infecção pelo HIV, a *Chlamydia* promove o aumento da carga viral genital do HIV e a possibilidade de transmissão sexual e vertical do vírus. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013)

A *Neisseria gonorrhoea* é uma bactéria gram-negativa (diplococo), que possui alta transmissibilidade. O risco de infecção de mulher, por relação sexual, é de aproximadamente 50%. O período de incubação dessa bactéria é de 2 a 5 dias. A infecção predomina no endocérvice e desenvolve com poucos sintomas, de forma subclínica, na maioria dos casos. Sua infecção pode desencadear as seguintes complicações: infertilidade, doença inflamatória pélvica, endometrite, bartholinite e

prenhez ectópica. Pode desencadear quadros sistêmicos, como a peri-hepatite, atrite gonocócica, dermatite, endocardite, e até meningite. Quando a infecção ocorre durante o período gestacional, está associado às seguintes complicações: abortamento, parto prematuro, e ruptura prematura de membranas ovulares. A principal manifestação da transmissão vertical dessa bactéria, é a oftalmia gonocócica, que evolui facilmente para cegueira. Essa infecção pode evoluir para quadros sistêmicos, como artrite e sepse. O tratamento preconizado durante a gestação é acessível e evita complicações. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013)

Quando há uma co-infecção de HIV e *Neisseria gonorrhoeae*, a transmissão sexual e vertical do HIV aumenta quando há quadros de cervicite ou uretrite. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013)

O *Ureaplasma urealyticum* e o *Mycoplasma hominis* são pequenas bactérias isoladas frequentemente no trato genital. Podem ser transmitidas por via sexual e vertical. Estão associadas a quadros de uretrite, endocervicite, e doença inflamatória pélvica. Se a infecção ocorre durante o período gestacional, está associado a corioamnionite, parto prematuro, baixo peso ao nascer, e endometrite pós-parto. Entre as complicações neonatais, temos as infecções respiratórias e sepse, causadas, neste caso, pelo *Ureaplasma urealyticum*. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013)

O *Treponema pallidum*, causador da Sífilis, é uma espiroqueta que pode ser transmitida por via sexual, sanguínea e derivados, e por via vertical. Provoca quadro sistêmico, com lesões em diversos órgãos. Sua evolução é classificada como primária, secundária e terciária. A taxa de transmissão vertical depende do estágio da doença materna, variando entre 70 e 100% nos casos de sífilis primária. Realizar o diagnóstico da infecção no início do pré-natal é essencial para a realização do tratamento adequado e redução do risco de transmissão vertical. As consequências da sífilis na gestação incluem abortamento, ruptura prematura das membranas, parto prematuro, até sífilis congênita com sequelas precoces e tardias, podendo evoluir facilmente para o óbito neonatal. A sífilis é uma doença cuja prevalência vem aumentando de forma alarmante no país, mesmo que o diagnóstico e o tratamento serem de baixo custo. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013; KUPEK; OLIVEIRA, 2012; MESQUITA; et. al., 2012; CAMPOS; et. al., 2010; SARACENI; MIRANDA, 2012; TABISZ; et. al., 2012)

Atualmente, é proposto pelo Ministério da Saúde a realização de, pelo menos, dois exames de sorologia para sífilis. De acordo com o determinado para a realização do pré-natal na rede pública de saúde, é necessário a realização de um teste não treponêmico (VDRL) no primeiro e outro no terceiro trimestre gestacional, além de um exame no momento do parto. (TAVARES; et. al., 2012)

Aproximadamente dois terços das crianças nascidas vivas com sífilis congênita são assintomáticas. A sífilis congênita precoce pode promover, em 70% dos casos, lesões cutaneomucosas, lesões palmo-plantares, fissuras radiadas periorificiais, condilomas plano ano-genitais e hepatoesplenomegalia. As crianças acometidas pela sífilis congênita podem ainda apresentar: periostite e osteocondrite; lesões no sistema nervoso central, no trato respiratório; e rinite sanguinolenta. Já no caso de sífilis congênita tardia, as manifestações são fronte olímpica, mandíbula curva, arco palatino elevado, tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial, lesão do VIII par craniano), nariz em sela; tibia em lâmina de sabre; surdez, retardo mental e hidrocefalia. (SONDA; et. al., 2013)

O papiloma vírus humano (HPV) é um vírus de DNA da família Papillomaviridae. Pode causar lesões em pele e mucosas, e é co-fator na carcinogênese do colo uterino. São descritos mais de 200 tipos de vírus identificados e a transmissão do vírus pode ocorrer pelo contato com a pele lesionada ou através de relações sexuais. (SARAMAGO; BORGES; FERNANDES, 2012; VERONESI-FOCACCIA, 2013)

O Citomegalovírus pertence à família Herpesviridae e é um dos principais patógenos que acometem os seres humanos. A grande maioria das infecções causadas por esse vírus proporcionam quadros oligo ou assintomáticos. O vírus em questão pode ser eliminado em diversas secreções biológicas, sobretudo na saliva e urina, podendo ser transmitido de pessoa para pessoa por meio de contato íntimo não sexual, contato sexual, amamentação, hemotransfusão ou transplante de órgãos. A infecção materna pode ser primária (geralmente decorrente de transmissão sexual ou por contato com saliva ou urina de crianças mais novas), ou recorrente (decorrente de uma reativação de uma cepa latente ou reinfeção por diferentes cepas virais). Pode ocorrer transmissão por via transplacentária, no canal do parto ou por amamentação, de modo a infecção o feto/neonato. A infecção por citomegalovírus é considerada a infecção congênita viral mais comum no mundo. É considerada como a principal causa infecciosa de malformação do sistema nervoso central e a principal causa de surdez e dificuldade de aprendizado na infância. Quando ocorre infecção congênita, há risco de 9% de chance de óbito e 80% de sequelas neurológicas. A infecção por esse vírus está intimamente associada a menor condição socioeconômica, além de ser predominante em profissionais de saúde. (SERRA; et. al., 2009)

Como vemos ao longo desse texto, a interação entre o HIV e outros patógenos determina prejuízo no prognóstico tanto materno quanto fetal. Arelado a isso, temos que atualmente, cada vez mais, há um maior índice de infecção de HIV em mulheres heterossexuais, que determina um possível aumento de infecção em gestantes. (SANTOS; et. al., 2012; MENEZES; et. al., 2013)

Sobre a infecção de HIV durante a gestação, devemos saber que, sem qualquer medida intervencionista, aproximadamente 30% das crianças de mães soropositivas são infectadas. Destas crianças infectadas, menos de um terço são infectadas durante a gestação, 70% ocorrem no trabalho de parto ou no momento do parto. O aleitamento materno por mães HIV-positivas aumento o risco de infecção em 7 a 20%. (BURGER, et. al., 2011)

Mesmo com o que já se encontra descrito na literatura, com as medidas preventivas estabelecidas e os protocolos diagnósticos e terapêuticos, vemos um crescente aumento no número de gestantes com doenças sexualmente transmissíveis. Nos últimos anos, vemos um alarmante número de pacientes portadoras de HIV e sífilis, que engravidam sem haver um diagnóstico prévio da infecção. Em todo o país, a sífilis congênita, por exemplo, está se tornando um problema de saúde pública, devido a suas intensas consequências ao organismo materno e fetal. (KUPEK; OLIVEIRA, 2012; MESQUITA; et. al., 2012; CAMPOS; et. al., 2010; SARACENI; MIRANDA, 2012; TABISZ; et. al., 2012; SONDA; et. al., 2013; SANTOS; et. al., 2012; MENEZES; et. al., 2013; BURGER; et. al., 2011)

O diagnóstico dessas doenças é relativamente fácil e barato, de modo que não deveria representar um empecilho para promover o diagnóstico precoce dessas pacientes. Já é preconizado a realização de sorologias no acompanhamento pré-natal da gestante. Neste sentido, o objetivo deste estudo é determinar as principais infecções sexualmente transmissíveis entre gestantes atendidas em um hospital universitário e as possíveis complicações.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional de corte transversal, de abordagem quantitativa, por meio da análise de prontuários de gestantes atendidas em hospital universitário de grande porte. O levantamento foi realizado no setor de nosologia do HC/UFU, no período de 2000 a 2014, sendo analisados 227 prontuários de gestantes com alguma DST.

RESULTADOS E CONCLUSÃO

No período de 2000 à 2014, 227 gestantes com infecções sexualmente transmissíveis foram atendidas no serviço de Obstetrícia do Hospital de Clínicas de Uberlândia, evoluindo para o parto ou aborto. Como observado na tabela abaixo, houve um aumento significativo de pacientes com esses quadros infecciosos a partir do ano de 2009, apresentando um pico em 2014.

Tabela 1 – Prevalência de atendimento das gestantes com quadro de infecções sexualmente transmissíveis no Hospital de Clínicas de Uberlândia, 2014.

| Ano do atendimento | Número de atendimentos |
|--------------------|------------------------|
| 2000 | 3 |
| 2001 | 4 |
| 2002 | 5 |
| 2003 | 6 |
| 2004 | 11 |
| 2005 | 8 |
| 2006 | 9 |
| 2007 | 7 |
| 2008 | 9 |
| 2009 | 15 |
| 2010 | 22 |
| 2011 | 23 |
| 2012 | 31 |
| 2013 | 35 |
| 2014 | 39 |
| Total | 227 |

Em 75 prontuários, foram relatados diagnóstico de alguma DST antes da gestação, enquanto que 121 relatavam que o diagnóstico fora feito durante o período de pré-natal. Em 31 prontuários, não havia essa informação disponível.

Os pacientes que apresentavam diagnóstico de infecção pelo HIV totalizaram 61; 74 apresentavam Sífilis; 25 Hepatite B; 9 apresentavam Hepatite C; 39 apresentavam quadro de Condilomatose; 1 apresentavam lesões de Herpes Genital; 5 tinham HIV + Sífilis; 4 HIV + Hepatite C; 2 tinham HIV + Condilomatose; 2 Sífilis +

Gonorréia; 1 apresenta HIV com lesões de Condilomatose e Herpes; 3 Sífilis com Condilomatose, e 1 apresenta HIV + Herpes genital.

Das 75 pacientes que apresentavam diagnóstico prévio a gestação, 5 delas possuíam diagnóstico com menos de 1 ano antes da gestação; 8 com 1 ano; 11 com 2 anos; 11 com 3 anos; 6 com 4 anos; 2 com 5 anos; 18 entre 6 e 9 anos; e 8 com 10 ou mais anos.

Das 74 diagnosticadas com Sífilis, 27 receberam o tratamento de forma inadequada, não recebendo o total de doses corretamente de Penicilina Benzatina, ou não sendo tratado o parceiro. Além disso, há relatado que 7 pacientes não receberam tratamento algum durante o período pré-natal.

De todas as pacientes, somente 21 afirmaram ser usuárias de drogas durante a abordagem pré-parto.

O total de pacientes 7 evoluíram para o abortamento, 6 óbitos fetais/perinatais, 10 apresentam oligodrâmio durante a gestação, e 20 casos de amniorrexe prematura.

As infecções sexualmente transmissíveis durante a gestação provocam inúmeras complicações, tanto obstétricas, ginecológicas quanto fetais/neonatais, portanto, é de grande importância o diagnóstico precoce e a realização do tratamento adequado, para evitar as complicações que podem surgir ao longo do tempo. Ressalta-se que, apesar da cobertura de pré-natal ser de aproximadamente 95% no Brasil, questiona-se a qualidade deste serviço, considerando que o número de casos de DSTs, incluindo a Sífilis congênita, vem aumentando em todo país.

REFERÊNCIAS

BACALHAU, S.; et. al.. Transmissão perinatal do Vírus da Hepatite C – Hospital Santo André, **Acta Med Port.** 2010; 23(3):391-398

BURGER, M.; et al. O Impacto do Programa Mãe Curitibana sobre a Transmissão Vertical do HIV no Município de Curitiba entre 2000 e 2009. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, São Paulo, v. 23, n. 2, p.76-83, mar. 2011.

CAMPOS, A. L. A.; et. al.. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 26, p.1747-1755, set. 2010.

KUPEK, E.; OLIVEIRA, J. F.. Transmissão vertical do HIV, da sífilis e da hepatite B no município de maior incidência de AIDS no Brasil: um estudo populacional de 2002 a 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 3, n. 15, p.478-487, jul. 2012.

MENEZES, L. S. H.; et. al.. Perfil epidemiológico de grávidas HIV positivas atendidas em Maternidade Pública de Referência. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 27, n. 26, p.01-09, jun. 2013.

MESQUITA, K. O.; et. al.. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, São Paulo, v. 1, n. 24, p.20-27, maio 2012.

PIAZZA, M. J.; et al.. Hepatites virais e gestação. **Ginecologia e Obstetrícia**, Curitiba, v. 1, n. 15, p.12-18, dez. 2009.

SANTOS, W. S.; et. al.. A gravidez e a maternidade na vida de mulheres após o diagnóstico do HIV/AIDS. **Cienc Cuid Saude**, Maringá, v. 2, n. 11, p.250-258, abr. 2012.

SARACENI, V.; MIRANDA, A. E.. Relação entre a cobertura da estrutura Saúde da Família e o diagnóstico de sífilis na gestação e sífilis congênita. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 28, p.490-496, abr. 2012.

SARAMAGO, A. L. P.; BORGES, A. S.; FERNANDES, R. B. M. B.. Avaliação clínico-epidemiológica de doenças infecciosas em gestantes e infecções congênitas em pacientes atendidos no hospital de clínicas de Uberlândia no período de 2003 a 2008. **Horizonte Científico**, Uberlândia, v. 6, n. 1, p.01-20, ago 2012.

SERRA, F. C.; et. al.. Soroprevalência de citomegalovírus em gestantes brasileiras de classe socioeconômica favorecida. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, São Paulo, v. 1, n. 21, p.12-15, jan. 2009.

SONDA, E. C.; et. al.. Sífilis Congênita: uma revisão da literatura. **Revista Epidemiol Control Infect**, São Paulo, v. 1, n. 3, p.28-30, jan. 2013.

TABISZ, L.; BOBATO, C. T.; CARVALHO, M. F. U.; TAKIMURA, M.; REDA, S.; PUNDEK, M. R. Z. Sífilis, uma doença reemergente. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v.14, n.3, p. 165-172, jul./set. 2012.

TAVARES, L. H. L. C.; et. al.. Monitoramento das ações pró-redução da transmissão vertical da sífilis na rede pública do Distrito Federal. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v. 1, n. 3, p.29-35, fev. 2012.

TRAVASSOS, A. G. A.. **Prevalência de infecções sexualmente transmissíveis em gestantes infectadas pelo HIV acompanhadas em centro de referência em Salvador - Bahia**. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Medicina, Departamento de Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

VERONESI-FOCACCIA. **Tratado de Infectologia**. 4. ed. São Paulo: Atheneu, 2013.

O PAPEL DAS DOULAS E A HUMANIZAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Mariana Rodrigues Cardoso¹; Tatiana Carneiro de Resende²; João Paulo Assunção Borges³; Guilherme Silva de Mendonça⁴; Emerson Piantino Dias⁵

¹Enfermeira. Uberlândia-MG-Brasil

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora, Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG-Brasil. E-mail: tatibrazao@hotmail.com.

³Enfermeiro. Doutorando em Atenção a Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG-Brasil.

⁴Enfermeiro e Pedagogo. Mestrando em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG-Brasil.

⁵Enfermeiro. Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas.

RESUMO

Introdução: No cenário de gestação e parto há a inserção da doula, uma profissional responsável por assegurar o parto humanizado. **Objetivos:** Apresentar e descrever sobre o papel das doulas, as técnicas utilizadas pelas mesmas e a importância do acompanhamento à gestante no trabalho de parto. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura conduzida por meio de seis etapas. Realizou-se uma busca nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde. Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa, publicados entre 2003-2013, utilizando os descritores: doulas, trabalho de parto e parto humanizado. A amostra foi composta por seis artigos. **Resultados e Discussão:** As funções da doula são classificadas em cinco categorias: suporte emocional, medidas de conforto físico, suporte de informações, suporte às suas decisões e, por último, suporte a seu parceiro. As doulas permitem o posicionamento confortável da parturiente, realiza massagens de conforto, técnicas de alívio da dor, ensina a movimentar o corpo com aparatos, dentre outros. É importante o acompanhamento da gestante no trabalho de parto pois oferece suporte psíquico e emocional. **Conclusões:** Esta Revisão Integrativa permitiu sintetizar a produção científica nacional acerca da importância da assistência humanizada durante o trabalho de parto, cenário este que se insere a doula, capaz de promover o estabelecimento de um elo cada vez mais forte entre a gestação e o parto saudável.

Descritores: doulas; trabalho de parto; parto humanizado.

INTRODUÇÃO

A saúde da mulher tem sido um campo de pesquisas, discussões e de grande preocupação nas últimas décadas. Sendo a gestação um período intenso e frágil na vida da mulher, este momento requer uma abordagem singular e individualizada pelos profissionais das equipes multiprofissionais e pelas políticas públicas de saúde (VIEIRA et al., 2011).

Na maioria das vezes, a gestante é internada precocemente, encontra-se sozinha durante o Trabalho de Parto (TP), perde sua autonomia perante o próprio corpo e às decisões de querer ou não determinadas condutas, sendo ainda pouco informada sobre os procedimentos realizados (SANTOS; NUNES, 2009).

Na literatura científica, vários estudos abordam a importância do suporte que as gestantes recebem antes, durante e após o parto, seja por profissional de saúde, familiar ou algum amigo, mais precisamente no momento em que se encontra em TP. Este suporte consiste em proporcionar medidas de conforto físico à esta gestante (como por meio de massagens), suporte emocional (com ações de encorajamento), suporte de informações (ofertando orientações, conselhos e instruções) e suporte “defensivo”, no qual protege os desejos da gestante e da família perante a situação do TP (HODNETT, 1989 apud LEÃO, 2001).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu pela portaria/GM nº 589, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que objetiva assegurar a melhoria do acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao Recém-Nascido (RN), na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN se baseia na ideia de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição fundamental para adequado acompanhamento do parto e puerpério. (BRASIL, 2002). Os profissionais de saúde devem acolher, de forma humanizada, a mãe e o RN, e a assistência prestada deve conter características essenciais, como a qualidade e a humanização (BRASIL, 2005).

A humanização se fundamenta em dois aspectos principais. O primeiro preconiza que as unidades de atendimento à saúde recebam a mulher com dignidade e respeito, bem como seus familiares e o RN. Para promover esta ação é necessário que os profissionais de saúde e a instituição favoreçam a criação de um ambiente acolhedor, com rotinas e condutas que valorizem a participação materna em todas as decisões. O segundo aspecto se refere à importância de adotar medidas e procedimentos que sejam benéficos para o acompanhamento do parto e nascimento, sem realizar intervenções desnecessárias que possam ser prejudiciais para a mulher e o RN (BRASIL, 2002).

Na assistência humanizada ao parto e nascimento, a atuação do profissional deve respeitar os aspectos de sua fisiologia, minimizar intervenções desnecessárias, reconhecer os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, oferecer o suporte emocional necessário à mulher e sua família, valorizar os laços afetivos familiares e facilitar o estabelecimento de vínculo mãe-RN. A mulher deve ter autonomia durante o período do parto, com direito à presença de um acompanhante de sua escolha, de ser informada sobre todos os procedimentos a que será submetida e de ter os seus direitos de cidadania respeitados (DIAS; DOMINGUES, 2005).

Frente à existência de políticas públicas e ações que visam à humanização do parto, tais como a promoção e estímulo do parto normal, garantia da presença de acompanhante na sala de parto, estrutura física que assegure a continuidade do cuidado da parturiente e do RN, novas estratégias de suporte durante a gestação e TP tornam-se cada vez mais frequentes no cenário das salas de parto. Neste contexto, surge a figura da doula, uma profissional que confere especial atenção à gestante. (SANTOS; NUNES, 2009 apud SILVA, 2012).

A palavra “doula” vem do grego e significa “mulher que serve” e refere-se à profissional que oferece suporte emocional e físico às parturientes, antes, durante e após o parto (FADYNHA, 2003 apud SOUZA, 2010).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a doula como a prestadora de serviços com treinamento em relação ao parto e sua assistência. A doula oferece apoio emocional, físico, proporciona o conforto materno, realiza manobras visando acalmar e reduzir a ansiedade da mulher em TP. A doula

ainda esclarece possíveis dúvidas da parturiente sobre o processo do parto e nascimento, sendo considerada uma profissional extremamente presente e acolhedora neste momento (OMS, 1996 apud SOUZA, 2010).

No Brasil, existem cursos de formação de doulas, cuja maioria possui cadastro e emite certificados. As doulas formadas por estes cursos são consideradas aptas para exercer o acompanhamento voluntário no serviço de atendimento à gestante, ao RN e à família, ou podem ser contratadas com remuneração por mulheres e famílias que desejam receber este suporte e serviço de assistência (SILVA et al., 2012).

Apesar de não haver um número oficial, no Brasil existem hoje em média de três mil doulas atuantes. Em Janeiro de 2013, o Ministério do Trabalho (MT) lançou uma versão nova da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), onde foi inserida a ocupação da doula. As doulas não executam procedimentos médicos e de enfermagem, por isso não oferecem risco à população (DUARTE, 2013).

A institucionalização do parto e os avanços tecnológicos proporcionam um controle maior de riscos da gestante e do RN. Em contrapartida, houve também a inclusão de várias intervenções desnecessárias, precipitadas ou até mesmo de rotina, que suprimem a naturalidade da evolução do corpo da mulher no momento do parto. Estas intervenções provocam medo e tensão na gestante, ocasionando enrijecimento da musculatura e exacerbação da dor, o que torna o desconforto do TP maior e mais intenso (SILVA; DADAM, 2008).

A maioria das mulheres é capaz de “dar à luz” com pouco ou nenhum método de alívio da dor, pois o corpo produz endorfinas e ocitocina para aliviar a dor, que é suportável, porém intensa. Acredita-se que a dor passa imediatamente após o nascimento do RN, dando lugar a sensações de êxtase e realização. Durante o TP, além do desconforto causado pela passagem do RN pela pelve, outros tipos de dor surgirão. Não se pode deixar de lado a dor emocional envolvida. Durante o parto, a mulher experimenta sensações ainda não vivenciadas previamente. Assim, emoções como medo, ansiedade e tensão podem gerar uma percepção exacerbada da dor (ALCÂNTARA, 2012).

Considerando o momento do parto um período crítico e delicado na vida da mulher, que requer atenção e cuidado ininterrupto, e frente à ascensão das doulas enquanto profissionais cada vez mais atuantes no contexto da atenção ao parto e nascimento, objetivou-se apresentar e descrever as evidências disponíveis na literatura nacional sobre o papel das doulas no TP, as técnicas realizadas pelas doulas durante a gestação, TP e pós parto e a importância do acompanhamento à gestante no TP, à partir das seguintes questões norteadoras: “Quais as evidências científicas nacionais disponíveis acerca do papel da doula no TP, com vistas à promoção da humanização no parto?”.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de Revisão Integrativa (RI) da literatura conduzida por meio de seis etapas, conforme apresentado por Galvão, Mendes e Silveira (2010), sendo elas: a seleção do tema; a pesquisa nas bases de dados científicas; categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e apresentação dos resultados da revisão. O processo de RI é uma metodologia abrangente e vantajosa por permitir a inclusão simultânea de diversos estudos, propiciando uma compreensão ampla do tema estudado, promovendo o acesso a informações atualizadas que permitirão reflexão sobre o tema, além de indicar lacunas do

conhecimento que necessitam de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Etapas da revisão integrativa da literatura

Seleção do tema e questões norteadoras da revisão integrativa

Observando a relevância e a dimensão que o parto humanizado apresenta na atualidade, por meio das políticas públicas em defesa deste tipo de humanização pelos profissionais e instituições da saúde, objetivou-se conhecer as evidências científicas disponíveis sobre a atuação das doulas, bem como as técnicas utilizadas por essa profissional durante o TP e a importância deste acompanhamento no processo da parturição. Diante disto, a questão norteadora foi “Quais as evidências científicas nacionais disponíveis acerca do papel da doula no TP, com vistas à promoção da humanização no parto?”.

Pesquisa nas bases de dados: critérios de inclusão e exclusão dos estudos

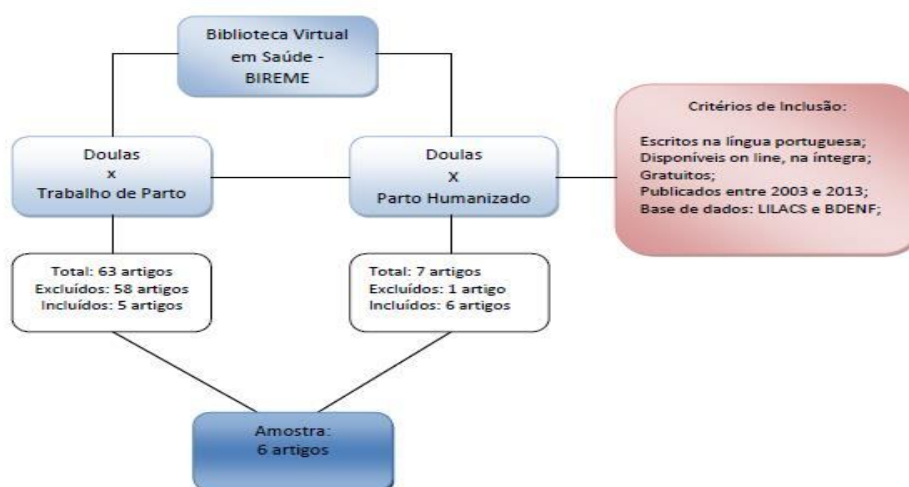
Para conduzir a busca criteriosa dos artigos nas bases de dados foram selecionados os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde: Doulas, Trabalho de Parto e Parto Humanizado. Posteriormente foi realizada a busca avançada nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF).

O período de coleta de dados estendeu-se de abril a junho de 2014. Procedeu-se ao cruzamento destes descritores da seguinte forma: Cruzamento 1 – Doulas x Trabalho de Parto e Cruzamento 2 – Doulas e Parto Humanizado. Os critérios de inclusão foram definidos de acordo com o idioma, ano de publicação, base de dados e disponibilidade dos artigos, como segue:

- Nacionalidade/ Idioma: nacionais, na língua portuguesa;
- Ano de publicação: entre janeiro de 2003 a dezembro de 2013;
- Base de dados: LILACS e BDENF.
- Disponibilidade: artigos na íntegra online e gratuitos.

Obteve-se um total de 70 artigos a partir da busca inicial. Como critérios de exclusão, optou-se por não incluir artigos indisponíveis on line na íntegra, trabalhos repetidos e com temática divergente da estudada, sendo excluídos 64 artigos. A amostra foi composta por 06 artigos, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (FIGURA1).

FIGURA 1: Esquemática do processo de busca dos artigos da revisão integrativa, aplicação dos critérios de inclusão e exclusão e composição da amostra.



Fonte: os autores.

Análise dos artigos, Categorização e Interpretação dos resultados

Foram coletadas as informações dos artigos incluídos na RI por meio de um instrumento não-validado denominado Formulário para Coleta de Dados em Pesquisa Bibliográfica (Anexo A), elaborado por Moura-Ferreira (2008), composto pelos seguintes itens: dados referentes ao artigo ou periódico; dados referentes aos pesquisadores; dados referentes ao estudo/pesquisa; resultados; conclusões e considerações finais.

A seguir, procedeu-se a leitura exaustiva dos artigos completos que foram selecionados e distribuição em categorias por eixos temáticos identificados durante a leitura. Os resultados foram organizados em tabelas para melhor visualização, em ordem decrescente de acordo com o ano de publicação. A busca permitiu obter diversas produções científicas a partir dos cruzamentos dos descritores controlados utilizados.

Na análise dos artigos categorizados, foi realizada uma avaliação crítica em busca de informações sobre o tema e explicações para os resultados diferentes ou contrários. Nesta etapa realizou-se a avaliação da qualidade metodológica, da relevância e da autenticidade das informações coletadas, de acordo com a apresentação dos conteúdos e análise estatística descritiva.

A interpretação dos resultados foi baseada nos dados evidenciados nos artigos incluídos na RI com o conhecimento teórico disponível sobre o tema. Na última etapa foi apresentada a síntese da discussão dos resultados encontrados de forma descritiva, sendo pontuada a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tema abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram obtidos 06 artigos na composição da amostra (Tabela1) desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

TABELA 1. Tabela de apresentação dos artigos da amostra da revisão integrativa.

| Nome do artigo | Nome dos autores/ Ano de publicação |
|---|---|
| Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto | SILVA, RA; BARROS, NR; JORGE, HMF; MELO, LPT; JUNIOR, ARF. / 2012 |
| História Oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher | SOUZA KRF; DIAS MD / 2010 |
| Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem | SANTOS, DS; NUNES, IM / 2009 |
| Sobre as dores e temores do parto: | RODRIGUES, AV; SIQUEIRA, AAF / |

| | |
|---|---|
| dimensões de uma escuta | 2008 |
| O papel da doula na assistência à parturiente | LEÃO, VM; OLIVEIRA, SMJV / 2006 |
| Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura | BRÜGGEMA NN, OM; PARPINELLI, MA; OSIS, MJD / 2005 |

A análise dos artigos permitiu compor as seguintes categorias: (1) Função das doulas no serviço de saúde e o processo de humanização do parto; (2) Técnicas utilizadas pelas doulas durante a gestação, no TP e pós-parto e por fim, (3) Importância do acompanhamento à gestante no TP.

TABELA 2. Distribuição dos artigos da revisão integrativa analisados em categorias.

| Nome do Artigo | Ano de Publicação | Categorias |
|---|-------------------|----------------|
| Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto | 2012 | (1), (2) e (3) |
| História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher | 2010 | (1), (2) e (3) |
| Doulas na assistência ao parto: concepção de profissionais de enfermagem | 2009 | (1), (2) e (3) |
| Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta | 2008 | (3) |
| O papel da doula na assistência à parturiente | 2006 | (1), (2) e (3) |
| Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura | 2005 | (1) e (3) |

A seguir são apresentadas e discutidas as categorias obtidas nesta RI (Tabela 3).

TABELA 3: Frequência e porcentagem das categoriais obtidas na amostra de artigos da revisão integrativa.

| | CATEGORIAS | | |
|-----------------------|--|---|---|
| | (1) | (2) | (3) |
| Frequência (n) | 5 | 4 | 6 |
| Porcentagem (%) | 83 | 66 | 6 |
| Autores | Silva; Barros; Jorge; Melo; Junior. Souza; Dias. Santos; Nunes. Leão; Oliveira. Brüggemann; Parpinelli; Osis. | Silva; Barros; Jorge; Melo; Junior. Souza; Dias. Santos; Nunes. Leão; Oliveira. | Silva; Barros; Jorge; Melo; Junior. Souza; Dias. Santos; Nunes. Rodrigues; Siqueira. Leão; Oliveira. Brüggemann; Parpinelli; Osis. |
| Período de Publicação | 2005-2012 | 2006-2012 | 2005-2012 |

Função das doulas no serviço de saúde e o processo de humanização do parto

A primeira categoria encontrada em 83% (05) da amostra de artigos foi

denominada “Função das doulas no serviço de saúde e o processo de humanização do parto”. Nesta categoria foram sintetizados o papel desta profissional na assistência à gestante, segundo vários estudos realizados, levando em conta que estas ações se respaldam no PHPN, apontado na literatura pesquisada. O apoio emocional e assistencial no período perinatal, durante a gestação, TP ou no puerpério com apoio à amamentação são apontados como as principais funções das doulas.

Segundo Leão e Oliveira (2006), a doula exerce a função de apoio à gestante e à família, realizando acompanhamento da gestação, orientações à mulher e à família em relação ao TP e auxiliando nos cuidados com o RN após o nascimento, promovendo encorajamento e tranquilidade. A doula representa o suporte psíquico e emocional e exerce o principal papel de incentivadora de práticas de humanização do TP e parto. Os autores, através do estudo realizado, classificam a assistência prestada pelas doulas à parturiente em cinco categorias: suporte emocional, medidas de conforto físico, suporte de informações, suporte às suas decisões e, por último, suporte a seu parceiro.

Santos e Nunes (2009) definem que o papel da doula consiste em providenciar o conforto materno, tranquilizar, estimular, reduzir a ansiedade, conversar com a parturiente com o objetivo de acalmar, relaxar, orientar ou compartilhar experiências, proporcionar suporte emocional, informações, apoio às decisões e ao parceiro, manter um elo entre os profissionais e pacientes, rompendo o medo da parturiente e contribuindo na condução de um parto tranquilo.

Segundo Silva e Dadam (2008), a doula pode até mesmo ajudar o RN no momento do parto, auxiliando-o a se encaixar mais facilmente e de forma correta, reduzindo o tempo do TP, através de informação, de técnicas de relaxamento, exercícios, massagens, posições, muito carinho e atenção. Duarte (2013) afirma que após o parto, a doula faz visitas à nova família, oferece apoio no pós-parto, especialmente em relação à amamentação e alguns cuidados com o RN.

Souza e Dias (2010) acrescentam ainda que a doula exerce uma função maternal em que a futura mãe se apóia durante todo o processo do parto. Além disso, as doulas são consideradas grandes responsáveis pelo incentivo ao parto normal, assegurando e apoiando a vontade da mãe e evitando procedimentos que conduzissem ao parto cesariano (SILVA et al., 2012).

Brüggemann, Parpinelli e Osis (2005) defendem a idéia de que o papel das doulas tem estreita relação com a humanização do parto e nascimento.

Técnicas utilizadas pelas doulas durante a gestação, no TP e pós-parto

A segunda categoria denominada como “Técnicas utilizadas pelas doulas durante a gestação, no TP e pós-parto” foi encontrada em 66% (04) da amostra de artigos. Nesta categoria foram identificadas as principais técnicas realizadas pelas doulas na assistência à parturiente abordadas na literatura, que sintetizadas, consistem em técnicas de alívio da dor e tensão da parturiente, promovendo um parto tranquilo e de sucesso.

Dentre as diversas técnicas utilizadas pelas doulas no suporte à gestante, destacam-se as técnicas de respiração e relaxamento físico e mental, posicionamento adequado e caminhada (LEÃO; OLIVEIRA, 2006; SOUZA; DIAS, 2010). O estudo de Silva et al. (2012), destaca que a doula esclarece os termos técnicos, utiliza compressas quentes ou frias, movimentos corporais, oferece orientações sobre intervenções obstétricas, fornece informações para familiares e equipe multiprofissional, ensina espaços para perguntas, respeita as

escolhas, as queixas, os sentimentos, responde com objetividade, aceita as posições confortáveis escolhidas pela parturiente, realiza massagens de conforto, técnicas de alívio da dor, ensina a movimentar o corpo com aparatos (bola, cavalinho, escada de Ling), oferece chás e ervas medicinais, homeopatia, musicoterapia, cromoterapia, hidroterapia, meditação e orações, entre outros.

Importância do acompanhamento à gestante no TP

A terceira categoria, encontrada em 100% (06) dos artigos, foi denominada “Importância do acompanhamento à gestante no TP”. Esta categoria retrata os benefícios obtidos com o acompanhamento à gestante durante o processo do parto, sendo uma das políticas do MS para o incentivo do parto normal e realização do parto humanizado. Neste cenário, a mulher poderá escolher um profissional, o companheiro ou um familiar, amiga, parteiras, enfermeiras e, acrescentam-se, as doulas, para lhe dar suporte durante o TP e o parto (SILVA et al., 2012).

A assistência à parturiente tem sido transformada e aprimorada ao longo dos anos. No contexto da atenção ao parto em nosso país, uma sequência de transformações aconteceu, implicando a substituição do ambiente, das pessoas envolvidas e das atitudes diante do fenômeno da parturição. Pode-se inferir que o local do parto deixou de ser o domicílio, onde a mulher era assistida por parteiras, além de contar com a participação de pessoas do seu convívio afetivo, para ocupar o espaço hospitalar, onde ela permanece afastada dos seus familiares e é vista como mais uma cliente, alheia e submissa. Ressaltamos que no ambiente hospitalar, a mulher costuma ser internada precocemente, permanecendo sozinha ao longo do TP e perde sua autonomia de decisão sobre determinadas condutas (SANTOS; NUNES, 2009).

Santos e Nunes (2009) afirmam ainda que a presença do acompanhante possui várias vantagens, e que estudos de revisão sobre o tema apontam claramente os benefícios, uma vez que, na ausência de riscos conhecidos associados ao apoio intraparto, todo esforço deve ser feito para assegurar que as parturientes recebam suporte, não apenas de seus familiares ou pessoas próximas, mas também de profissionais experientes.

Em abril de 2005 foi sancionada a Lei nº. 11.108, que preconiza o direito de acompanhante à parturiente durante todo o processo do parto (BRASIL, 2005). O acompanhante, por ser uma pessoa de escolha da mulher, representa o suporte psíquico e emocional da presença reconfortante, do contato físico, para somar forças, dividir ansiedade, medo e para estimular positivamente a parturiente nos momentos mais difíceis durante o trabalho de parto (LEÃO; OLIVEIRA, 2006).

A OMS (1996) recomenda a necessidade de respeitar o direito da mulher na escolha do acompanhante durante o processo do parto. A parturiente deve ser acompanhada por pessoas de sua confiança e com as quais se sinta à vontade (BRÜGGEMANN; PARPINELLI; OSIS, 2005).

Souza e Dias (2010) consideram que o papel do acompanhante, de escolha da parturiente, e o da doula se complementam. Ressalva-se que a presença de laços emocionais e afetivos entre o acompanhante e a parturiente dificultam a manutenção de uma postura calma e alheia aos desconfortos sentidos pela mulher. Neste momento, uma doula experiente e cuidadosa pode auxiliar esta mulher a lidar com o parto de forma mais confortável.

CONCLUSÕES

Esta RI permitiu sintetizar a produção científica nacional acerca da importância da assistência humanizada em um momento crítico na vida de uma mulher, como o parto. Os artigos desta revisão, não contemplam todo o conhecimento disponível sobre este tema. Sendo assim, sugere-se a realização de estudos com diferentes abordagens para elucidar lacunas evidenciadas no contexto da atenção humanizada ao parto e nascimento.

Pode-se dizer que a mulher, durante a gestação, se encontra muito sensível e emotiva e dispor de estrutura assistencial durante este período traz benefícios para a segurança da gestante, para o RN e toda a família. Dentro desta assistência, destaca-se a presença de uma profissional para acompanhar a parturiente durante todo o processo da gestação, parto e pós- parto. Esta profissional, a doula, oferece suporte e assistência humanizada à parturiente e a família.

A profissional doula vem se destacando no mercado profissional na última década e sua presença entre a equipe vem sendo valorizada. Com a adesão de famílias “gestantes” ao parto humanizado, a doula se torna uma das protagonistas desse cenário, em que cada vez mais famílias querem trazer suas crianças ao mundo, por meio de um parto humanizado, saudável e natural.

A estratégia do parto humanizado é benéfica para a saúde da mãe e do RN, contribuindo para uma boa adaptação à vida extrauterina, estreitando os laços entre mãe-RN e promovendo uma série de outros benefícios. As evidências científicas nacionais apontam para as funções das doulas na assistência durante o período gestacional, TP e pós-parto, apresentam as principais técnicas utilizadas e pontuam a importância do acompanhamento da gestante e da puérpera por profissionais habilitados.

Durante a gestação, há auxílio em relação a exercícios de relaxamento para a gestante, há massagem para relaxamento do bebê, tudo em um ambiente calmo, com músicas serenas, tranquilas. No TP, a doula auxilia a mãe quanto a posições menos dolorosas, a respiração ideal, aos exercícios que auxiliam na dilatação do colo do útero para facilitar o parto normal. Após o nascimento, a doula realiza ações de humanização desse parto, colocando o bebê para mamar na primeira hora, fazendo esse contato pele a pele desse binômio mãe-bebê, dentre outras ações.

Portanto, o papel da doula é grande relevância no contexto atual da assistência obstétrica e puerperal, promovendo o estabelecimento de um elo cada vez mais forte entre a gestação e o parto saudável.

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. P.. **Conheça técnicas para aliviar naturalmente a dor do parto.** Disponível em: <<http://daquidali.com.br/conversa-de-mae/conheca-tecnicas-para-aliviar-naturalmente-a-dor-do-parto/>>. Acesso em: 26 abr. 2012.

BRASIL. Ministério Da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção qualificada e humanizada.** 1º Brasília, 2005. 158 p. (A). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prenatal_puerperio_atencao_humanizada.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2013.

BRASIL. Lei nº 11.108, de 08 de abril de 2005. **Altera a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito**

do Sistema Único de Saúde – SUS. Diário Oficial da República, 8 abr. 2005.

BRÜGGEMANN, O. M.; PARPINELLI, M. A.; OSIS, M. J. D. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto / parto: uma revisão da literatura. **Cad Saúde Pública = Rep Public Health.**, v. 21, n. 5, p. 1316-27, 2005.

DIAS, M. A. B.; DOMINGUES, R. M. S. M.. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 03, p.699-705, 2005. Jul/set.

DUARTE, A. C.. **Doula a quem doer.** O Estado de S. Paulo, São Paulo. 02 fev. 2013. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/noticias/suplementos,doula-a-quem-doer,992218,0.htm>>. Acesso em: 27 ago. 2013.

FADYNHA (Maria de Lourdes da Silva Teixeira. **A doula no parto: o papel da acompanhante de parto especialmente treinada para oferecer apoio contínuo físico e emocional à parturiente.** São Paulo: Ground; 2003.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. **Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura.** IN: BREVIDELLI, M.M.; SERTÓRIO, S.C.M. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde São Paulo: látrica, 2010. p.105-126.

HODNETT, E. D.; OSBORN, R. J. E. Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. **Res Nurs Health**, v. 12, p. 289-97, 1989.

LEÃO, M. R. C.; BASTOS, M. A. R. Doulas apoiando mulheres durante o trabalho de parto: experiência do Hospital Sofia Feldman. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 90-4, 2001.

LEÃO, V. M.; OLIVEIRA, S. M. J. V. O Papel da Doula na Assistência a Parturiente. **Rev. Min. Enfermagem**, v. 10, n. 1, p. 24-29, 2005.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MOURA-FERREIRA, M. C. **Formulário para Coleta de Dados em Pesquisa Bibliográfica.** 01 p. 2008 [mimeografado].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Maternidade Segura. Assistência ao parto normal: um guia prático.** Genebra: OMS; 1996.

RODRIGUES, A. V.; SIQUEIRA, A. F. Sobre as dores e temores do parto: dimensões de uma escuta. **Rev. Bras. Saúde Matern Infantil**, v. 8, n. 2, p. 179-186, 2008.

SANTOS, D. S.; NUNES, I. M.. Doulas na Assistência ao Parto: Concepção de Profissionais de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.582-588, set. 2009.

SILVA, R. M.; et al. Evidências qualitativas sobre o acompanhamento por doulas no trabalho de parto e no parto. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2783-2794, out. 2012.

SOUZA, K. R. F.; DIAS, M. D.. História oral: a experiência das doulas no cuidado à mulher. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 04, p.493-499, 2010.

SOUZA E SILVA, A. C.; DADAM, S. H.. Doula: um trabalho direcionado para a saúde emocional do bebê e a auto-regulação da nova família. In: Encontro Paranaense, Congresso Brasileiro, Convenção Brasil/Latino- América, XIII, VIII, II, 2008. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-13-2]. Disponível em: www.centroreichiano.com.br. Acesso em: 27/08/2013.

VIEIRA, S. M.; et al.. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, n.spe , p.255-262, 2011.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, 2005, v. 52, n. 5, p. 546-553.

DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA POPULAÇÃO FEMININA QUE GERAM RESISTÊNCIA NA REALIZAÇÃO DA COLPOCITOLOGIA

Sandy Leia Santos Silva¹; Tatiana Carneiro de Resende²; Guilherme Silva de Mendonça³; Emerson Piantino Dias⁴; João Paulo Assunção Borges⁵; Rosalinda Asenjo López de Berti⁶

¹Enfermeira. Hospital Santa Genoveva. Uberlândia-MG-Brasil

²Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora, Escola Técnica de Saúde, Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia-MG-Brasil. E-mail: tatibrazao@hotmail.com.

³Enfermeiro e Pedagogo. Mestrando em Ciências da Saúde. Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia-MG-Brasil.

⁴Enfermeiro. Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC Minas.

⁵Enfermeiro. Doutorando em Atenção a Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Uberaba-MG-Brasil.

⁶Enfermeira. Mestrado em andamento em Enfermagem em Saúde Pública na Universidade de São Paulo. Docente da Escola Técnica de Saúde

RESUMO

Introdução: O exame preventivo Papanicolau tem o papel de garantir a detecção precoce do câncer de colo de útero, e deve ser realizado, uma vez por ano, em todas as mulheres que mantêm uma vida sexual ativa. Faz-se necessário a adoção de uma nova postura pelas mulheres a fim de prevenir o CCU, infecções ou inflamações, isso a partir do conhecimento de tais fatores que impedem a adesão ao exame. Conhecendo estes fatores, o profissional de saúde pode facilitar o acesso das mulheres ao exame de Papanicolau, assim, estas superam os motivos que impedem a adesão ao exame e tem um maior conhecimento acerca do procedimento e dos sentimentos relacionados a ele. **Objetivos:** Caracterizar e apresentar as evidências disponíveis na literatura nacional acerca dos conhecimentos, sentimentos e motivos que levam as mulheres a não se submeterem ao exame citopatológico. **Metodologia:** Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI) da literatura, conduzida por meio de seis etapas, sendo elas: a seleção do tema; a pesquisa nas bases de dados científicas; categorização dos estudos; análise dos estudos incluídos; interpretação dos resultados; e apresentação da RI. Realizou-se uma busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde: Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Foram incluídos artigos completos, em língua portuguesa, publicados entre 2005-2014, utilizando os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde: Mulher, Papanicolau, Medo. A amostra foi composta por 08 (oito) artigos que tratavam do conhecimento, sentimentos e atitudes da mulher frente ao Papanicolau. **Resultados:** As evidências científicas disponíveis na literatura apontam para 04 (quatro) eixos temáticos: (1) Os sentimentos relacionados ao exame são principalmente a vergonha, a dor e o medo. (2) O conhecimento influencia a adesão, pois mulheres bem orientadas, que sabem da importância do exame resistem menos a realização do mesmo. (3) A Contribuição do serviço de saúde pode dificultar a procura das mulheres pelo serviço e a busca das mesmas na área de cobertura da unidade de saúde em muitos lugares é insuficiente. (4) A constante resposta das mulheres “Falta de tempo” é uma desculpa real, que impede a mulher de fazer o exame regularmente. **Discussão e Conclusões:** Com os motivos que dificultam a realização do Papanicolau reunidos em um só artigo, profissionais da saúde que trabalham principalmente na atenção básica podem traçar estratégias para

alcançar mulheres que não fazem o exame regularmente. As causas que levam a população feminina a não aderirem a colpocitologia ainda são a vergonha, medo e dor, mas também foram encontradas dificuldades relacionadas ao conhecimento insuficiente, unidades de saúde despreparadas e falta de disponibilidade para marcar/realizar uma consulta.

Descritores: Mulher, Papanicolau, Medo

INTRODUÇÃO

Em 2008 foram registrados cerca de 530 mil casos novos de câncer do colo do útero (WHO, 2008). No Brasil, para o ano de 2014, foram estimados 15.590 casos novos de câncer do colo do útero (INCA, 2014).

Segundo Silva e et al. (2008) O CCU é considerado a segunda maior causa de morte por câncer em mulheres no Brasil, perdendo apenas para o câncer das mamas. Essa incidência de morte por neoplasia uterina também é considerada maior em países subdesenvolvidos devido às condições médico-sanitárias precárias que exercem papel importante na prevenção desta doença (VALENTE et al. 2009).

A principal estratégia de rastreamento, no Brasil, é o exame citopatológico, recomendado pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos de idade. Estima-se que há uma redução de 80% na mortalidade por este tipo de câncer, se for realizado o rastreamento com realização de Papanicolau nas mulheres com essa faixa etária, tratando assim as lesões precursoras com alto potencial de malignidade ou carcinoma *in situ* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

De acordo com Freitas Filho (2013) o exame preventivo Papanicolau tem o papel de garantir a detecção precoce do câncer de colo de útero, e deve ser realizado, uma vez por ano, em todas as mulheres que mantêm uma vida sexual ativa. Consiste na coleta de material citológico do colo do útero para exame em laboratório. Detecta células cancerosas ou anormais ou identifica condições de infecção ou inflamação.

O exame preventivo é uma atividade ofertada com periodicidade, mas sua realização ainda apresenta resistência por diversas razões, dentre elas, o sentimento de medo, vergonha, dor, ausência de sintomas e esquecimento, estigma do câncer. Tudo isso mostra a influência e a determinação dos aspectos psicossociais nas práticas de prevenção (FERREIRA, 2007).

Segundo Ferreira (2009), Comportamentos identificados em algumas mulheres as deixam mais vulneráveis à doença, como se sentir envergonhada e constrangida ao se submeterem ao papanicolau, mostrando ainda mais essas reações quando o profissional que realiza o exame preventivo é do sexo masculino.

Existem poucos estudos sobre a cobertura do Papanicolau no país. Estando a maior quantidade nas regiões sudeste e sul do Brasil. São observadas mais frequentemente nas mulheres não submetidas ao exame citopatológico as seguintes características: baixa escolaridade, pertencer a faixas etárias mais jovens, baixo nível socioeconômico e baixa renda familiar (MARTINS; THULER; VALENTE, 2005).

A prevenção do câncer de colo uterino e de outras condições não cancerosas como infecção ou inflamação deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa e esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer, como para os demais (FREITAS FILHO, 2013).

A atenção básica em saúde como principal precursor da prevenção e promoção da saúde tem na colpocitologia um instrumento efetivo, de baixo custo e complexidade. Os PSF's e UBS's são postos que permitem um acesso mais fácil às mulheres ao exame, por geralmente estarem próximos da comunidade, em pontos estratégicos, que garantem um deslocamento menor (MELO, et al. 2012).

A enfermagem vem buscando realizar estratégias que motivem e mobilizem as equipes de saúde participantes da atenção primária, o que faz com que esta carreira se destaque na tarefa do cuidado preventivo. Tais estratégias envolvem a orientação quanto a realização do exame preventivo, deixa disponível meios de informação a população, fazendo com que o processo aconteça de forma interativa, que promove o autoconhecimento dos profissionais e pacientes, desenvolvendo a confiança de todos envolvidos neste processo, fazendo assim um trabalho que gera bons resultados (SILVA, et al. 2010).

Por isso este trabalho tem como objetivo evidenciar os fatos encontrados pelas mulheres que as impedem de fazer o exame preventivo e assim prevenir o CCU. Ao saber tais motivos, a equipe de saúde pode trabalhar para que estes sejam menos significativos na população feminina e assim aumentar a população de mulheres sexualmente ativas que fazem o Papanicolau regularmente.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Estudo

Trata-se de uma Revisão Integrativa (RI), por meio da busca e análise da produção científica da literatura nacional, pautada no estudo de Galvão, Mendes e Silveira (2010), que preconiza a operacionalização do processo de revisão em seis etapas, com vistas a obter novos conhecimentos a partir da discussão sobre métodos e resultados de pesquisas primárias relevantes (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A RI é um método que pode ser adotado na saúde que sintetiza os estudos primários do tópico de interesse do pesquisador permitindo análise ampla da literatura e maior compreensão do tema investigado. Este método é um recurso da Prática Baseada em Evidências (PBE) e tem como pressuposto o rigoroso processo de síntese do problema e da realidade pesquisada (POMPEO; ROSSI; GALVÃO, 2009; MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A PBE busca a tomada de decisão e solução dos problemas de acordo com evidências recentes e provenientes de estudos rigorosos. A RI permite a busca, a avaliação crítica e a síntese do tema investigado e o seu resultado representa a situação atual do assunto pesquisado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Procedimento para coleta de dados

Na etapa inicial foi definido como tema da RI a falta de adesão das mulheres ao exame preventivo, Papanicolau. Verificando a importância deste conhecimento para a Enfermagem e também para as famílias. Deste modo, as questões norteadoras foram: "Quais são os motivos que dificultam as mulheres a se submeterem ao exame de Papanicolau?" "Como está caracterizada a produção científica nacional acerca deste tema?".

A estratégia para o levantamento da amostra consistiu em uma busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino Americana em Ciências de Saúde(LILACS) e Base de Dados de

Enfermagem (BDENF).O período de coleta de dados estendeu-se de Março a Julho de 2015.

Para assegurar uma busca criteriosa dos artigos, foram delimitados os seguintes descritores controlados em Ciências da Saúde:mulher, papanicolau, medo. Foi realizada a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos encontrados, sendo incluídos na amostra os artigos que tratam do conhecimento e das práticas de saúde da mulher a cerca do exame citopatológico, artigos publicados na língua portuguesa, no período entre janeiro de 2005 e dezembro de 2014, disponíveis *online*, na íntegra.

Foram excluídos os artigos publicados em línguas estrangeiras, artigos que não estão disponíveis na íntegra, além daqueles publicados fora do período determinado e cujo tema não se refere ao tema central desta pesquisa. Também foram excluídos os artigos referentes ao Papanicolau que não tratavam do olhar da paciente frente ao exame.Foram obtidos 08 artigos na composição da amostra desta RI, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Na etapa de coleta de dados e categorização dos estudos foi feita a leitura minuciosa dos artigos completos que foram selecionados. Para coleta e registro das informações de cada artigo, utilizou-se um formulário não validado, denominado instrumento de coleta de dados em pesquisa bibliográfica (MOURA-FERREIRA, 2008). Este instrumento permite o registro de dados referentes aos periódicos, aos pesquisadores, ao estudo, tipo de estudo/ metodologia, resultados e conclusão/ considerações finais.

Na análise dos estudos incluídos e distribuídos em categorias, foi realizada uma avaliação crítica em busca de informações sobre o tema e explicações para os resultados diferentes ou contrários. Nesta etapa realizou-se a avaliação da qualidade metodológica, da relevância e da autenticidade das informações coletadas, de acordo com a apresentação dos conteúdos e análise estatística descritiva.

A interpretação dos resultados foi baseada nos dados evidenciados nos artigos incluídos na RI com o conhecimento teórico disponível sobre o tema. Na última etapa foi apresentada a síntese da discussão dos resultados encontrados de forma descritiva, sendo pontuada a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão, os aspectos relativos ao tema abordado e o detalhamento dos estudos incluídos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise dos artigos permitiu compor as seguintes categorias (Tabela 2).:

- (1) Sentimentos relacionados ao exame (vergonha/constrangimento, dor/desconforto, medo);
- (2) O conhecimento influencia a adesão (escolaridade, sabedoria cultural) ;
- (3) Contribuição do serviço de saúde (busca ativa insuficiente, educação em saúde ausente, falta de especialização do enfermeiro, dificuldade no agendamento das consultas); e por fim,
- (4) “Falta de tempo” (a mulher e sua sobrecarga de responsabilidades)

Tabela 2. Distribuição dos artigos da revisão integrativa analisados em categorias.

| Nome do artigo | Ano de publicação | Categorias |
|----------------|-------------------|------------|
|----------------|-------------------|------------|

| | | |
|---|------|--------------------|
| Fatores associados a não adesão ao Papanicolau entre mulheres atendidas pela Estratégia Saúde da Família em Feira de Santana, Bahia | 2014 | (1); (2); (4) |
| Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: Avaliação do acesso | 2014 | (1); (3) |
| Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo de útero | 2012 | (1) |
| Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame de Papanicolau | 2012 | (1); (3) |
| Percepção das mulheres acerca do exame colpocitológico | 2011 | (1); (2) |
| Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame Papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino | 2009 | (1); (2); (3); (4) |
| Motivos que influenciam a não realização do exame de Papanicolau segundo a percepção das mulheres | 2009 | (1); (2); (3); (4) |
| Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame Papanicolau: Implicações para a saúde da mulher | 2008 | (1); (2); (3) |

Fonte: os autores.

A seguir são apresentadas e discutidas as categorias obtidas nesta RI (Tabela 3).

Tabela 3 – Frequência e porcentagem das categoriais obtidas na amostra de artigos da revisão integrativa.

| | Categorias | | | |
|-----------------------|---|---|---|---|
| | Sentimentos relacionados ao exame | O conhecimento influencia a adesão | Contribuição do serviço de saúde | "Falta de tempo |
| Frequência (n) | 8 | 5 | 5 | 3 |
| Percentual(%) | 100 | 62,5 | 62,5 | 37,5 |
| Autores | Andrade, et al Brito-Silva, et al Nascimento, Nery, Silva Andrade, et al Matão, et al Barbeiro, et al Ferreira Silva, et al | Andrade, et al Matão, et al Barbeiro, et al Ferreira Silva, et al | Brito-Silva, et al Andrade, et al Barbeiro, et al Ferreira Silva, et al | Andrade, et al Ferreira Silva, et al |
| Período de publicação | 2008-2014 | 2008-2014 | 2008-2014 | 2008-2014 |

Fonte: os autores

Sentimentos relacionados ao exame

Esta categoria esta presente em 100% (08) da amostra de artigos, foi titulada como “Sentimentos relacionados ao exame”. Nesta denominação estão descritos os principais sentimentos encontrados na literatura pesquisada que as mulheres referem ter relacionados ao exame, seja antes, durante ou depois do mesmo. Tais sentimentos influenciam negativamente na realização do Papanicolau, pois desmotivam as mulheres a fazer o preventivo.

Os sentimentos mais citados foram vergonha/constrangimento, medo e dor/desconforto.

Segundo Matão e et. al. (2011), a maioria das mulheres fez referência ao momento do primeiro exame como vergonhoso e em muitos casos, é mantida a percepção inalterada ao longos dos anos. Algumas disseram no estudo que no decorrer dos anos esse sentimento foi melhorado e hoje conseguem realizar o exame com mais tranquilidade.

No estudo de Barbeiro e et. al. (2009), 52% das mulheres entrevistadas relataram ter vergonha.

A vergonha e o constrangimento são sentimentos de efeito negativos para a realização do exame de papanicolau, podendo influenciar na baixa procura do serviço. Estes sentimentos podem ser agravados pela quantidade de aprendizes presentes na sala de exame para visualização ou realização da coleta do material, com a finalidade de adquirir destreza e técnica neste procedimento (ANDRADE et. al., 2013).

De acordo com Nascimento; Nery; Silva (2012) As mulheres consideram o papanicolau como um procedimento desconfortável e por isso apresentam medo de sentir dor durante o exame. Elas expressaram sentir medo do exame e do resultado. Também citaram vergonha da exposição do corpo, e desconforto com a posição ginecológica.

No estudo de Matão e et. al. (2011) uma paciente diz: “Só dói um pouquinho assim, mas a gente fica... é por que a gente contrai bastante, tem medo de doer, machucar.. Então apesar do reconhecimento do exame ser importante para a saúde, a maioria das mulheres ainda faz referência ao aspecto desagradável que o exame causa.

A posição ginecológica da mulher durante o exame torna o momento constrangedor e vergonhoso (FERREIRA, 2009; RODRIGUES et. al., 2001).

A sensação dolorosa pode resultar de muitos fatores, como: ressecamento da mucosa vaginal; introdução do espéculo; estado de maior tensão, que provavelmente é gerado pelas expectativas quanto ao exame e seus resultados; presença de acadêmicos na sala de exame, que gera ou aumenta o constrangimento. Tais fatores resultam numa tensão emocional e muscular que acaba gerando a dor, o que dificulta a realização do exame (ANDRADE et. al., 2014).

Por isso, por vergonha e medo muitas mulheres colocam sua saúde em risco não fazendo o exame preventivo regularmente, a vergonha ainda prevalece quando o profissional é do sexo masculino (FERREIRA; OLIVEIRA, 2006).

O conhecimento influencia a adesão

A segunda categoria esta presente em 62,5% (5) dos artigos selecionados e foi denominada como: O conhecimento influencia a adesão. Nesta categoria está demonstrado com base na literatura pesquisada que o conhecimento das mulheres a cerca do exame facilita ou não a realização do mesmo. Saber mais sobre o Papanicolau, como o seu objetivo e como é realizado, diminui a insegurança da mulher, conseqüentemente aumenta a população que realiza o exame de prevenção.

Um estudo no Rio Grande do Norte revelou que 36,7% das usuárias não sabiam dos benefícios que o exame representa para a sua saúde, essas mulheres não foram orientadas sobre a importância do método como triagem, que permite diagnóstico e tratamento de lesões cervicais precocemente, antes de se tornarem formas malignas, prevenindo assim o câncer de colo de útero (FERNANDES, 2009).

No estudo de Andrade, et al (2014), a não adesão ao exame esta estatisticamente associada ao conhecimento inadequado da mulher sobre o Papanicolau.

As mulheres que justificam não realizar o exame pela ausência de sintomas mostra comportamento característico aos países subdesenvolvidos, onde as condições junto com a desinformação contribuem para o entendimento da população de que não se deve procurar assistência à saúde caso não se tenha sintomas (BRENNAN; et al, 2001).

Todos sabem que o CCU pode ser prevenido, mas a muitas mulheres no Brasil que morrem por este tipo de câncer, pelo fato de não saberem a finalidade do Papanicolau (SILVA; et al, 2008).

Mesmo com a implantação de programas pelo MS, e a extensa divulgação das informações a respeito do Papanicolau na rede básica de saúde, a maioria das mulheres pouco sabem com clareza o significado da prevenção de câncer de colo de útero (BRITO, et al 2007; DAVIM, et al 2005 e THUM, et al 2008)

Segundo Barbeiro, et al (2009) as mulheres do estudo não sabem realmente qual a periodicidade de realização do exame, a maioria destaca a cada seis meses, o segundo mais falado é a cada um ano, mas a casos de falas que acreditam que o exame deve ser realizado todo mês, sendo que a periodicidade recomendada pelo MS, caso não se tenha sintomas e dois exames consecutivos normais, é a cada três anos.

O fato de muitas mulheres verem o CCU como uma doença distante delas influencia a não realização do exame, e infelizmente, quase sempre esse conhecimento consensual só muda quando desenvolvem a doença ou algum conhecido é acometido (SILVA; et al, 2008).

De acordo com Pinho; et al (2003) a falta da importância do exame de Papanicolau para muitas mulheres, é um desafio para os serviços de saúde, pois diminui o rastreamento ao CCU, principalmente da faixa das consideradas de maior risco para desenvolver a doença.

Contribuição do serviço de saúde

A Terceira unidade, esta presente em 62,5% (5) da literatura pesquisada, sendo chamada de “Contribuição do serviço de saúde”, onde reitero a partir dos artigos encontrados as dificuldades impostas pelos serviços de saúde, a falta de educação permanente e busca ativa pela unidade, e inadequada capacitação da equipe de saúde que impede a humanização no atendimento.

Unidades de saúde distantes é um motivo citado por uma das entrevistadas no estudo de Ferreira (2009), “Sempre morei na zona rural e ficava difícil para eu vir até o posto de saúde” outra ainda refere não ter dinheiro para ir à unidade com transporte coletivo: “Moro longe e não tinha como vir, por que tenho que vir de circular e me faltava dinheiro...”

O alcance insuficiente da população pelo serviço de saúde devido a grande extensão territorial também é encontrado no estudo de Silva, et al (2008) o qual trata das mulheres amazônicas, onde o território não é de fácil acesso.

A pouca procura pelo exame preventivo evidenciada na unidade de saúde do estudo de Andrade e et. al. (2014) se dá pela busca ativa insuficiente, esta é responsabilidade do ACS, não deixando de questionar o enfermeiro, coordenador da unidade que deve participar da função e orientar a ACS quanto ao serviço de rastreamento de mulheres da comunidade que necessitam realizar o Papanicolau.

Nos resultados de Brito-Silva e et. al. (2014) pode-se afirmar que a dificuldade no acesso à atenção básica se deve à baixa flexibilidade no agendamento de consultas. A dinâmica no atendimento impõe restrições, e sua burocratização, desmotiva a mulher a buscar pelo serviço de saúde, dificultando assim a realização regular do Papanicolau.

A realidade de baixa procura do serviço de saúde pelas mulheres se faz ainda mais presente quando os profissionais de saúde se atentam somente ao ato de fazer o teste de Papanicolau e de cumprir metas, não priorizando a informação sobre a finalidade e importância do exame (BARBEIRO, et al 2009; FERREIRA, 2007).

Ainda no artigo de Andrade e et. al. (2013) mulheres sugerem que os profissionais “conversem mais” explicando o procedimento, a fim de reduzir a ansiedade durante a coleta do material citológico.

O profissional deve se importar com sua postura corporal, a forma como toca o paciente e as emoções e sentimentos que transmite durante o atendimento, assim os vínculos afetivos são criados, melhorando a avaliação e o planejamento assistencial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

A falta de grupos de conversa também afeta o atendimento a mulher, podendo este facilitar o caminho para a realização do exame. Um grupo de mulheres se torna uma ancora no cotidiano, cada membro com a sua força garante sustentação, apoio fortalecimento social e emocional (MENEGEL et al, 2005)

“Falta de Tempo”

A última unidade esta presente em 37,5% (3) dos artigos encontrados, sendo intitulada como “Falta de Tempo”. Sendo a mulher detentora de diversas responsabilidades no lar e hoje em dia também no mercado de trabalho, a saúde acaba ficando em segundo plano, pois a maioria de queixa de falta de tempo para realização do exame.

Ter quatro ou mais filhos teve relação significativa com a não adesão ao Papanicolau, pela sobrecarga das mulheres com os cuidados a família, que influencia diretamente o acesso da população feminina as unidades de saúde (ANDRADE et al, 2014).

Na pesquisa de Barbeiro e et al (2009) 15% das mulheres entrevistadas relataram não ter tempo para procurar a unidade de saúde para realização do exame preventivo, citaram como principal motivos a adequação aos horários de tempo marcação de consultas e fila de espera para o atendimento.

CONCLUSÕES

Este trabalho procurou identificar na literatura motivos que levam a população feminina a não aderirem a colpocitologia, exame este muito importante para prevenção do CCU e tratamento de outras doenças como DST's.

Com os motivos que dificultam a realização do papanicolau reunidos em um só artigo, profissionais da saúde que trabalham principalmente na atenção básica podem traçar estratégias para alcançar mulheres que não fazem o exame regularmente.

Foram identificadas diversas causas para a falta da procura do serviço de saúde, porém as mais citadas continuam sendo a vergonha, o constrangimento, a dor e o medo.

Este exame considerado pelas pacientes invasivo e que expõe o corpo feminino é visto pela maioria como importantíssimo para a saúde, mas sentimentos deste tipo tem o poder de atrapalhar o cuidado e a preocupação da mulher com ela mesma.

De acordo com os artigos encontrados a melhor forma de combater esse pudor “exagerado” e o medo descrito é com a criação do vínculo entre profissional de saúde e paciente. A educação permanente em saúde e o extremo cuidado no atendimento do profissional que coleta o material citológico também são responsáveis por diminuir esses sentimentos enraizados na população feminina e que se proliferam a cada conversa e depoimento da experiência vivida entre amigas e familiares.

Outra dificuldade evidenciada nas pesquisas é a falta de conhecimento das mulheres em relação ao exame, muitas ainda não sabem que o Papanicolau deve ser feito anualmente ou a cada três anos depois de dois resultados consecutivos normais. A palavra prevenção apesar das constantes campanhas, ainda não esta clara para a população feminina, o porquê, como e quando, são perguntas que muitas mulheres não sabem responder.

O conhecer evita ansiedade, preocupação, medo, conseqüentemente aumenta a adesão das mulheres ao exame preventivo. Por isso a informação, a educação em saúde deve ser constante e feita por todos os profissionais de uma unidade de saúde, principalmente da atenção básica que acolhe a população mais carente, com menos instrução, que requer mais carinho, tempo e paciência, mas que não devem ser esquecidos, pois nessas comunidades estão muitas mulheres consideradas de risco para desenvolver CCU.

O serviço de saúde diversas vezes cria obstáculos, que influenciam na baixa procura pela colpocitologia. Dia e horário definidos para marcação de consultas pode ser considerado um obstáculo para diversas mulheres. Filas de espera intermináveis também desmotivam a procura do mesmo, apesar de que nem sempre podem ser resolvidas pelos PSF's que atendem uma enorme população.

Postos de saúde distantes da sua área de cobertura é uma realidade encontrada em diversas partes do país, que dificultam o rastreamento de mulheres e deslocamento da população carente.

Equipes de saúde pouco preparadas, ou com profissionais “desleixados” que não realizam uma busca ativa suficiente é uma dificuldade na realização do exame preventivo, o que muitas vezes pode ser solucionado por uma busca ativa eficiente as mulheres que tem alto risco de contrair doenças e/ou desenvolver o CCU.

Também existe o mau atendimento por um profissional de saúde, que pode causar um trauma na paciente, que desiste de realizar o exame regularmente e motiva mulheres do mesmo circulo social a fazer o mesmo.

Por fim, a falta de tempo das mulheres é um empecilho para realizar o Papanicolau. Horários de trabalho que são os mesmos de funcionamento do posto de saúde, os filhos que necessitam da sua atenção integral, a casa que requer cuidados diários. Todas essas responsabilidades dificultam a ida da mulher ao serviço de saúde, principalmente se esta não tiver queixas que a incomodem, assim a realização do exame é adiada até um dia que seja extremamente necessário arranjar um tempo.

Acreditamos que esta RI é de imensa importância para o serviço de saúde, os resultados obtidos demonstram o que muitos sabiam, mas trazem aspectos novos, dimensões diferentes, do que já era relatado pela população feminina.

Cabe aos profissionais de saúde e as mulheres se empenharem para promover a saúde, fazendo a prevenção das doenças identificadas pelo exame, principalmente o CCU que é responsável por inúmeras mortes.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. S.; ALMEIDA, M. M. G.; et al. Fatores associados a não adesão ao papanicolau entre mulheres atendidas pela estratégia saúde da família em Feira de Santana, Bahia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília. v. 23, n. 1, p. 111-120, 2014.

ANDRADE, S. S. C.; SILVA, F. M. C.; SILVA, M. S. S.; OLIVEIRA, S. H. S.; et al. Compreensão de usuárias de uma unidade de saúde da família sobre o exame Papanicolaou. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2301-2310, 2013.

BARBEIRO, F. M. S.; CORTEZ, E. A.; et al. **Conhecimentos e práticas das mulheres acerca do exame papanicolau e prevenção do câncer cérvico-uterino**. Rev. de pesq.: cuidado é fundamental Online. v. 1, n.2, p. 414-422, se/dez 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: MS; 2007.

BRENNA, S. M. F.; HARDY E.; ZEFERINO L. C.; NAMURA, I. Conhecimento, atitude e prática do exame de Papanicolaou em mulheres com câncer de colo uterino. **Cad Saúde Pública**. v.17, n. 4, p. 909-914, jul-ago 2001.

BRITO, C. M. S.; NERY, I. S.; et al. Sentimentos e expectativas das mulheres a cerca da citologia oncológica. Rev. bras. enferm. v. 60. n. 4, p. 387-390, 2007.

BRITO-SILVA, K.; BEZERRA, A. F. B.; et al. Integralidade no cuidado ao câncer do colo do útero: avaliação do acesso. **Rev. Saúde Pública**. v. 48, n. 2, p. 240-248, 2014.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; et al. Conhecimento de mulheres de uma unidade básica de saúde da cidade de Natal/RN sobre o exame de papanicolau. **Rev. esc. enferm. USP**. v. 39, n. 3, p. 296-302. 2005

FERNANDES, I. V.; RODRIGUES, S. H. L.; et al. Conhecimentos, atitudes e pratica do exame de Papanicolau por mulheres, nordeste do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. v. 43, n. 5, p. 851-858, 2009.

FERREIRA, M. L. S. M. Motivos que influenciam a não realização do exame de papanicolaou segundo a percepção de mulheres. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. v. 13, n. 2, p. 378-384, abr-jun 2009.

FERREIRA, M. L. S. M. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre o exame de papanicolau e de mama. **Rev. ciênc. méd.** v. 16, n. 1, p. 9, jan-mar 2009.

FERREIRA, M. L. S. M; OLIVEIRA, C. Conhecimento e significado para funcionárias de indústrias têxteis sobre prevenção do câncer do colo uterino e detecção precoce do câncer da mama. **Rev. Bras. Cancerol.**, v. 52, n. 1, p. 5-15. 2006

FREITAS FILHO, L. A.. **O exame papanicolau e o diagnóstico das lesões invasoras do colo do útero.** Centro de Consultoria Educacional - Universidade Paulista. Recife, 2011.

INCA - Instituto Nacional do Câncer (Brasil). **Incidência de Câncer no Brasil.** Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 10/06/2015.

GALVÃO, C. M.; MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P. Revisão integrativa: método de revisão para sintetizar as evidências disponíveis na literatura. IN: BREVIDELLI, M.M.; SERTÓRIO, S.C.M. **Trabalho de conclusão de curso:** guia prático para docentes e alunos da área da saúde São Paulo: Látrica, 2010.p.105-126.

MARTINS, L. F. L.; THULE, L. C. S.; VALENTE, J. G.. Cobertura do exame de Papanicolaou no Brasil e seus fatores determinantes: uma revisão sistemática da literatura. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 27, n. 8, p. 485-92, 2005.

MATÃO, M. E. L.; MIRANDA, D. B.; et al. Percepção das mulheres acerca do exame colposcópico. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 1, p. 47-58, 2011.

MELO, M. C. S. C.; et al. O Enfermeiro na Prevenção do Câncer do Colo do Útero: o Cotidiano da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 58, n. 3, p. 389-398 , 2012.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008.

MENEGHEL, S. N.; BARBIANI, R.; et al. Cotidiano ritualizado: grupos de mulheres no enfrentamento à violência de gênero. **Cien Saúde Colet.**, v. 10, n. 1, p.111-118, 2005.

MOURA-FERREIRA, M. C. **Formulário para Coleta de Dados em Pesquisa Bibliográfica.** 01 p. 2008 [mimeografado].

NASCIMENTO, L. C.; NERY, I. S; SILVA, A. O. Conhecimento Cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 20, n. 4, p.476-480, out-dez 2012.

RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; et al. Percepção de algumas de mulheres sobre o exame Papanicolau . **Esc Anna Nery Rev. enferm.**, v. 5, n.1, p. 113-118, 2001.

SILVA, E. D.; et al. Esse tal Nicolau: representações sociais de mulheres sobre o exame preventivo do câncer cérvico-uterino. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n. 3, p. 554-60, 2010.

SILVA, S. E. D.; VASCONCELOS, E. V.; SANTANA, M. E.; et al. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame papanicolau: implicações para a saúde da mulher. **Esc Anna Nery Rev Enferm.** v. 12, n. 4, p. 685-692, dez 2008.

THUM, M.; HECK, R. M; et al. Câncer de colo uterino: percepção das mulheres sobre prevenção. **Ciênc. Cuid. Saúde.**, v. 7, n. 4, p. 509-516, 2008.

VALENTE, C. A. et al. Conhecimento de mulheres sobre o exame de papanicolaou. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 43, n. 2, p. 1193-1198, 2009.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing.** v. 52, n. 5, p. 546-553, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmes: policies and managerial guidelines.** 2. ed. Geneva, 2002.

GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: O NOVO SABER

Sarah Mendes de Oliveira¹; Mariana Alves Machado Ribeiro²; Carla Denari Giuliani³

¹Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, colaboradora desse projeto;

²Enfermeira. Mestranda no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia, colaboradora desse projeto;

³Professora doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia-MG, e-mail: denarigiuliani@bol.com.br

Resumo: Introdução: O redimensionamento da autoridade parental, novas normas educativas, transformações nas relações de gênero e entre gerações compõem novo. Cenário social e familiar. Chegamos ao século XXI com a família pós moderna ou pluralista, ao individualismo e as relações descompromissada. Neste viés quando pensamos no nosso objeto de estudo: o ato de engravidar das adolescentes no século XXI, depois da revolução da pílula e do nascimento do feminismo, torna-se claro o pensar que sentido tem essa maternidade neste tempo de fluidez, efemeridade do individual, da cultura contemporânea que se sobrepõe linguagens, paradigmas e projetos. Que sentido tem esse contra poder exercido por essas meninas e meninos periferia de Uberlândia Minas geral tem quando se opõem às políticas públicas e ao modelo estabelecido pela sociedade contemporânea, que traduz a gravidez na adolescência como um problema e ou erro. **Objetivo:** Nesse trabalho pretendemos compreender qual significado dessa maternidade para esse adolescente de periferia de grande cidade como Uberlândia. E, neste sentido, se a gravidez na adolescência assinala uma forma de resistência ou contra poder à sociedade atual e as suas formas disciplinares do que é adolescer. **Metodologia:** Esse estudo foi desenvolvido a partir de fontes orais obtidas com entrevistas das gestantes adolescentes, que são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Uberlândia Minas Gerais, bem como seus companheiros e suas famílias, em um espaço temporal de 2013 a 2015. **Resultados:** Observamos que apesar do pensamento “hegemônico”, de erro ou problema traduzido pela mídia, pelos programas de saúde, pelo próprio ensinamento médico, e pelo mundo contemporâneo, as pessoas resistem e reescrevem novos juízos de valores. **Conclusão:** Percebe-se que as construções de gênero dentro dessa sociedade apesar das mudanças ocorridas ainda se perpetuam muitas continuidades que vem desde os ensinamentos do com movimento higienista, continuam se perpetuando a visão da mulher cuidadora e homem provedor, apesar de muitas mulheres terem conquistado mundo público, estas ainda se caracterizam como a principal responsável pelo cuidado do filho, da casa, da família, do marido.

Palavras chaves: gravidez; adolescência; saúde pública.

INTRODUÇÃO

De início, convém esclarecer como a gravidez na adolescência, ao longo do tempo no mundo ocidental passa de natural e aceitável para um problema social e de

saúde pública. Para tanto, será feito o cruzamento de dados epidemiológicos e históricos, observando como aconteceu a construção da gravidez adolescente no discurso dos sujeitos ligados a saúde, desde a revolução sanitária até os dias hoje.

A gravidez na “adolescência” não constitui fenômeno recente na história da humanidade. Conforme Bellomo (2006), as mulheres casavam-se em média aos 12 anos e os rapazes aos 14, época em que a perspectiva média de vida era inferior a 25 anos. Portanto, tendo uma expectativa de vida baixa, a manutenção da espécie só era possível aproveitando-se precocemente a fecundidade. As mulheres iniciavam a vida sexual após a menarca. E os homens tão logo despertassem os instintos sexuais e a capacidade de fecundar.

Mas a maternidade e o casamento continuaram sendo algo essencial e primordial para as sociedades apresentadas acima. A historiografia descreve que a escolha do noivo era uma questão de família. A sociedade antiga entendia que a melhor maneira de as mulheres aproveitarem sua vida era ao lado de um homem, pois eram consideradas pelo clero como criaturas débeis e suscetíveis às tentações do diabo, motivo pela qual deveriam estar sempre sob a tutela masculina. A mulher era a propriedade, usada para obter vantagens. Os casamentos geralmente visavam o aumento de riqueza. Nas classes sociais mais abastadas, as “meninas” eram casadas com a idade de oito anos. A mulher era vista como objeto de seu marido, devendo a ele obediência e fidelidade.

OBJETIVO

Compreender qual significado dessa maternidade para esse adolescente de periferia de grande cidade como Uberlândia. E, neste sentido, se a gravidez na adolescência assinala uma forma de resistência ou contra poder à sociedade atual e as suas formas disciplinares do que é adolescer

METODOLOGIA

Esse estudo foi desenvolvido a partir de fontes orais obtidas com entrevistas das gestantes adolescentes, que são atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da Família de Uberlândia Minas Gerais, bem como seus companheiros e suas famílias, em um espaço temporal de 2013 a 2015. Os depoimentos contidos nesse trabalho fazem parte das entrevistas concedidas pelas participantes da pesquisa.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Deste modo, historicamente, se constrói um retrato em que o papel da mulher é restrito à maternidade e a ser instrumento, seja para manter dinastias, acordos políticos ou como fonte de prazer e força de trabalho. No Brasil, país de cultura fortemente patriarcal, estabeleceu-se para a mulher a função social de reprodutora e a criadora dos filhos. Durante séculos as “meninas” eram educadas para se tornarem esposas e mães logo após a menarca. Portanto, até o início do século XX a gravidez precoce era considerada um acontecimento habitual.

Neste viés, Reis (1993) relata que era norma da aristocracia escravista casar “meninas” com 12 e 13 em média, mas não era raro que esta mesma aristocracia permitisse, infringindo suas próprias leis, que suas filhas se casassem até com oito anos de idade. Na educação a elas dispensada observava-se um atraso de um século ou mais em relação à realidade europeia. Das sinhás-moças só se esperava o casamento e a maternidade. Consequentemente, elas não só desconheciam a instituição escolar, como muitos pais, em casa, impediam-lhes o acesso às primeiras letras. Criadas em ambiente rigorosamente patriarcal, viviam sob a mais dura tirania dos pais, depois substituída pela tirania dos maridos.

Erro! Fonte de referência não encontrada. Segundo Freyre (1966), as belas meninas, cuja primeira comunhão marcava a entrada na vida adulta, tornavam-se, muito cedo, feias matronas de dezoito anos, carregadas de muito ouro, braceletes e pentes para disfarçar a velhice precoce.

Portanto, de acordo com os historiadores das mentalidades, até o século XVIII a menina saía da infância e adentrava o mundo adulto logo após a primeira menstruação, inexistindo, portanto, a fase de adolescência. A sociedade via mal a criança e, pior ainda, a adolescente. Essa ideia confirmou-se quando a pesquisa histórica se revelou capaz de demonstrar que, embora em períodos anteriores à Idade Média tenha existido uma organização da comunidade por classes de idade, dessa época até o século XVIII a cultura ocidental aboliu as distinções etárias. (ÀRIES, 1994).

As drásticas mudanças socioeconômicas do Século XVIII permitiram que a noção de idade e de infância assumisse uma dimensão social mais significativa. Isto acontece devido à preocupação da sociedade industrial com futuro trabalhador de suas fabricas. Igualmente a ideia de família associa-se com a preocupação com a criança, com o papel definido para mulheres a partir da constituição da sociedade burguesa. A criança alvo de educação, puericultura, cuidados para futura mão de obra. (DONZELOT, 1978) Ao mesmo tempo Foucault (1997) coloca que sociedade formula a disciplina, controle e dispositivos para criar o cidadão trabalhador responsável e instituições axilares para separar o joio do trigo. Enquanto na Europa do século XIX esses dispositivos estão bem formulados e o sentimento moderno de infância já havia há muito se instalado e se difundido e a adolescência começava a despontar diferenciando-se da infância, no Brasil este processo se constituiu mais lento e ainda mais recente, o processo de constituição da adolescência esteve atrelado às características de sua formação social. A distinção entre os tempos de vida, notadamente entre a infância e a idade adulta, dos escravos machos e fêmeos, dos homens e das mulheres brancas, ocorreram quase no beiral do Século XX, numa outra cadência e seguindo determinações relativamente diferentes das da Europa, embora guardassem características globais análogas àquelas de lá.

No Brasil, a inclusão feminina no âmbito de experiências socialmente valorizadas e, consequentemente, dotadas de visibilidade, foi inaugurada pelo movimento higienista, que criou condições - pelo menos parciais - para que, posteriormente, o conceito de adolescência fosse estendido ao mundo das mulheres. Cabe ressaltar que o movimento higienista tem sua chegada ao Brasil entre o fim do século XIX e início do século XX e suas propostas residiam na defesa da saúde, educação pública e no ensino de novos hábitos higiênicos. Esse movimento teve como ideia central valorizar a população como um bem, como capital, como recurso principal da nação. A ideia de que um povo educado e com saúde é a principal riqueza da nação, isso perdura até os dias de hoje. E nesse processo a mulher é recuperada como fonte de reparação e de defesa da saúde e dos bons costumes. Ela passa a ter

um objetivo: cuidar da casa, dos filhos, da alimentação do trabalhador. Rago (1895) enfatiza os procedimentos disciplinadores que a classe burguesa pôde dispor para formar o modelo de mulher mãe/dona-de-casa. Mas também salienta que os jornais operários “constroem duas imagens femininas que contrastam frontalmente. Uma mulher submissa, que não sabe como lutar e, ao mesmo tempo, uma figura combativa que sai às ruas e enfrenta sem reservas as autoridades públicas e policiais”.

Nesta efervescência de transformações sociais e culturais o conceito de adolescência foi definido e amplamente aceito na Reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre a gravidez e o aborto na adolescência, realizada em 1974. Em uma leitura mais transversal, este conceito traduz algumas dificuldades, o primeiro dos quais remete às dimensões biofisiológica, psicológica e econômica. No plano da consciência, é raro encontrar pessoas de uma mesma faixa etária cujas transformações biopsicossociais ocorram de modo articulado e simultâneo. Em termos da exigência de homogeneidade do objeto considerado, a definição de adolescência se torna mais confusa, pois nenhum ser humano é igual a outro. Desta forma, o ritual de adolecer não é o mesmo para todos. Para muitos, o adolecer não é um só momento de experimentação ou curtição, e sim de aquisição de responsabilidades, financeiras e familiares.

Deste modo, o fenômeno da gravidez na juventude não se constitui uma novidade. O que é novidade é nas últimas décadas ela se tornar um problema social e de saúde pública. Porque será que de uma hora para outra a gravidez se tornou um problema? Para quem realmente ela é um problema? Ou será contar poder frente ao imposto pela sociedade e saúde. Trabalhando em campo de estágio com adolescentes de periferia, percebi que a gravidez em si não é um problema, mas muitas vezes a solução para vislumbrar uma nova vida. O problema se encontrava no enfretamento dessa gravidez perante a sociedade contemporânea que desconstrói a maternidade nesta fase.

O fortalecimento da identidade pessoal e cultural é um processo que envolve a construção do ser, o conhecer-se a si mesmo, o resgate de sua história de vida familiar e comunitária, assim como de suas raízes culturais e étnicas, o reconhecimento do outro e a reflexão sobre seus valores pessoais. É também um processo que se dá em rede, nas interações pessoais, no diálogo e nos conflitos. Há um momento, nesse processo, em que o adolescente se descobre *autor* de sua própria vida; começa a olhar para a frente e perguntar-se como garantir um futuro melhor. Em outros termos, o jovem começa a pensar no que tem sido chamado “projeto de vida”.

Como mostra os depoimentos abaixo de Lavanda que tentou engravidar por um ano é conseguiu com 15 anos:

(...) Eu tenho 15 anos, meu marido tem 19 anos, ele trabalha de servente. Eu estou junto com meu marido há 2 anos, fiquei tentando engravidar por 1 ano inteiro, aí quando eu larguei de mão, eu engravidei. Acho que de tanto chorar querendo um filho, eu engravidei. Eu sempre quis ser mãe, é uma coisa que não sei explicar. Na família somos eu e meu irmão, eu não tive minha mãe por perto, pois ela trabalhava muito. Acho que casei cedo por muito sofrimento na casa do meu pai. Meu pai bebe e usa droga, aí não estava mais aguentando, ele já tinha me expulsado de casa 3 vezes, por causa das brigas minhas com ele, pelo uso dele das drogas. Minha mãe e meu irmão ainda estão com ele. Minha mãe bebe as pinga dela, mais só nas folgas do trabalho, mas não enche o saco de ninguém. Mas meu pai fica agressivo quando bebe e usa droga, aí

quem tiver perto ele bate. Então minha vida melhorou muito depois que eu casei, meu marido é bom para mim, ele faz coisas que nem meu pai nem minha mãe nunca fizeram até hoje. Tenho paz e nós damos muito bem. (Lavanda)

O depoimento da Lavanda demonstra, que a única saída para ela mudar de vida como de fato aconteceu, seria a maternidade e assim a construção de nova família. Família está com presença de um pai e de uma mãe nas vidas dos filhos, tendo os filhos como espelho do próprio eu. Eu bem diferentes do eu dos pais, sem vícios, sem violência, com muita paz familiar. Tendo a gravidez (maternidade) e conseqüentemente a construção de outra família como luz para vida melhor. Pensamento este em oposição aos padrões de construção de família e maternidade estabelecida pelo governo e programas sociais.

Desde modo, as vozes das adolescentes que desejam mesmo que às vezes inconscientemente, a gravidez na adolescência, não pode ser abafada, e sim entendida, para que possamos evoluir na compreensão do sentido que isto tem no século XXI. O que temos é um grande problema para a sociedade, porém não para as adolescentes, conforme suas falas.

Ao refletir sobre o sentido de engravidar em pleno século XXI, nota-se o contra-poder exercido pelas adolescentes quando se opõem às políticas públicas e ao próprio conceito de “verdade” estabelecido pela sociedade contemporânea, que vê a gravidez na adolescência como um problema e um erro. A sociedade contemporânea juntamente com as políticas públicas impõem o “certo” ou “verdadeiro” como algo “hegemônico” e imutável, mas se esquecem que o poder é circular. Deste modo, mesmo com a negatividade de se engravidar enquanto adolescente na sociedade brasileira, as políticas públicas que visam a prevenir a gravidez na adolescência não conseguem abarcar o pluralismo dos grupos mais carentes, sendo esta população a mais afetada por este problema. A gravidez na adolescência pode constituir uma forma de “poder” contra os ideários estabelecidos, tanto pela sociedade do século XXI, quanto pelas políticas públicas em relação à maternidade na adolescência. Segundo Foucault (1979), o poder penetra e é exercido por todas as classes sociais, sendo todos os governantes e os governados ora sujeitos, ora objetos desse poder. O autor afirma que o poder circula por todos os lugares. O poder não é uma coisa, algo que se toma ou se dá, se ganha ou se perde. É uma relação de forças. Circula em rede e perpassa todos os indivíduos. Neste sentido, o contra-poder dessas “meninas” está também na oposição ao modelo de “vida a dois” estabelecido pela sociedade contemporânea, que desconsidera a formação de uma família nesta idade.

Lírios, que coloca que gravidez, apesar de no início ser um problema, hoje ela não concebe sua vida sem sua filha:

(...) Para mim foi difícil, porque no começo me senti um pouco jogada de um lado para outro. Assim, a gravidez no início foi um problema para mim, hoje minha filha é alegria de minha casa. Para mim a vida com a gravidez mudou muito, agora tenho que pensar nela, não tenho tempo mais para sair, ir em festas, meu tempo se restringe em cuidar dela e de minha casa. Mas, apesar de tudo, tenho a certeza que isto foi a melhor coisa que me aconteceu, foi muito bom eu ter engravidado, pois se eu não tivesse minha filha, hoje eu estaria como muitas de minhas amigas, jogadas nas ruas e mexendo com drogas. Eu estou com meu marido há 1 ano. Nós se damos bem. Para mim a gravidez cedo não foi um problema, eu vou voltar a estudar, eu só amadureci mais cedo, e assim foi melhor. Uma filha muda muita a vida de uma pessoa para melhor. (Lírios).

CONCLUSÃO

Entende-se que os micropoderes exercem sua força quando essa menina decide engravidar e ter uma família. No processo cultural e de aprendizado do ser mulher vista sociedade engloba a aquisição de um filho e de uma família. Portanto, apesar do discurso “hegemônico”, escrito ou falado, disseminado pela mídia, pelos programas de saúde, pelo próprio ensinamento médico e pelo mundo contemporâneo, as pessoas resistem e reescrevem novos juízos de valores ou recriam as tradições culturais.

Através destes depoimentos percebe-se que é necessário, por parte da equipe de saúde que trabalham com esses adolescentes e suas famílias, um entendimento global da questão em seus múltiplos aspectos, levando em conta o meio em que está atuando, o contexto familiar e os recursos de que dispõe para enfrentar a situação. As discussões com as adolescentes acerca de seu papel na sociedade, como mulher e adolescente, sobre o papel da maternidade na vida da mulher, e finalmente sobre o significado da maternidade na adolescência, são muito úteis, pois, na medida em que compreendem o que está acontecendo, podem lidar melhor com a situação e planejar o futuro. A gravidez na adolescência deve ser analisada num universo mais amplo, que é a saúde reprodutiva da adolescente, e que engloba todas as variáveis, partindo de uma visão global para uma assistência individual.

REFERÊNCIAS

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1981.

BELLOMO, Harry R. Amor e sexualidade na Roma antiga. In: FLORES, Moacyr (Org.). **Mundo gregoriano, sagrado e o profano**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 15-50.

DONZELOT, J. **A política das famílias**. Rio de Janeiro, editora Graal 1980.

FREYRE, G. Casa grande e senzala: formação da família brasileira sob o regime de economia patriarcal. **Jornal Olympio** 13. ed., 1966, Rio de Janeiro.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 2 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

REIS, A.O.A.; ZIONI, F. O lugar do feminino na construção do conceito de adolescência. **Revista de Saúde Pública**, 1993, v.27, n.6, p.472-477.

RAGO, L. M. **Do Cabaré ao Lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

INTERSETORIALIDADE PARA UM MELHOR ATENDIMENTO DOS ALUNOS COM NECESSIDADES ESPECIAIS

Janaína Pereira¹

¹Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

RESUMO

Introdução: Este artigo descreve uma análise do contexto escolar e suas dificuldades enfrentadas em especial por pessoas com necessidades especiais e a possível cooperação de outras áreas do conhecimento, e não somente da educação, para um resultado mais satisfatório dos alunos. **Objetivos:** Com o objetivo de mostrar que a intersectorialidade, é a chave que possibilita um grande sucesso do sistema educacional e uma troca interessante entre os profissionais que se proponham a cooperar com este projeto que é inovador e benéfico para ambas as partes: os que ajudam a proposta acontecer e os que são atendidos por este trabalho multifocal. **Metodologia:** Foi realizada uma análise bibliográfica, que perpassa a questões do direito, saúde e educação, além de conhecimentos afins a estas áreas. Imprescindível para isto foi uma breve apresentação da história dos deficientes, e o que evoluiu ao longo do tempo, mesmo que a passos lentos, até nos depararmos aos dias atuais, com seus preconceitos e dificuldades. **Resultados:** Quanto à literatura disponível a intersectorialidade, ainda é pouco explorada e discutida, com grande falta de trabalhos publicados, e também desconhecimento sobre esta temática, nos oferecendo, portanto, a visão de que estamos longe de termos uma rede interligada da educação com outras áreas do saber. **Conclusão:** Apesar de faltar muitas informações ao se tratar de intersectorialidade, esta é uma oportunidade de trabalho interessante a ser desenvolvida. Queremos oferecer um melhor atendimento aos alunos com ou sem necessidades especiais, a fim de termos como resultado a inclusão de todos, e oportunidades da Universidade oferecer a comunidade atividades de extensão e a construção de um País mais igualitário e justo.

Descritores: Intersectorialidade, Educação, Saúde.

INTRODUÇÃO

O presente texto tem como tema central a intersectorialidade no sistema educacional, para um melhor sucesso do aluno com necessidades especiais, e sua efetiva inclusão. Nesta perspectiva, construíram-se questões que irão nos nortear:

- As dificuldades enfrentadas no ambiente escolar, por profissionais da educação para oferecer um trabalho eficaz aos alunos com necessidades especiais e sua família, onde estes muitas vezes sentem-se despreparados e desmotivados.
- Uma análise da escola como um local de multiplicação de conhecimentos à comunidade que a frequenta, através da cooperação de outros setores que possam oferecer parcerias, com o propósito de melhorar o

atendimento aos alunos de forma global, incluindo-se para isso em especial, o setor da saúde e como este pode ser benéfico para todos.

Podemos melhorar o papel da escola, onde os profissionais da educação precisam aprender cada dia mais, se especializando, em especial quando se faz necessário conhecer mais sobre as deficiências, para oferecer oportunidades melhores aos alunos e aos pais que na maior parte das vezes têm dificuldades em lidar com algumas situações. Onde a proposta inclusiva possa oferecer conhecimentos, palestras, um espaço de diálogos que ajudem no sucesso escolar e na extinção de quaisquer preconceitos que ainda possam existir, construindo uma história diferente da vivenciada por muitos.

Vários autores discorrem sobre inclusão, todavia pouco foi discutido na promoção de parcerias intersetoriais e também na construção de políticas públicas que venham a promover um trabalho mais eficiente e qualificado a escola frente as suas dificuldades para solucionar os problemas que lhe são postos, entre eles a inclusão escolar, tendo em vista que normalmente há despreparo da escola e seus profissionais e falta de políticas públicas eficazes para que se alcance um verdadeiro sucesso escolar, onde podemos mencionar os estudos de França (2014), Silva e Moura (2012), Félix e Bernardelli (2011), etc.

“Escolas regulares que possuam tal orientação inclusiva constituem os meios mais eficazes de combater atitudes discriminatórias criando-se comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando a Educação para todos (...)” Declaração de Salamanca, 1994, p.1.

Neste contexto, há uma necessidade de mudança de paradigmas para superar a falta de conhecimentos e/ou dificuldades de aprendizagem e melhorar a convivência com pessoas com necessidades especiais, através de oportunidades de diálogos e trocas de informações entre as várias áreas do saber, que possam colaborar com aprendizado mútuo, e assim acrescentar à escola e aos seus profissionais um diferencial que ao longo do tempo promova a um melhoramento/ amadurecimento na vida de todos, como: alunos, pais, professores/educadores e em especial uma sociedade mais esclarecida e menos discriminatória.

METODOLOGIA

Utilizou-se como recurso metodológico, a pesquisa bibliográfica, realizada a partir de materiais já publicados na literatura e artigos científicos divulgados no meio eletrônico como: google acadêmico, Ministério da Educação, revistas científicas, etc, tendo como palavras chaves: necessidades especiais, saúde-educação, Políticas Públicas, Intersetorialidade.

Análise de vários textos e suas concepções, a fim de unirmos várias áreas, e em cada um obtermos uma visão diferente, mas que fosse posteriormente integrada em prol de uma visão ampla do sistema educacional, tais como: a Declaração de Salamanca (1994), França (2014), Silva e Moura (2012), Félix e Bernardelli (2011), entre outros.

Para que fosse feito essa pesquisa teve como proposta essencial à análise com o foco sobre o trinômio Político-social que se baseou em (análise social, Estado e Município), ao qual ao longo do texto foi exemplificado em projetos que grande importância para a educação, como:

- BPC (Benefício da Prestação Continuada da Assistência Social): Que é nacional;
- Saúde na Escola: Do governo Federal;

- Saúde todo dia: Que é um projeto municipal, da cidade de Uberlândia - MG.

DESENVOLVIMENTO

Para podermos falar em alunos com necessidades especiais, é necessário fazer uma breve análise no contexto histórico e social que permeou as diferentes épocas no que se refere a ter uma deficiência, o ser deficiente em um contexto histórico-social. Na Civilização grega que prezava por corpos perfeitos, as pessoas com alguma deficiência eram desprezadas e sacrificadas.

Na civilização grega, as cidades-estado estavam notadamente sempre em guerra, sendo a busca por escravos apontada como a razão central dessa dinâmica. Para uma sociedade que tem no guerreiro uma figura central, o corpo e sua condição física são também de grande importância. Nesse contexto, o infanticídio era comum. (Tiago Henrique França, 2014, p. 107).

Na Idade Média, a visão da deficiência passa a centrar-se como algo divino ou demoníaco, sendo explicada como a consequência de pecados. “As crianças eram examinadas com o intuito de atestar se valeria a pena serem criadas.” (BARNES, 1997 apud FRANÇA, 2014, p.3).

Segundo França (2014), no Século XVIII, passou-se a utilizar a institucionalização dos deficientes, onde a forma de tratamento era a reclusão do mesmo, que era levado para locais mais afastados da cidade e sem a presença de suas famílias, no Brasil o advento da institucionalização de pessoas com deficiência se dá por volta do Século XIX, com o Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, hoje conhecido como Instituto Benjamin Constant e o Instituto dos Surdos-Mudos em 1856, atualmente Instituto Nacional de Educação de Surdos.

Em contrapartida aos direitos sociais e humanos, temos que ressaltar um aspecto historicamente marcante, que destacou-se sobre o olhar da Eugenia, focada na soberania de corpos perfeitos e fortes, onde eram feitos testes de QI, esterilizações obrigatórias aos deficientes, para embasar a fundamentação ao estereótipo de uma “raça” superior, apta ao trabalho, visando lucro, afim de superar uma genética fraca, que reproduzia seres menos capacitados ou inferiores, aprimorando a população, tornando-a mais pura, conceito que teve maior visibilidade em especial através da figura de Hitler e da Segunda Guerra Mundial.

Para STANCIK, (2006), citado Silva e Moura (2012, p. 2), “Logo, almejando a regeneração da raça, estudiosos apoiaram-se na tese de inferioridade racial, passando a defender, em nome do alcance de um suposto progresso, o fim da miscigenação e a não reprodução dos indivíduos considerados geneticamente inferiores (sendo incluídos nesta classificação os deficientes), baseando-se, para tanto, na política eugênica.”

Em 1976, a Organização Mundial de Saúde (OMS) formulou um documento que enquadrava os tipos de deficiência através de códigos, sob o ponto de vista biomédico, que foi denominado: Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), que é bem conhecido e utilizado nas ciências biomédicas, que foi um ponto muito importante para observar e classificar as características das inúmeras deficiências e as dificuldades do indivíduo que a possuía. Sendo relevante

para campos de atuação que vão além do biológico, como mercado de trabalho e em especial a Previdência Social, tendo em vista as necessidades de pagar benefícios a estes cidadãos, como sujeito de direitos, sendo utilizado para obtenção de diagnósticos e laudos sobre tipos de deficiências e/ou incapacidades.

Segundo Pintor, Llerena Jr e Costa (2012), em sentido amplo, entende-se por inclusão social a garantia a todas as pessoas ao acesso a todos os espaços da vida em sociedade; e por inclusão educacional a garantia de acesso, permanência e aprendizagem com qualidade nas escolas comuns aos alunos com necessidades especiais de ordem sensorial, físico-motoras, intelectual e outras adquiridas ou congênitas, de caráter temporal ou permanente, além dos alunos que possuem altas habilidades/ superdotação.

No que se refere aos aspectos já mencionados no texto como a construção da ideia de corpo perfeito, amplamente difundida no contexto histórico mundial, a CIDID, o modelo biomédico, higienista, precisamos contextualizar também o significado do corpo e corporeidade através do contexto amplo que não fica focado somente no material, tal como o modelo corpo-máquina, diga-se de passagem, “uma máquina lucrativa”, mas que representa algo, que está inserido em uma sociedade e em seus aspectos culturais, padrões pré-estabelecidos, preconceitos e etc. Onde o que se vê normalmente, é que a pessoa com alguma necessidade especial, não se encontra enquadrada nesses padrões, como consequência é desvalorizada ou torna-se invisível, pois provavelmente é pouco interessante ao modo capitalista e materialista de ver a corporeidade (corpo-máquina) e suas capacidades disponíveis a sociedade.

Essa concepção instrumentalista/utilitarista de corpo desconsidera alguns aspectos, pois não são essenciais ao trabalhador. É essencial ter força e disposição, qualidades essenciais para o trabalho. Os aspectos sensíveis e expressivos do corpo, como não dão lucro, são descartados. Forma-se assim uma sociedade em que o corpo se assemelha a uma máquina e que, paulatinamente, vai perdendo sua característica eminentemente humana. Assim, sorrir, chorar, sentir, amar em plenitude passam a ser coisas proibidas, pois a sociedade nos coage a não ter determinados comportamentos. É talvez por isso que se fala que “homem não chora”. Nos questionamos: Homem não chora? Ou não deve chorar? Ou qual é o problema de chorar? Dessas questões podemos inferir que o natural do homem passa a ser desnaturalizado e se cria um discurso que naturaliza aquilo que é de interesse no determinado contexto. Cria-se o pudor, o medo, a vergonha, que se fortalecem e, o sensível vai se amofinando até que uma razão criada se sobrepõe ao que é verdadeiramente humano. (Duarte; Bezerra; Câmara, 2014, p 55-56).

Ao passar do tempo, as pessoas com deficiências foram ganhando espaço e conquistando direitos nunca antes imaginados, onde o direito passa a ser de todos, podemos citar como marcos principais a Declaração Universal de Direitos Humanos (1948), Declaração Mundial sobre Educação para Todos (1990), Declaração de Salamanca (1994). Esta última traz consigo a mudança base do modelo integrativo de escola, onde o sujeito deveria se adequar a escola, em contrapartida do novo modelo inclusivo, a escola deve se enquadrar as necessidades do aluno e lhe oferecer o

atendimento adequado, oportunizando todas as atividades dos demais, atual modelo utilizado nos dias de hoje.

Enquanto a integração consiste em aceitar a pessoa com deficiência na condição de que ela tenha a capacidade de adequar-se aos procedimentos comuns no trabalho, na escola e na sociedade, a inclusão é a modificação da sociedade como um todo para receber a pessoa com deficiência, gerando seu desenvolvimento e garantindo a cidadania (LEHNHARD; PALMA, 2012 p.2 apud SASSAKI, 2005).

Sobre inclusão devemos ressaltar que não se restringe a deficiências, como costuma-se pensar, entretanto um contexto mais amplo que engloba características físicas, intelectuais, sociais, psicológicas, linguísticas, culturais ou qualquer outra dificuldade que o aluno apresente, onde é necessário à equipe pedagógica tentar sanar quaisquer barreiras que por ventura existam para o aluno. Podemos incluir nesse contexto o aluno com deficiência física, mas também o superdotado/ altas-habilidades, o disléxico, o que esteja vivendo algum problema psicológico, o autista, etc.

A Escola Inclusiva passou a ser defendida no intuito de oportunizar a educação de qualidade para alunos com Necessidades Educacionais Especiais (NEE) no ensino regular. Partindo deste princípio, a escola deve atender às mais peculiares necessidades de cada aluno, tendo ele deficiência ou não. (LEHNHARD; PALMA, 2012 P. 2; SÁNCHEZ, 2005).

Encontramos atualmente, alguns projetos interessantes sobre a perspectiva da educação, vinculada com a saúde e políticas públicas. Tais como o BPC (Benefício da Prestação Continuada da Assistência Social), o Programa Saúde na Escola (do Governo Federal) e o Saúde Todo Dia (do Município de Uberlândia- MG), que abordaremos a seguir:

- BPC: Benefício da Prestação Continuada da Assistência Social (na escola), que se baseia em uma Política Pública, com base na Proteção Social Básica, do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, a qual articula acesso à educação, assistência social e direitos humanos, onde é pago para a criança ou jovem de até 18 anos com deficiência (também é pago ao idoso), com poucas condições financeiras o valor de um salário mínimo, mediante perícia médica do INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), como forma de garantia básica para a permanência de todas as crianças e adolescentes, com deficiência, em classes regulares de ensino mais próxima da sua residência.

Conforme Santos (2006, p.1) “BPC constitui-se no único garantidor de mínimos sociais, de caráter não contributivo, para pessoas com deficiências firmadas na Constituição Federal de 1988.”

Segundo Pintor, Llerena Jr e Costa (2012), é importante destacar que o Brasil apresentou cerca de 14,7 milhões de pessoas com deficiência no censo do ano 2000, indicador que justifica o aprimoramento dos serviços de atenção integral dispostos nas políticas públicas, a fim de que sejam capazes de responder às suas demandas. Entretanto, é notória a dificuldade enfrentada por ambas as áreas para estabelecer um diálogo convergente que resulte no planejamento de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida dessas pessoas e, conseqüentemente, sua inclusão social e educacional.

- Programa Saúde na Escola (do Governo Federal): Nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), o ensino de saúde, encontra-se como um tema transversal, ou seja que deve ser discutido na escola, e este programa vem afim de reforçar esta discussão.

Para que este programa, e outros similares, sejam bem sucedidos o papel do professor/educador e outros profissionais da educação é imprescindível, a estes cabem estar dispostos a aprenderem mais sobre saúde e seus aspectos intersetoriais, se qualificarem constantemente, e com a cooperação de toda a escola, e poder público, possam ofertar para os alunos e seus responsáveis informações que lhes possam ser úteis para uma melhoria da qualidade de vida, tais como higiene, cuidados básicos em saúde, etc.

Onde a formação de parcerias é vital, sendo importante a colaboração também de unidades de saúde e de equipes multiprofissionais que possam contribuir, com a equipe pedagógica e o universo escolar. No caso da criança com necessidades especiais, é ainda mais importante tendo em vista que muitas vezes os pais ou responsáveis, e também alguns profissionais da educação tem dificuldades em entender certas especificidades da criança e suas etapas de desenvolvimento para ajudá-la.

Em contrapartida é urgente à participação da comunidade na escola para que essa proposta seja verdadeiramente efetivada, como uma troca, um diálogo ao qual o maior benefício é multiplicação de conhecimentos, e um melhoramento geral da saúde e bem-estar do aluno, uma parceria, pois sem saúde fica improvável ter-se educação de qualidade, além da escola demonstrar também a sua relevância a comunidade como um lugar que vai além de um “depósito de crianças”, tarefas a serem resolvidas, notas vermelhas e boletins.

Félix e Bernardelli, 2011, dizem que na tentativa de concretizar o conceito de 'promoção da saúde' expresso na Carta de Ottawa, em 1986, elaborou-se a proposta de cidade saudável. Cidade saudável ou município saudável é um movimento em prol da promoção de saúde que procura congrega todos os setores para que estabeleçam formas, locais, estratégias e recursos para ações concretas da melhoria da qualidade de vida.

- Saúde Todo Dia (do Município de Uberlândia- MG): Em 2010, foi elaborado o Programa Saúde Todo Dia, com base no programa de Saúde Escolar do Ministério da Saúde, onde promove a inter-relação dos dois setores para um trabalho mais eficaz.

Para Félix e Bernardelli, 2011, a Cidade Saudável é aquela que juntamente com o poder público soma esforços para transformar suas organizações e práticas, para alcançar o seu potencial máximo, a melhoria de seus ambientes como também da qualidade de vida. Que depois deu origem ao conceito de Escolas Promotoras de Saúde, apoiado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

A escola está associada à ideia de democracia, uma vez que esta é pensada como uma instituição a que todos têm direito, possibilitando à população de todas as camadas sociais o acesso ao saber e, conseqüentemente, a melhores oportunidades sociais e profissionais. Por isso, pode-se considerar o espaço escolar como um ambiente importante para o desenvolvimento de um estilo de vida saudável a ser construído com o envolvimento de seus funcionários (professores,

coordenação pedagógica e gestores), alunos, famílias e comunidade, todos envolvidos no processo de criação e manutenção da saúde. (Félix e Bernardelli, 2011).

RESULTADOS

Podemos observar ao longo do contexto histórico-social que se refere às pessoas com quaisquer necessidades especiais, a triste história que deu fim a muitas vidas e que tanto excluíram outras várias, no sentido de lhes conceder direitos básicos, de serem incluídas na vida em sociedade, no sistema educacional, familiar, etc.

É provável que até hoje não saibamos lidar completamente com algumas situações, mas precisamos urgentemente nos colocar disponíveis a melhorar, transformar, renovar, eliminar preconceitos ou paradigmas que ainda tenhamos arraigados em nós mesmos e na sociedade que vivemos para isso se faz imprescindível a participação de todos que queiram melhorar o dia-a-dia de cada um e de um todo, em especial no ambiente escolar. Pais, alunos, profissionais de educação, da saúde, enfermeiros (as), políticos, autoridades, promotores de justiça, assistentes sociais, universitários e etc. E qualquer cidadão que se disponha a construir algo novo, abrir os olhos para as nossas próprias dificuldades, as nossas deficiências, as nossas superações, pois não se trata somente do deficiente ter dificuldades, por exemplo, com a motricidade ou com o aprendizado de raciocínio lógico, trata-se de algo muito mais amplo, avaliarmos e propormos ideias a fim de colaborar para a superação da dificuldade de todos.

Para um trabalho eficaz é necessária uma visão multifocal, ou seja, vários profissionais cooperando juntos em prol de um objetivo comum, intersetorialidade na escola, que é fundamental para formação completa de todos os alunos seja com deficiência ou não.

Professores/ educadores dispostos a aprender mais e a oferecer aulas melhores, profissionais da saúde, direito e assistência social, entre outros, querendo prestar um atendimento melhor e fazer parcerias com as escolas, se disponibilizando a dar palestras, oficinas, minicursos, a ensinar algo que seja específico a cada profissional, compartilhando conhecimentos e experiências com a comunidade escolar e vice-versa.

Em especial, dou ênfase aos profissionais da área da saúde, tão necessários a escola, pois esta normalmente não está preparada por exemplo para socorrer um aluno, ou entender os aspectos neurais ou psicológicos do desenvolvimento. Ter o apoio de profissionais ou estudantes universitários da saúde, que possam esclarecer dúvidas da escola é fundamental, pois para certas ocorrências não tem hora para acontecer e quem tenta ajudar é o que está mais próximo, a responsabilidade da escola vai além de oferecer aulas, ela tem que prezar pelo bem estar do aluno.

Acrescente-se a tudo isso, as Políticas Públicas, e as ações governamentais, que são base primordial para que tudo isso possa verdadeiramente acontecer, em especial com o apoio e investimentos aos profissionais e as escolas públicas. Parcerias com Unidades de Saúde, com Assistência Social, as Universidades/Faculdades, podem colaborar muito oferecendo alunos dos inúmeros cursos de graduação para dar atendimento e fazer uma troca com o meio acadêmico, além de oportunizar vivências práticas aos seus discentes.

Em pleno Século XXI, a intersetorialidade na Escola, é algo que deveria estar acontecendo a algum tempo, tendo em vista que a Escola é o elo que liga toda a

sociedade e a base de qualquer cidadão, todavia ela em grande parte não é nem conhecida.

Sendo assim a construção de uma rede multiprofissional pode reduzir as dificuldades de professores, pais e alunos, em especial aos com algum tipo de deficiência ou dificuldade de aprendizado, tendo em vista que nem todos têm conhecimento amplo para lidar com qualquer ocorrência que saía dos padrões de “normalidade”, além dos estereótipos e preconceitos que ainda se faz presente em nossa sociedade, e que para transformar isso é fundamental a informação, o diálogo, a cooperação de todos, e as trocas de conhecimentos como uma via de mão dupla, a qual todos ganham: profissionais que não sejam da educação, estudantes universitários, pais, alunos e profissionais da educação.

Através de novas reflexões, vamos quebrando barreiras, não apenas arquitetônicas, mas também sociais e culturais, vamos construir uma história diferente da que vivenciamos no passado, que a pessoa com necessidade especial, não seja vista como inútil, alguém que seja resultado de pecados, de ação demoníaca, sinônimo de inferioridade, todavia a visão que gostaríamos de ter é de que todos alunos possam ser respeitados, apoiados, e reconhecidos como ser de direito, que vão frequentar e participar de qualquer atividade ou lugar, possibilitando a eles mais qualidade de vida, sucesso educacional, profissional, familiar, afetivo e também reproduzindo valores fundamentais, de inclusão, respeito e cooperação mútua entre todos, onde nós possamos olhar em seus olhos, e não mais desviar o olhar.

CONCLUSÃO

Diante do exposto, conclui-se que a cooperação mútua entre várias áreas do conhecimento é uma estratégia interessante, eficiente e fundamental para se fazer da escola um ambiente verdadeiramente inclusivo, e democrático, onde todos tenham respeitados suas diferenças.

Muitas vezes os profissionais da educação e os pais de alunos com necessidades especiais têm a vontade de conhecer melhor as dificuldades que a pessoa com deficiência enfrenta e como possibilitar a esta uma melhor qualidade de vida, acesso a seus direitos já conquistados, e em especial a quebra de paradigmas que por ventura ainda existam, não se aceitando mais excluir-se ou inferiorizar algumas pessoas em relação aos demais.

Promover parcerias entre profissionais ou Universidades que queiram partilhar seus conhecimentos com a comunidade, sendo uma troca vantajosa para todos e algo que será visto a longo prazo como um diferencial de formação de cidadãos conscientes, autônomos, capacitados, com qualidade de vida e que reproduzam comportamentos melhores do que muitas vezes vemos no dia-a-dia. Aos universitários, é uma oportunidade única com formação multifocal, lhe dando a experiência necessária e conhecimentos diferenciados para enfrentar as demandas do mercado de trabalho, que procura profissionais proativos. Portanto, a intersetorialidade, é muito importante a todos, pois com o mundo globalizado e a informação acessível a qualquer pessoa, querer colocar alguém em uma “bolha” já não é possível e nem aceitável.

Ofertar conhecimentos, entender as inúmeras deficiências, e aprender a lidar com elas, superando limites e/ou barreiras sejam estas físicas ou sociais/ culturais, e também políticas, se faz urgente em uma sociedade democrática e em uma escola que preza pela inclusão, para que possamos ter melhor qualidade de vida, cidadania, e Políticas Públicas que possibilitem apoio necessário a uma educação de qualidade para todos em nosso País.

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Educação. **Cartilha da Inclusão Escolar**. Inclusão Baseada em Evidências Científicas. Brasília, DF, 2014. <Acessado em: 24 mar.2015>.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. **Cartilha BPC na Escola**. Brasília, DF, 2012.< Acessado em: 24 mar.2015>.

BRASIL, Ministério da Educação. Declaração de Salamanca. **Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais**.< Acessado em: 02 abr.2015>.

DUARTE, S. L; BEZERRA, H. P. O; CÂMARA, H. C. Diálogos entre a corporeidade e a Educação Física: Percepções do corpo de escolares. **Rev. Redfoco**, v. 1, n. 1, 2014.

FÉLIX, W.; BERNARDELLI, C. Educação e Promoção da Saúde: Reflexões sobre os Programas Saúde na Escola e Saúde Todo Dia. **HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v. 7, n. 13, p. 208-217 Dez/2011.

FRANÇA, T. H. A normalidade: uma breve introdução à história social da deficiência. **Revista Brasileira de História & Ciências Sociais**, v. 6, n. 11, Jul 2014.

PALMA, L. E.; LEHNHARD, G. R.. Aulas de educação física e inclusão: um estudo de caso com a deficiência física. **Rev. Educ. Espec.**, Santa Maria, v. 25, n. 42, p. 115-126, jan./abr. 2012.

PINTOR, N. A. M; LLERENA JÚNIOR, J. C.; COSTA, V. A. Educação e saúde: um diálogo necessário às políticas de atenção integral para pessoas com deficiência. **Rev. Educ. Espec.**, Santa Maria, v. 25, n. 43, p. 203-216, maio/ago. 2012.

SANTOS, W. R. Justiça e Deficiência: a visão do Poder Judiciário sobre o BPC. **Sociedade em Debate**, Pelotas, v. 12, n. 2, p.165-186, jul-dez/2006.

SILVA, M. D. P.; MOURA, S. M. **Eugenia e sua influência na posição social do deficiente na contemporaneidade**. Comunicações, Piracicaba, ano 19, n. 2, p.33-43, jul-dez. 2012.

A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO AS DIFICULDADES NA UTILIZAÇÃO DO SISPRENATAL WEB

Núbia Fernandes Teixeira¹; Frank José Silveira Miranda²

¹Graduanda em Enfermagem Licenciatura e Bacharelado na Universidade Federal de Uberlândia - E-mail: nubiaft@hotmail.com

²Doutor, Professor Adjunto do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

RESUMO

Introdução: O SISPRENATAL WEB tem como um dos principais objetivos a redução da morbimortalidade materna e puerperal em todo território nacional, traçando uma reestruturação de planejamento e organização da atenção à gestante. O enfermeiro como integrante da equipe de saúde e habitualmente irá prestar atendimento à gestante sendo o mesmo um dos responsáveis pela coleta de dados, informações bem como o cadastro da gestante no sistema e o preenchimento do cartão da gestante. Ele é o profissional que busca garantir uma assistência ao pré-natal acolhedora e humanizada. **Objetivos:** Verificar a percepção dos enfermeiros do Programa Saúde da Família quanto à utilização do SISPRENATAL WEB, relacionados às dificuldades no uso desta ferramenta. **Metodologia:** Pesquisa de campo, descritiva com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 35 enfermeiros, que atuavam no Programa de Saúde da Família e alimentavam o sistema em suas unidades de atuação. Os dados foram coletados por meio da técnica de entrevista semi-estruturada, com gravação de áudio, utilizando-se análise de conteúdo. O estudo foi aprovado pelo CEP com o parecer número: 1.421.534 e CAAE: 51437115.4.0000.5565. **Resultados:** Foram encontradas quatro categorias: Acesso à internet/instabilidade do sistema, ausência de capacitação, sobrecarga de trabalho e replicação das informações. **Conclusão:** Existe dificuldade para acessar o sistema em virtude da ausência de conexão da internet ou mesmo a sua instabilidade, verificou-se a necessidade de capacitação dos profissionais quanto ao manuseio desta ferramenta, bem como a sobrecarga de trabalho. Estas múltiplas dificuldades podem resultar em um registro inadequado das informações no SISPRENATAL WEB.

Descritores: Sistema de informação em saúde; enfermagem; pré-natal.

INTRODUÇÃO

Durante os nove meses de gravidez a mulher deve ter assistência médica e de enfermagem as quais visam evitar problemas para a mãe e criança. Esta assistência deve ainda ser de qualidade e humanizada, a gestante deve se sentir acolhida.

O acompanhamento pré-natal deve iniciar tão logo a mulher descubra a gravidez, segundo o Ministério da Saúde (MS) o mais precocemente possível, nos primeiros 120 dias de gestação e nesse período deve ser ofertado a essa gestante o que preconiza o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), as consultas e os exames. Esses atendimentos devem ser registrados e monitorados na ficha de cadastro e acompanhamento através do SISPRENATAL WEB.

O atendimento proporcionado durante o pré-natal deve ser proveitoso e a escuta aberta deve estar presente, favorecendo a criação de vínculo, um momento para o

esclarecer de possíveis dúvidas da gestante, sejam elas relacionadas à gestação, ou também informações quanto aos seus direitos enquanto gestante. Direitos esses que foram conquistados gradativamente, pois há algumas décadas atrás, não havia uma política pública eficaz em que atenção fosse voltada à saúde da mulher durante o período gravídico-puerperal – essa atenção de forma exclusiva se deu com a implantação do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) em 1983 (COELHO *et al.*, 2009).

Na busca por melhores resultados na assistência pré-natal os gestores, das três esferas, federal, estadual e municipal estão somando esforços na tentativa de redução da morbi-mortalidade materna e perinatal. Tamanho são os desafios que os gestores – (SUS) Sistema Único de Saúde, reafirmaram o compromisso no pacto pela saúde em 2006 (BRASIL, 2006).

Devido ao aumento populacional, a ocorrência de agravos à saúde, o aumento da morbi-mortalidade materna e perinatal, os estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada, uniformizada, sistematizada e atualizada, onde as informações estejam disponíveis quando necessárias, que sejam de fácil acesso, que sejam claras, objetivas, coerentes e que estejam em conformidade com os parâmetros do Ministério da Saúde.

O Sistema de Informação em Saúde (SIS) é responsável por gerar e armazenar informações da rede pública de saúde a partir dos dados coletados do paciente, esses dados são a base para um atendimento seguro, humano, eficaz e garante suporte para a organização das ações do serviço de saúde (FERREIRA, 1999).

Por sua vez as informações em saúde são o suporte para a organização das ações do serviço de saúde, pois subsidiam a função administrativa das unidades de saúde e, conseqüentemente, corrobora para a melhoria da assistência ao indivíduo e população (BARBOSA *et al.*, 2014).

O Ministério da Saúde (MS) implantou no ano de 2000, o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, com o objetivo de assegurar o acesso universal, atenção de qualidade à gestante ao parto e puerpério. Trouxe também mudanças na forma de coleta de dados e registro de informações referentes ao pré-natal e o sistema passa a ser informatizado o SISPRENATAL (BARBOSA *et al.*, 2014).

O SISPRENATAL é um *software* utilizado para coleta de dados, (cadastro/monitoramento das gestantes em todo o Brasil) o sistema segue o que preconiza o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento, que tem por finalidade o cadastro das gestantes atendidas pelo SUS, incentiva a captação precoce da gestante até 120 dias de gestação, bem como acompanhamento do pré-natal com o mínimo de seis consultas, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação, com objetivo de redução da morbimortalidade materna, o programa visa garantir a vacinação antitetânica e exames específicos à assistência ao parto e uma consulta puerperal até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2012).

O sistema foi desenvolvido, para identificar fatores que caracterizam gravidez de risco, sendo que um dos objetivos é favorecer a segurança da saúde da mãe e da criança e auxiliar na identificação de complicações responsáveis pelas principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

Dada a importância da informação no atendimento em saúde, uma assistência pré-natal de qualidade, respeitando o que preconiza o (PHPN), foi disponibilizado em 2011 pelo DATASUS o novo programa de cadastramento e registro de dados da gestante o SISPRENATAL *WEB*.

O novo sistema, *SISPRENATAL WEB* tem a finalidade de cadastrar as gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD- SUS), disponibilizando informações em tempo real (BRASIL, 2012).

Ocorreram notáveis mudanças na ficha de cadastro da gestante e acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério: a ficha que se encontrava *off-line*, a partir de 2011 passou a ser *on-line*, sendo incorporado um aumento no número de informações, a ficha de cadastro/monitoramento do pré-natal possui 93 campos para o preenchimento a serem completados conforme a necessidade do acompanhamento, essas informações contemplam desde o cadastro da gestante, dados da gestação atual, antecedentes obstétricos e clínicos, situação vacinal, testes rápidos, exames de rotina, exames adicionais e exames especiais.

Verificou-se que a ficha de cadastro e acompanhamento *SISPRENATAL WEB*, por ser *on-line* pode apresentar dificuldades quanto ao acesso sendo a mesma extensa e podendo gerar sobrecarga de trabalho ao profissional que manuseia a ferramenta, havendo, portanto a necessidade de capacitação do profissional que irá operar o sistema.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo: verificar a percepção dos enfermeiros do programa saúde da família quanto à utilização do *SISPRENATAL WEB*: Relacionadas às dificuldades, no município de Uberlândia/MG.

OBJETIVOS

Descrever a percepção dos enfermeiros quanto a utilização do *SISPRENATAL WEB* relacionados às dificuldades e ao manuseio desta ferramenta.

METODOLOGIA

O presente estudo é de caráter descrito exploratório, com abordagem qualitativa, foi realizado com 35 enfermeiros, que atuavam no Programa de Saúde da Família no município de Uberlândia/MG. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNITRI) mediante o protocolo nº 1.421.534 e CAAE: 51437115.4.0000.5565.

A coleta de dados ocorreu no período de Março a Abril de 2016, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (gravação de áudio), utilizando-se um roteiro com questões voltadas ao campo de atuação dos enfermeiros, no manejo do *SISPRENATAL WEB*.

Após a coleta de dados, deu-se início à transcrição literal das mesmas de forma individual e na íntegra dos resultados e a análise do conteúdo, estabeleceu-se o cruzamento das falas dos sujeitos, apreensão dos sentidos que os sujeitos deixaram transparecer. Houve a separação das ideias, frases e parágrafos que identificassem as convergências e divergências dos participantes sobre o tema. Na exploração do material foram identificadas quatro categorias: acesso à internet/instabilidade do sistema, ausência de capacitação, sobrecarga de trabalho e replicação das informações.

RESULTADOS

Apresentam-se, a seguir, as categorias elaboradas a partir dos dados coletados durante a pesquisa, que permitiram conhecer as dificuldades que os enfermeiros perceberam na utilização do SISPRENATAL WEB.

Acesso à internet/instabilidade do sistema

Considerando que a ficha de cadastro e acompanhamento da gestante está disponível *on-line* e é gerida por um sistema de informação, faz-se necessário que o acesso à internet seja garantido, porém, a qualidade da internet no Brasil não tem se apresentado de forma satisfatória.

A informatização não ficou fora dos serviços de saúde, no entanto um dos entraves na utilização dos sistemas é o acesso à internet é a instabilidade do próprio sistema.

Segundo Prado, Castro e Alburquerque (2010) os Sistemas de Informações permitem que os administradores tenham a informação certa no momento certo, ajudam também a registrar dados e permitem a verificação de tendências e padrões, ajudando-os a tomarem decisões mais corretas. A internet é uma tecnologia que facilita a comunicação sendo que uma importante característica da mesma é o seu dinamismo, a rapidez com que os dados são colocados. No trabalho percebe-se que a tecnologia está cada dia mais presente.

As dificuldades percebidas pelos enfermeiros que participaram da pesquisa quanto ao preenchimento da ficha estão relacionadas à disponibilidade da internet e a instabilidade do sistema.

“O sistema é lento, o sistema às vezes tá fora do ar”. (ENF28)

“[...] é a questão da instabilidade do sistema, então o sistema às vezes é muito instável [...] tem dia que não funciona [...]”. (ENF20)

“A dificuldade da manutenção, é que a gente tem uma grande demanda aqui na unidade [...] não tem muito tempo de atualizar no tempo certo”. (ENF33)

“O preenchimento é tranquilo, a manutenção que é muito trabalhoso tá digitando de todos os profissionais, isso demanda tempo da enfermagem [...]”. (ENF07)

A internet é hoje de fundamental importância nos mais diversos seguimentos sociais, no comércio, lazer e nos serviços de saúde, porém uma das queixas frequentes os usuários é quanto ao acesso e velocidade da mesma.

No Brasil, felizmente, o acesso à internet vem sendo democratizado, inclusive com serviço gratuito em logradouros e prédios públicos, além de lojas e restaurantes, mas em compensação, sua qualidade é lamentável. Conforme especialistas, o Brasil tem hoje uma das redes de internet mais lentas do planeta, originando cada vez maiores queixas, pois é crescente o número de usuários (SPERAFICO, 2015).

Uma das dificuldades citadas é quanto ao registro das informações na ficha, ou seja, a alimentação do sistema. Segundo Barbosa *et al.* (2014) a alimentação desse sistema é de responsabilidade dos gestores dos municípios.

São atribuições que se estende ao enfermeiro e ao médico da Unidade Básica de Saúde, realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido e o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta. (BRASIL, 2012).

O que se percebeu durante a coleta de dados entre os profissionais é que a atribuição recai somente sobre o enfermeiro, e o médico deixa de registrar as atividades desenvolvidas por ele.

“[...] a dificuldade maior no sistema, [...] o acompanhamento médico [...], porém o médico não faz alimentação desse sistema [...]”. (ENF03)

Segundo Benito e Licheski (2009) vale evidenciar, que uma das grandes dificuldades observadas na aplicação dos sistemas de informação, é a aceitação dos profissionais em relação a estes recursos computacionais.

Uma vez que não se faz a adequada alimentação da ficha, não se registra e não há a documentação dos dados e procedimentos, a ficha apresenta-se deficiente e o processo das informações parecem ser subnotificados.

Ausência de capacitação

A capacitação profissional se faz necessária pra se manter a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. É muito importante que se faça investimentos em tecnologias, mas deve ser levado em consideração o desenvolvimento humano, o conhecimento, habilidades, e o desempenho do profissional.

O treinamento dos profissionais da saúde deve ser visto como investimento, pois reduz os riscos, que por sua vez aumenta a qualidade do serviço durante o atendimento.

Segundo Miranda e Fernandes (2010), caracteriza-se também como responsabilidade dos gestores a educação permanente de toda a equipe de saúde de modo a garantir uma atenção de qualidade.

Quando questionado aos enfermeiros participantes da pesquisa se houve alguma capacitação da equipe/enfermeiro para o preenchimento da ficha de cadastro/acompanhamento da gestante SISPRENATAL WEB, dos 35 participantes, 18 responderam que não receberam capacitação, e 17 relatam que houve um treinamento, porém foi apenas no início do programa, podendo ser verificado nos discursos a seguir:

“Nesta unidade não, nesta unidade a gente teve que ficar mexendo e descobrir como que funciona, como é que se mexe”. (ENF01).

“Quando mudou para o web, é nós tivemos [...] a coordenadora dessa questão no município enfermeira, ela foi no local e falou um tarde pra cada enfermeiro, pelo menos aqui foi assim[...] desde então eu não tive outra capacitação, sempre estou utilizando desde essa data”. (ENF05)

“Não, a gente foi aprendendo sozinha mexendo”. (ENF19).

“Assim que foi implantado, a gente teve”. (ENF33).

Para Barbosa *et al.* (2014) é relevante que os profissionais sejam treinados para o efetivo preenchimento do banco de dados e minimização de possíveis falhas.

O profissional que vai manipular a ferramenta deve estar devidamente capacitado para que não haja perdas dos dados, uma vez que a ficha é alimentada a cada atendimento.

Segundo Benito e Licheski (2009) para os profissionais da saúde a necessidade de manter-se atualizado é fundamental para aprimorar sua prestação de serviços, garantindo-a com qualidade à clientela.

Os reflexos de uma equipe capacitada medem-se na organização, na motivação, e na eficiência dos serviços prestados.

Sobrecarga de trabalho

Não é possível falar em serviços de saúde sem relacionar o enfermeiro, pois a enfermagem tem contribuído para o alcance de metas em saúde.

Segundo Wisniewski, Gróss e Bittencourt (2014) percebe-se que as enfermeiras possuem inúmeras funções enquanto profissionais integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas aponta-se que há precarização do trabalho de enfermagem, o qual acarreta sobrecarga física e psíquica, pois atuam com pouca possibilidade de desenvolver o trabalho.

O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proativo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção e proteção da saúde dos indivíduos em suas diferentes dimensões (BACKES *et al.*, 2012).

Durante o ciclo gravídico-puerperal a atenção prestada deve ser de qualidade, de caráter acolhedor e humanizado e o enfermeiro, assim como toda a equipe da UBSF, devem estar preparados para ofertar à mulher uma atenção integral, visando à promoção, prevenção e proteção da saúde da gestante.

Devido aos altos índices de mortalidade materna e infantil foi criado pelo (MS) o (PHPN), que trás um elenco mínimo de ações a ser realizadas durante o pré-natal e o enfermeiro tem fundamental importância, pois ele é citado enquanto equipe, e há atribuições específicas ao mesmo: Realizar o cadastramento da gestante no SISPRENATAL e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta; Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do (a) médico (a) (BRASIL, 2012).

Diante das várias atribuições do enfermeiro na (UBSF), foi perguntado aos participantes da pesquisa: Você considera que a ficha de cadastro/monitoramento (SISPRENATAL WEB) pode gerar sobrecarga de trabalho ao enfermeiro? Os discursos apresentam dualidades entre o sim e o não e as suas justificativas.

“Acredito que não, isso está incorporado, uma coisa tão prática, que você tendo o funcionamento da internet [...] você faz isso muito rápido”. (ENF05)

“Não, entra na rotina normal.” (ENF15)

[...] igual uma unidade, igual essa aqui, com bastante gestante, que tem muita mesmo, gera sim, porque é um sistema lento [...] se tiver 4 pré-natal eu fico preso[...].” (ENF18)

“Ao enfermeiro sim, de acompanhamento, o cadastro não, mas o acompanhamento eu delego [...]” (ENF29)

“Só se o número de gestante for muito grande, já tive, tive uma época que eu tive muita gestante, eu não conseguia, é dar andamento no SISPRENATAL, pra todas as gestantes [...] da alimentação, porque você tem que dispor de um tempo pra alimentar, pra ver os prontuários [...] demanda muito tempo.” (ENF35)

“Gera, com certeza gera, porque é muito extensa [...] principalmente com a caderneta da gestante que é um livro.” (ENF20)

Segundo Fontana e Siqueira (2009) o excesso de cargas horárias e/ou atividades, pode ser gerador de estresse para o profissional na medida em que, durante o seu cotidiano, o enfermeiro desempenha múltiplas e muitas vezes, fatigantes funções.

Uma assistência pré-natal de qualidade demanda tempo, o enfermeiro deve fazer uma escuta ativa, atenta às queixas, esclarecendo dúvidas da gestante e orientando-a sobre a importância da continuidade das consultas de pré-natal e da realização de exames, visando garantir uma gestação e parto saudável. Essa atenção deve ser de forma integral, contribuindo pra a redução da morbimortalidade materna e infantil.

Verifica-se múltiplas funções do enfermeiro enquanto integrante da Estratégia de Saúde da Família, segundo Junqueira (2010): promoção e proteção da saúde, diagnóstico e até mesmo tratamento em domicílio, quando for o caso, independente da idade do paciente. Esta autora afirma ainda que é atribuição do enfermeiro, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS, supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem.

Na atual realidade da atenção básica em nosso município, o enfermeiro das UBSFs, desempenha dupla função: o de assistencialista e coordenador; deve ainda participar de treinamentos, dentre outras atividades. Neste sentido, observa-se uma fragmentação do serviço, o que pode contribuir para uma sobrecarga, e redução da qualidade dos serviços prestados à população.

Replicação das informações

Sabendo da importância das informações nos serviços de saúde que elas sejam pertinentes, confiáveis e também que sejam registradas, a replicação dos dados e informações ocorrem quando eles são colocados em outro ambiente, por exemplo: os dados colhidos na 1ª consulta de pré-natal são registrados na ficha de cadastro e acompanhamento e replicados para o cartão da gestante.

O cartão da gestante com as devidas anotações deve acompanhá-la durante todo o período gravídico-puerperal o que pode viabilizar as informações durante os atendimentos.

Durante a coleta de dados, percebeu-se que um dos fatores relacionados à sobrecarga do enfermeiro frente ao pré-natal é a replicação das informações. Os participantes relataram que:

“[...] Você tem que preencher a caderneta, o livro que fica com a gente, e mais o sistema do SISPRENATAL WEB.” (ENF20)

“[...] Os mesmos dados que eu coloco na ficha, eu coloco no meu apazamento que eu faço [...] arquivo pessoal, e na caderneta dela [...] preenchendo os mesmos dados em vários lugares.” (ENF12)

“[...] Ainda temos que fazer o controle manual, ainda temos que manter dois controles [...] não somente a ficha não.” (ENF28)

A replicação dos dados pode ser vista por dois ângulos: o primeiro pode trazer benefícios, pois reduz o risco de perda dessas informações devido à instabilidade do sistema, assim, ter essas informações registradas e impressas no caderno, pode ser favorável. Por outro lado, demanda tempo e gera sobrecarga de trabalho ao enfermeiro.

CONCLUSÃO

Este estudo buscou compreender a percepção do enfermeiro do Programa de Saúde da Família quanto à utilização do SISPRENATAL WEB no município de Uberlândia-MG.

É notável a relevância dos sistemas de informação nos serviços de saúde como apoio à gestão, quanto à disponibilização das informações de forma organizada e de fácil acessibilidade. É uma ferramenta de apoio que os profissionais de saúde têm a seu dispor que facilita a comunicação entre as partes envolvidas.

Observou-se a presença de dificuldades com o uso da ferramenta/instrumento relacionadas à instabilidade da internet e a inoperância do sistema e a sobrecarga de trabalho gerada ao enfermeiro, vinculadas à demanda da unidade em que trabalha mediante a incorporação de atributos gerenciais e assistenciais do cotidiano da prática do enfermeiro.

Outro item relevante foi à ausência de capacitação dos profissionais de saúde que utilizam sistema, foi possível verificar que os enfermeiros desconhecem a geração de relatórios subutilizando a ferramenta. Verificou-se que vários participantes descreveram que ao deparar com as dificuldades na alimentação do sistema, delegam essa atividade a terceiros.

No que se refere à sobrecarga de trabalho conclui-se que os enfermeiros relatam que a ficha é extensa e que a replicação dos dados contribui de forma significativa para o acúmulo de funções exercidas.

O sistema pode estar sendo subalimentado, uma vez que esses dados podem não estar sendo registrados em tempo oportuno, podendo haver fichas incompletas, o que comprometeria a qualidade das informações junto ao SISPRENATAL WEB.

REFERÊNCIAS

- BACKES, D. S., *et al.* O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde:: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 1, n. 17, p.223-230, dez. 2012.
- BARBOSA, J. T., *et al.* Sis prenatal como ferramenta facilitadora na assistência à gestante: Revisão Integrativa da literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, [S.l.], v. 12, n. 42, p. 42-47, dez. 2014.
- BENITO, G. A. V.; LICHESKI, A. P.. Sistema de informação apoiando a gestão do trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 447-450, jun. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 20 mai 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000300018>. Acesso em: 20 mai 2015.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf>. Acesso em: 20 mai 2015.
- COELHO, E. A. C. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: Limites da prática profissional. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 13, p.154-160, jan. 2009.
- FONTANA, R. T.; SIQUEIRA, K. I.. O Trabalho do Enfermeiro em Saúde Coletiva e o Estresse: Análise de uma Realidade. **Cogitare Enferm**, RS, v. 3, n. 14, p.491-498, jul. 2009.
- JUNQUEIRA, S. R.. **Competências Profissionais na Estratégia de Saúde da Família e o Trabalho em Equipe**. [2012?]. Disponível em: <http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_9.pd>. Acesso em: 02 mai 2016.
- MIRANDA, F. J. S.; FERNANDES, R. A. Q.. Assistência pré-natal: estudo de três indicadores. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 179-184, jun. 2010.

PMU- Prefeitura Municipal de Uberlândia Secretarias e Órgãos 2016. Disponível em: <http://www.uberlandia.mg.gov.br/2014/secretaria-pagina/65/2450/unidades_basicas_de_saude_da_familia.html>. Acesso em: 05 mai 2016.

PRADO, E. P. V.; CASTRO, R. P. S.; ALBURQUERQUE, J. P.. Barreiras na implantação de sistema de informação de uma instituição de saúde: A importância dos fatores humanos e de gerenciamento. **Revista de Administração Contabilidade e Economia da Fundace**, Riberão Preto/SP, v. 2010, n. 1, p.1-13, set. 2010. Anual.

SPERAFICO, D. **O acesso e a qualidade da internet no Brasil**. 2015. Disponível em: <<http://congressoemfoco.uol.com.br/noticias/outros-destaques/o-acesso-e-a-qualidade-da-internet-no-brasil/>>. Acesso em: 08 mai 2016.

WISNIEWSKI, D.; GRÓSS, G.; BITTENCOURT, R.. A influência da sobrecarga de trabalho do enfermeiro na qualidade da assistência pré-natal. **Revista Brasileira Promoção Saúde**, Fortaleza, v. 2, n. 27, p.177-182, abr. 2014.

O DESAFIO DO ACOLHIMENTO HUMANIZADO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO: SENTIMENTOS DOS VISITANTES

Andrielly Silva Rufino¹; Ellen Carla Carleto²; Fabiana Cristina Pires³; João Pedro Resende Castro⁴; Juliana da Silva Garcia Nascimento⁵; Mariana Pereira Carvalho⁶

¹Enfermeira no Programa de Residência Multiprofissional de Atenção à Saúde do Adulto - UFTM, Uberaba, Minas Gerais.

²Enfermeira no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Universidade de Uberaba.

³Graduanda em enfermagem pela Universidade de Uberaba.

⁴Enfermeiro no Programa de Residência em Enfermagem Urgência/Trauma no HC-UFTM. e-mail. jprcastro@hotmail.com.

⁵Enfermeira Mestre. Docente da Universidade de Uberaba.

⁶Enfermeira especialista multiprofissional.

RESUMO

Introdução: O acolhimento faz parte da humanização e pode gerar um novo significado no trabalho na unidade de terapia intensiva diminuindo o sofrimento do paciente e da família. Segundo a Política Nacional de Humanização, acolher subsidia-se em três diretrizes: ética, estética e política. Neste contexto, o enfermeiro tem grandioso papel, ao liderar a equipe, normatizar condutas e inserir a humanização na filosofia de trabalho da unidade de terapia intensiva. **Objetivo:** Compreender a percepção dos visitantes sobre o acolhimento durante o processo de visita aos pacientes da unidade de terapia intensiva adulto. **Metodologia:** Estudo descritivo com abordagem qualitativa e utilização da análise de conteúdo para compreensão e análise do material obtido, realizado em um hospital do interior de Minas Gerais por meio de entrevista semi-estruturada aplicada aos visitantes da unidade de terapia intensiva. **Resultados:** Foram realizadas 10 entrevistas, identificou-se 4 temas principais; a dicotomia de sentimentos vivenciados pelos visitantes, incipiência no acolhimento do enfermeiro, lacunas do processo de acolhimento, e os pontos favoráveis neste processo. O acolhimento é oferecido em sua maioria pelo profissional psicólogo e médico e as principais lacunas destacadas foram; a demora na transmissão de informação, falta de padronização no processo de visita e a imagem do enfermeiro percebida apenas no cumprimento das rotinas do setor. Foram apontados como pontos positivos a ambiência da UTI e a privacidade no momento da visita. **Conclusão:** Percebeu-se a existência de não conformidades no processo de acolhimento dos visitantes, porém, passíveis de melhora, por meio de protocolos e treinamentos, importantes o processo de humanização do acolhimento neste setor.

Descritores: Acolhimento; Humanização da Assistência; Unidades de Terapia Intensiva.

INTRODUÇÃO

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é caracterizada como um ambiente de alta complexidade que visa o cuidado e recuperação da saúde de pacientes críticos por profissionais de elevado nível de conhecimento (BACKES; BACKES; ERDMANN, 2012; SILVA; SANCHES; CARVALHO, 2007).

Por ser um ambiente destinado a pacientes graves e incluir procedimentos invasivos de alta complexidade, a internação neste setor, gera um estado de fragilidade ao familiar, devido à possibilidade de perda (GIBAUT et al., 2013).

Entende-se como acolhimento a valorização do outro, a escuta, o diálogo, o vínculo, o respeito às diferenças e necessidades (MARTINS et al., 2008). O acolhimento faz parte da humanização e está conduta colabora para um novo significado do trabalho na UTI diminuindo o sofrimento do paciente e família (PINHO; SANTOS, 2008).

São fundamentais a humanização e acolhimento no ambiente hospitalar, visto que, na prática há necessidade de mudanças na gestão e no cuidado para a produção de uma saúde de excelência que inclua estas premissas. O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), criado em 2001 pelo Ministério da Saúde, é um documento que visa à valorização da subjetividade rumo à humanização (BRASIL, 2001).

Com base em suas diretrizes e no processo de cuidado, o familiar é visto como um componente fundamental no tratamento e recuperação do paciente hospitalizado, incluindo o paciente grave (MARTINS et al., 2008). A prática de acolher é abrangente, e segundo a PNHAH, acolher subsidia-se em três diretrizes de relevância: ética, que significa acolher o outro em suas diversidades e sentimentos; a estética, que traz a criação de métodos de engrandecimentos do viver; e a política, que está relacionada com o compromisso de envolver-se (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010a).

Um dos aspectos fundamentais frente à humanização é entender o seu significado para o familiar, já que a presença deste tem demonstrado efetividade e contribuído na recuperação da saúde do paciente internados na UTI (BETTINELLI; ERDMANN, 2009).

Este estudo procurou responder a seguinte questão: Como se configura o sentimento do visitante sobre o acolhimento durante o processo de visita aos pacientes de UTI Adulto? Frente ao exposto, a pesquisa objetivou a compreensão da percepção dos visitantes da UTI adulto referente ao processo de acolhimento, identificando os aspectos favoráveis e as lacunas existentes neste contexto.

METODOLOGIA

Estudo descritivo que adotou a abordagem qualitativa de pesquisa. Realizado em um hospital universitário do interior de Minas Gerais, considerado de grande porte, contando com 221 leitos ativos e aproximadamente 700 profissionais. A UTI Adulto possui 20 leitos, destes, 8 inativos, e uma equipe de 30 colaboradores.

A população de estudo foi composta por 10 visitantes dos pacientes da UTI adulto, estabelecida pelo critério de saturação dos dados. Apresentou como critérios de inclusão que o participante tivesse no mínimo cinco dias de visita na UTI, ser maior de 18 anos, visitassem os familiares no período vespertino e matutino (horários que ocorriam à visita) para a percepção de ambos os momentos. Os critérios de exclusão foram a idade menor que 18 anos, ter realizado menos que cinco dias dia de visita na UTI, não ter visitado ambos os horários oferecidos pela instituição. As entrevistas foram agendadas com o próprio participante de acordo com a sua possibilidade.

As percepções foram colhidas por meio de entrevista semiestruturada gravada.

A análise do material obtido embasou-se em princípios da proposta de interpretação qualitativa de dados, denominada Análise de Conteúdo (MINAYO, 2008).

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética local a fim de cumprir as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para realização de pesquisas que envolvem seres humanos, estando de acordo com a Resolução 466/12 do mesmo conselho, sendo aprovada sob parecer nº 1.033.164 (BRASIL, 1996; BRASIL, 2012). Os sujeitos foram consultados quanto ao interesse e disponibilidade e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido sendo orientados das peculiaridades da pesquisa.

RESULTADOS

A análise qualitativa dos dados identificou temas e seus respectivos núcleos de sentido. O quadro abaixo destacou quatro temas e nove núcleos de sentido sobre o acolhimento dos visitantes na UTI adulto observado a seguir.

Quadro 1. Temas e núcleos de sentido sobre o acolhimento do visitante na UTI adulto

| |
|---|
| Tema 1: Dicotomia de sentimento do visitante |
| Núcleo 1: Apreensão da recepção x acolhimento beira leito |
| Núcleo 2: Impacto tecnológico x importância da comunicação |
| Tema 2: Incipiência no acolhimento da enfermagem |
| Núcleo 1: Informações baseadas no estado clínico |
| Núcleo 2: Informações baseadas no acolhimento psicológico |
| Tema 3: Lacunas do processo de acolhimento |
| Núcleo 1: Angústia pela demora da informação |
| Núcleo 2: Ausência de padronização do processo de visita |
| Núcleo 3: Acolhimento da enfermagem baseada na explicação de rotina |
| Tema 4: Pontos favoráveis do acolhimento |
| Núcleo 1: Infraestrutura |
| Núcleo 2: Privacidade |

O tema 1 referiu-se a dicotomia de sentimento do visitante, ora sentindo-se apreensivo, ora acolhido. Nas falas dos sujeitos foram demonstradas a apreensão durante a chegada à UTI, e a posterior sensação de acolhimento.

“Me senti inicialmente perdida, para falar a verdade, porque você chega, você não sabe como vai estar seu familiar, você não é abordado antes de entrar, só depois quando você chega beira leito. Sem saber como o paciente está, se esta como no dia anterior, se não está, é meio complicado isso aí, fiquei muito ansiosa na porta da UTI, sem ninguém falar comigo no início da visita ” (F4)

Este apontamento da participante corrobora com outros estudos, que também demonstram o sentimento de ansiedade significativo na chegada dos visitantes na UTI^{14,15}. Uma pesquisa realizada em 2011 em um hospital de médio porte no Rio Grande do Sul demonstrou a prevalência de tristeza, angústia, nervosismo pelos visitantes no período inicial da visita, pela falta de acolhimento e informações adequadas pelos colaboradores da unidade¹⁶.

A dicotomia de sentimento é revelada na mudança de percepção dos visitantes quando adentram a unidade e são acolhidos, com o surgimento do sentimento de conforto por verificarem de fato como o familiar se encontra, evidenciado na fala a seguir.

“No começo me senti mal, mas depois que entrei me senti bem, não tem nada para reclamar, a gente sempre é bem cuidado lá dentro da UTI né, é acolhido de fato.” (F3)

Estudo realizado com visitantes de uma UTI no município de Canoas em 2011, salientou a segurança e satisfação por parte de alguns familiares entrevistados, quando adentraram a unidade, pelo fato dos profissionais serem dedicados, confiáveis e por terem conhecimento dos cuidados que são prestados dentro daquele ambiente, oferecendo informações e aliviando a ansiedade da chegada a unidade (SANTOS; CAREGNATO, 2013).

Percebeu-se a satisfação com o atendimento após a entrada na unidade. Isso indica que, a sensação ambígua, dicotômica de sentimentos na percepção dos visitantes acontece pela existência de dois momentos distintos da visita; a chegada do visitante à porta da UTI, sem saber notícias e angustiado pelo cenário que irá encontrar e a sensação de conforto e bom atendimento quando adentra a unidade e realiza a visita.

O segundo núcleo apontou o desconforto diante do ambiente tecnológico apresentado na UTI e a diminuição deste sentimento ocasionado pela comunicação com os profissionais.

“Você chega lá sem saber como que o paciente vai estar porque não foi informado na porta, não sabe que equipamento vai estar ligado nele e tudo mais, é um impacto de certa forma, toda vez, porque a gente só sabe quando se depara lá no leito, não fica sabendo antes de chegar, não sabe antes, se tem tubo, dreno e o que mais pode ter, isso dá medo (F4)”

Uma pesquisa realizada em um hospital universitário no Rio de Janeiro em 2004 demonstra o impacto emocional da família diante da hospitalização e observa a tristeza e o medo dos visitantes neste momento diante da tecnologia e a não compreensão de todo o sistema, além de associar a UTI diretamente à morte e não a perspectiva de vida perante esta condição (SOUZA; CHAVES; SILVA, 2006).

Nota-se a flutuação de sentimentos ocasionada pelo ambiente da UTI e a diversidade de sensações relatadas pelos familiares, ao chegar para a visita, quando não é acolhido adequadamente pela falta de informações, vivencia medo e ansiedade, ao adentrar a UTI e permanecer ao lado da família sofre o impacto da tecnologia e a angústia do quadro visualizado e ao receber informações relata sensação de conforto.

Ter conhecimento sobre o estado de saúde do paciente, dos dispositivos instalados, perceber que os profissionais estão atentos ao estado de saúde e ouvir suas necessidades na chegada a UTI, influência de forma positiva no enfrentamento da hospitalização (FRIZON et al., 2011).

O tema 2 abordou que na percepção do visitante, o acolhimento é substancialmente realizado pelo profissional médico (plantonista) e pelo psicólogo que acompanha a visita nesta instituição. A ausência do acolhimento oferecido pelo profissional enfermeiro foi evidenciada nos núcleos a seguir. O primeiro núcleo de sentido confirma essa percepção, pelo relato de informações baseadas somente no estado clínico do paciente.

Estudo realizado no ano de 2011 em um hospital de médio porte do Rio Grande do Sul evidenciou que em 80% dos casos, a família procura um membro da equipe a fim de informações clínicas, sendo alegado por eles que o profissional mais apropriado para tal função é o médico e destacando a lacuna na inserção de uma cultura multiprofissional no acolhimento de pacientes e familiares (SANTOS; CAREGNATO, 2013). Outra pesquisa realizada em um hospital universitário do Rio de Janeiro revela

que a função de repassar informações clínicas é do médico, após a visita, estando ausente a figura do enfermeiro (ARAÚJO; LEITÃO, 2013).

A busca de informações clínicas com a equipe médica foi percebida neste estudo, sendo atribuída à rotina e cultura do serviço e da saúde no país, caracterizando a equipe de enfermagem para resolução de intercorrências. Essa constatação é evidenciada na seguinte fala:

“O médico sempre explica a situação, o que está se passando, dá atenção, a gente pergunta e eles respondem as perguntas. Toda essa parte voltada para o tratamento né? A gente se volta mais para médicos para eles responderem, acho que são eles quem sabe do que está acontecendo, mas eles falam da doença, o que eu queria era saber o que é este cano saindo do nariz?” (F6)

Fica evidente que o profissional médico é a referência utilizada pelos visitantes, para informações clínicas e acolhimento, e que tem papel fundamental neste contexto. Porém, é válido ressaltar que, muitos profissionais de saúde, são treinados somente para informar o estado clínico, contribuindo para a desvalorização das necessidades individuais e tornando a visita mecânica e possivelmente causadora de ansiedade e desconforto, por não atender a família em todas as suas angústias.

É fundamental, portanto, que seja repensada a abordagem dos visitantes para passagem de informações, detectando suas reais necessidades, definindo o papel de toda a equipe multidisciplinar neste contexto e sua contribuição na passagem de informações de uma maneira humanizada, acolhedora e contextualizada na perspectiva de cada visitante (PASSOS et al., 2015).

O segundo núcleo de sentido enfatizou o acolhimento realizado pelo psicólogo, indispensável neste ambiente, para a humanização e individualidade do cuidado, estabelecendo relações com os visitantes, pacientes e equipe de forma holística e integral, comprovado nos relatos a seguir:

“ É positivo o fato do psicólogo ter acompanhando a hora de passar com o médico pra dar as informações do paciente, eu me senti confortada”(F4)

“O psicólogo está sempre ali, e eu achei ótimo também. Ele dá uma passada, depois ele volta, e me fala de tudo, me tira as dúvidas. ” (F7)

Estudos realizados no estado do Rio de Janeiro apontam que desde a década de 90, percebeu-se se a importância da atuação do psicólogo na UTI, prestando apoio à família e fortalecendo os vínculos. Estimulando assim as adaptações necessárias no processo de enfrentamento do sofrimento gerado pela internação (ARAÚJO; LEITÃO, 2013).

O psicólogo realiza uma escuta diferenciada de todos os envolvidos no processo de internação do paciente, facilitando a elaboração de estratégias de enfrentamento e possibilitando à família um suporte emocional e o diálogo sobre o estado do familiar na UTI (ARAÚJO; LEITÃO, 2013).

O acolhimento ao visitante da UTI pode ser realizado de maneira mais humanizada, por meio do apoio prestado pelo psicólogo nos diferentes momentos da visita. Esse acompanhamento permite o esclarecimento de dúvidas e fortalece o relacionamento terapêutico do profissional e família. Esta integração entre as informações oferecidas por diversos profissionais torna a visita a UTI humanizada (MAESTRI et al., 2012)

O tema 3 abordou as lacunas existentes no processo do acolhimento, uma delas se refere a demora na oferta de informações, que foi citada pelos visitantes:

“Sobre a visita é tudo muito importante, a única que eu acho é que existe uma demora muito grande entre a visita das quatro às cinco até no outro dia às 11:30,

principalmente no caso quando o paciente entra na UTI na parte da tarde e que já não tem mais visita e a gente, a família, só vai ter notícia do paciente às 11:30 da manhã.” (F1)

Segundo Passos et al. (2015), a demora de informações e falha na comunicação entre profissionais da UTI e visitantes são fatores estressantes, gerando insegurança e ansiedade nos familiares dos pacientes internados.

Existem UTI's onde as informações são repassadas com o boletim, e o enfermeiro recebe as ligações em horários específicos para o repassá-las. Assim, os familiares ficam mais aliviados, sendo uma ação simples carregada de significados de atenção aos visitantes (MAESTRI et al., 2012).

Segundo Maestri et al. (2012), pesquisas reforçam a necessidade de boletins informativos por telefone realizados por profissionais preparados para esta questão, pois os familiares procuram por notícias mais claras e rápidas. As informações transmitidas são acerca do nível de consciência, gravidade, aceitação da dieta, e situações individuais questionadas pelos familiares.

Evidencia-se que as informações repassadas aos familiares devam acontecer no horário da visita e, sobretudo em horários diversificados, pois a lacuna de tempo aumentada sem notícias gera desconforto. Atitudes simples podem ser implementadas, como o boletim médico em horário estipulado, amenizando as expectativas e aumentando a satisfação.

Outra lacuna identificada pelos visitantes da UTI em questão foi à ausência de padronização no processo de visita em ambos os horários.

“Tem médico que conversa no leito, e tem médico que conversa no final, e a tarde é diferente, a tarde sai todo mundo, e eles chamam um por um, e conversa lá dentro, mas depois que todo mundo já saiu” (F2)

“Quando fui no período da manhã foi mais tranquilo, conversou lá perto dele, mostra os equipamentos tudo, tudo que está acontecendo, explica com ele lá, junto com o psicólogo, agora, no período da tarde, achei muito diferente, você fica lá de fora da UTI, esperando alguém vir conversar com você, aí eles seguem uma ordem, para poder passar notícia e explicar tudo direitinho.” (F4)

Percebe-se pelos discursos dos familiares que não existe uma padronização no modo que se realiza a visita, gerando angústia no familiar, pois este não sabe o modo que será abordado.

Recomenda-se que a rotina da UTI seja refletida e alguns aspectos padronizados, no intuito de organizar a assistência prestada evitando lacunas de atendimento.

Outro ponto relatado nas falas foi à visita da manhã ser de 30 minutos e permitir a entrada de duas pessoas, e a tarde 60 minutos, entrando um visitante de cada vez, o que no ponto de vista dos visitantes não é bom, pois preferem entrar duas pessoas ao mesmo tempo para uma apoiar a outra, dividindo o tempo para que mais pessoas possam entrar.

Conforme observado na pesquisa de Maestri et al. (2012) enfermeiros e visitantes sentem a necessidade de padronização de condutas para realizar um acolhimento de qualidade. Para isto, todos os profissionais devem atuar da mesma forma, com protocolos pré-estabelecidos que abordem aspectos de humanização e acolhimento, diminuindo o nível de estresse, ansiedade e depressão nos familiares.

Protocolar conduta e discutir estratégias são ferramentas necessárias para nortear os familiares e estabelecer critérios para a visita. Discutir a maneira de condução da visita em ambos os horários, portanto, é importante para que os familiares

não se sintam prejudicados ao compararem o processo de acolhimento, acreditando nos serviços ofertados pela instituição.

Outra lacuna apontada pelos familiares foi às explicações da enfermagem baseadas apenas na rotina da visita e sem foco no paciente internado.

“Eu acho que é interessante o uso do capote, a lavagem das mãos, isso é interessante sim, o acolhimento da psicologia é interessante. Então o que eu senti, se eu fosse uma pessoa leiga, que eu tivesse olhando pra uma parente minha, e não soubesse o que estava acontecendo, eu sentiria falta de alguém que me falasse o que cada coisa serve ali, senti falta do enfermeiro na beira do leito comigo e não apenas na pia me pedindo para lavar a mão.” (F9)

As falas demonstram que a equipe de enfermagem é percebida em orientações rotineiras, que não configuram as expectativas dos visitantes em sua totalidade.

Para que o enfermeiro não transmita apenas informações da rotina, é necessário sensibilizar-se em seu papel na liderança do acolhimento e na promoção desta prática. Atendendo a família em sua chegada a UTI, demonstrando a importância do toque no paciente, da conversa com o doente e todas as orientações que envolvam a perspectiva do cuidado de enfermagem (MARTINS et al., 2008).

O enfermeiro deve perceber qual tipo de informação o familiar deseja, e ter a sensibilidade de captar em cada palavra a real necessidade, efetivando uma comunicação assertiva. Percebeu-se que os visitantes necessitam da presença do enfermeiro para esclarecer dúvidas que são de conhecimento deste profissional, como relatado na fala:

“Não sei quem é o enfermeiro, quem é o técnico, não dá para identificar, né, e no caso desse risco de ferida, embora seja risco, que não seja ferida ainda de fato, eu acho que de repente a família podia ser orientada nisso” (F2)

Segundo Backes, Backes e Erdmann (2012), a relação entre familiar e enfermeiro deve existir dentro de uma UTI, a fim de evitar estigmas de conceitos da realidade vivida naquele local¹. O enfermeiro deve oferecer ajuda saber ouvir e ter diálogo, tendo uma visão multidimensional, pautado no respeito ao próximo:

É o que sugere a fala do entrevistado:

“(...)eu não vejo o enfermeiro, nem os técnicos perto da gente beira-leito, eu sei que eles estão lá, trabalham muito, mas não estão com a gente na visita, estão lá no balcão, estão cheios de afazeres, a gente percebe, sabe que não é por mal.

De acordo com Backes, Backes e Erdmann (2012), esta situação pode ser percebida como uma “fuga”, pois se deve ao despreparo psicológico e a limitação para lidar com situações extremas entre a vida e a morte e também pela sobrecarga de trabalho da equipe neste ambiente.

O Tema 4 detalhou os pontos positivos do processo de acolhimento do visitante na UTI adulto.

O primeiro núcleo de sentido foi em relação aos pontos favoráveis da infraestrutura. Os familiares ressaltaram a importância da existência de uma infraestrutura adequada e de um acolhimento humanizado.

“Ah, como eu conheço outras UTI’s, a infraestrutura muito interessante, o fato da gente entrar na UTI, dá de cara com a pia que você vai lavar a mão, e assim vem alguém e veste você, isso é bem interessante, é bem legal, te ambienta, você já acha que ali já é um cuidado. (F2).

O discurso acima, afirma que a infraestrutura faz parte do acolhimento, ressaltando-a como um ponto favorável.

A infraestrutura como um cuidado, é também colocada na PNH, evidenciando a área física como produção de saúde. A resolução nº 7 de fevereiro de 2010, contempla a disponibilidade de instalações necessárias para o acolhimento (BRASIL,2004; BRASIL, 2010b). Criar um espaço acolhedor, propondo melhorias, trocando ideias, minimizando o sofrimento da família diante da hospitalização, reflete na valorização do familiar como sujeito do cuidado (SILVA et al., 2012).

Outro ponto positivo identificado foi o atendimento respeitoso da equipe em relação aos visitantes, evidenciando a privacidade da família e paciente durante a visita, demonstrada na seguinte fala:

Eles me dão tempo, me deixam a sós com meu parente, eu posso conversar, eu posso tocar a mão na cabeça dele, eu posso orar”(F4).

Os sujeitos evidenciam a satisfação e importância da privacidade oferecida pela equipe. A assistência aos familiares é fundamental, proporcionar privacidade e comunicação tornam a visita da UTI acolhedora e humanizada.

CONCLUSÃO

A percepção dos familiares durante a o processo de visita na UTI adulto é inicialmente configurada por angústia e ansiedade, substituída por sentimento de conforto após serem informados sobre o paciente, o que caracterizou necessidade de acolhimento na recepção da UTI adulto e a importância da comunicação no início da visita para diminuição da ansiedade e configuração de um acolhimento adequado.

Os visitantes almejam a implantação de um boletim telefônico de informações e a presença do enfermeiro beira leito durante o processo de visita, ausências apontadas como lacunas no processo de acolhimento na UTI. Em contrapartida, salientaram pontos satisfatórios, como a estrutura física e privacidade proporcionadas pela equipe.

Considera-se que, as lacunas, seriam amenizadas com a implantação de estratégias protocoladas e treinadas na UTI voltadas a promoção do acolhimento humanizado e efetivo.

A limitação emergente nesta pesquisa foi a dificuldade de encontrar participantes que realizassem ambos os horários de visita neste ambiente para comparação do processo na percepção dos visitantes.

Diante do exposto sugerimos a formação de rodas de discussão entre os atores envolvidos no acolhimento na UTI Adulto para levantamento dos itens apontados pelos visitantes, reflexão de estratégias, protocolos de condutas, palestras de sensibilização e treinamentos para fortalecimento do acolhimento dos visitantes na UTI adulto e a realização de novas pesquisas de campo que relatem a experiência da implantação de protocolos que considerem os aspectos da humanização no processo de acolhimento dos visitantes em unidade de terapia intensiva.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. S., et al. Sentimentos dos familiares em relação ao paciente internado em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n.6, p.844-9, nov./dez, 2009.

ARAÚJO, J. A.; LEITÃO, E. M. P. A psicologia médica no centro de tratamento intensivo do Hospital Universitário Pedro Ernesto. **Revista HUPE**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 130-137, 2013.

BECCARIA, L. M.; et al. Visita em Unidade de Terapia Intensiva: concepções dos familiares quanto à humanização do atendimento. **Arquivos de Ciências e Saúde**, v. 15, n. 2, p. 65-9, abr./jun, 2008.

BACKES, M. T. S.; BACKES, D. S.; ERDMANN, A. L.. Relações e interações no ambiente de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Acta paulista de enfermagem**, v. 25, n. 4, 2012.

BETTINELLI, L. A.; ERDMANN, A. L.. Internação em unidade de terapia intensiva e a família: perspectivas de cuidado. **Avances enfermaria**, v. 27, n. 1, p. 15-21, 2009.

BRASIL. Congresso. Senado. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Conselho Nacional de Saúde. Constituição Federal da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 1996. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acesso em: 07 Jun. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília DF, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização**. Brasília DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília DF: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução nº 7, de 24 de Fevereiro de 2010**. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília DF. 2010b.

BRASIL. Congresso. Senado. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. **Conselho Nacional de Saúde**. Constituição Federal da República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2012. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 Jun. 2015.

FRIZON, G., et al. Familiares na sala de espera de uma unidade de terapia intensiva: sentimentos revelados. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.72-8, mar, 2011.

GIBAUT, M. A. M., et al. Conforto de familiares de pessoas em Unidade de Terapia Intensiva frente ao acolhimento. **Revista da Escola de Enfermagem USP**. v. 47, n. 5, p. 15-21, 2013.

MAESTRI, E.; et al. Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p. 73-78, jan./mar, 2012.

MARTINS, J. J. M., et al. O acolhimento à família na Unidade de Terapia Intensiva: conhecimento de uma equipe multiprofissional. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 10, n. 4, p. 1091-1101, 2008.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento**. 11 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

PASSOS, S. S. S., et al. O acolhimento no cuidado à família numa unidade de terapia intensiva. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 368-374, mai./jun, 2015.

PINHO, L. B.; SANTOS, S. M. A.. Dialética do cuidado humanizado na UTI: contradições entre o discurso e a prática profissional do enfermeiro. **Revista da escola de enfermagem USP**, v. 42, n. 1, p. 66-72, 2008.

SANTOS, D. G.; CAREGNATO, R. C. A.. Familiares de pacientes em coma internados na Unidade de Terapia Intensiva: percepções e comportamentos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 2, p.487-95, abr./jun, 2013.

SILVA, G. F.; SANCHES, P. G.; CARVALHO, M. D. B.. Refletindo sobre o cuidado de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 94-98, jan./mar, 2007.

SOUZA, S. R. O. S.; CHAVES, S. R. F.; SILVA, C. A.. Visita na UTI: um encontro entre desconhecidos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.5, p. 609-613, set./out, 2006.

SILVA, F. D., et al. Discurso de Enfermeiros sobre humanização na UTI. **Revista da Escola Anna Nery**, v. 16, n. 4, p. 719-727, out./dez, 2012.

PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS NA ÍNTEGRA
(MENÇÃO HONROSA)

IX Fórum Mineiro de Enfermagem

Tema: A enfermagem como protagonista
na construção do cuidado em saúde



PRÁTICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE NO AMBIENTE ESCOLAR: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Adriana Pereira Duarte¹; Lourani Oliveira dos Santos Correia²

¹Enfermeira, mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. Funcionária pública no Hospital de clínicas de Uberlândia.

²Mestra em Nutrição pela Universidade Federal de Alagoas Servidora pública federal cedida da Fundação Nacional de Saúde para a Secretaria Executiva de Saúde de Alagoas.

Introdução: As práticas educativas em saúde é um processo em desenvolvimento contínuo e permanente que devem ser realizadas por meio de políticas intersetoriais e articuladas com demais departamentos e órgãos das secretarias municipais e estaduais a fim de mitigar maiores lacunas de acesso à saúde escolar. Apesar dos avanços na melhoria da qualidade de assistência à saúde, ainda persiste níveis de desigualdades, violência e evasão escolar. Além disso, observa-se o crescimento de doenças crônicas não degenerativas, assim como o aumento do número de indivíduos contaminados por DST/ HIV/AIDS. Assim, a fim de atender com eficácia as necessidades do meio escolar, o presente trabalho foi realizado por meio de um levantamento do diagnóstico situacional da instituição de ensino municipal Irene Monteiro Jorge na cidade de Uberlândia-MG, onde foi implantado em 2011, o Programa Saúde na Escola (PSE), visando dar suporte ao processo saúde-doença em ambiente escolar. As ações realizadas no PSE visam integrar a saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. **Objetivo:** O objetivo dessa pesquisa foi elaborar um projeto de intervenção para implementar práticas educativas visando a prevenção de uso e abuso de substâncias ilícitas e lícitas, DST/HIV/AIDS, dengue e geohelmintíase, discutir os impactos causados por estas doenças na qualidade de vida dos discentes; promover palestras, atividades lúdicas de ensino com teatro de fantoches voltados para a discussão geohelmintíase; implementar medidas de combate a dengue que podem ser desenvolvidas na comunidade e promover debate em grupos acerca das ações preventivas para DST/HIV/AIDS. **Metodologia:** Foi utilizado como metodologia a revisão da literatura consultando diversas fontes bibliográficas e artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Libray On-Line), utilizando os seguintes descritores: educação em saúde, assistência integral à saúde, promoção da saúde, prevenção de doenças. Também foi utilizado o método simplificado do Planejamento Estratégico Situacional, onde o plano de ação teve como fundamento o enfoque estratégico de planejamento a partir dos problemas apresentados no diagnóstico situacional de saúde utilizando o método de estimativa rápida. **Resultados:** Foi elaborado um plano operativo com a prerrogativa de viabilizar estratégias de intervenção para os problemas elencados, a fim de que seja efetivada a promoção da saúde no ambiente escolar. O plano de ação se constituiu como ferramenta na resolutividade das demandas apresentadas na instituição, por meio da adoção de práticas educativas focadas em atender a realidade dos grupos. Portanto, a implementação do plano de ação visou a formação de cidadãos mais proativos e conscientes de suas responsabilidades na promoção e prevenção de danos e agravos a saúde. **Conclusão:** As práticas educativas propostas no plano de intervenção devem ser desenvolvidas durante o ano letivo, adequando-as de acordo com o Projeto Político Pedagógico da escola. Além disso, é essencial para efetivação e eficiência do plano de ação uma política intersetorial articulada com os demais serviços municipais de saúde pública.

TIPO DE PARTO: RELAÇÃO DO TEMPO DE APOJADURA, A NECESSIDADE DE ESTÍMULO MAMILAR E O VOLUME ORDENHADO

Efigênia Aparecida Maciel de Freitas¹; Laysa Oliveira Santos Dias²; Maria Clara Bisaio Quillici³

¹Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Doutora em Ciências pela USP de Ribeirão Preto.

²Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: laysaoliveira12@gmail.com.

³Maria Clara Bisaio Quillici – Acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: O aleitamento materno é um importante método natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança, contribuindo efetivamente para a redução da morbimortalidade infantil. Portanto, cabe ao profissional de saúde compreender o contexto sociocultural e promover estratégias de apoio ao estabelecimento do aleitamento materno. **Objetivos:** Avaliar o tempo de apojadura, a necessidade de estímulo mamilar e o volume ordenhado em relação ao tipo de parto. **Metodologia:** Estudo de abordagem quantitativa realizado na sala de ordenha de um hospital universitário no interior do Brasil com 327 puérperas atendidas entre junho de 2015 a janeiro de 2016. **Resultados e Discussão:** Das 327 puérperas, 55,6% eram primíparas e o tipo de parto foi: cesariana 71,2% e parto normal 28,8%. Aquelas que tiveram cesariana (48,5%) necessitaram de estímulo mamilar mais frequentemente ($X^2 = 3,5$; $p = 0,05$) do que as de parto normal (30,8%). Porém, o tempo de apojadura e o volume ordenhado foram semelhantes, não havendo relação com o tipo de parto. Os dados evidenciam que, na maioria das mulheres, a apojadura obedece à fisiologia da lactação. O volume ordenhado, assim como a apojadura, independem do tipo de parto. No entanto, a necessidade de estímulo mamilar foi maior naquelas submetidas ao parto cesáreo. **Conclusão:** Ressalta-se que mulheres submetidas ao parto cesáreo necessitam de maior atenção da equipe de saúde da atenção primária no que refere no manejo clínico do aleitamento materno, sobretudo no período inicial.

UM ESTUDO SOBRE ESTRESSE E SÍNDROME DE BURNOUT NA SAÚDE DO TRABALHADOR

Anna Paula Alves da Silva Almeida¹; Paulo César Oliveira Júnior²

¹Enfermeira, pós graduada em Saúde do trabalhador e mestranda pela Universidade Federal de Uberlândia no programa de pós-graduação em saúde ambiental e saúde do trabalhador. E-mail: anninha_pas@hotmail.com;

²Enfermeiro, pós-graduado em Urgência e Emergência, mestrando pela Universidade Federal de Uberlândia no programa de pós-graduação em saúde ambiental e saúde do trabalhador.

Introdução: A compreensão da forma em que o trabalho pode afetar a saúde mental do trabalhador é de importância significativa para profissionais da área da saúde, tendo em vista que esse evento pode conduzir a uma série de reações psicológicas individuais e ocupacionais. Entre as decorrências que podem advir do trabalho, destacam-se o estresse ocupacional e o burnout. **Objetivo:** O presente estudo tem por objetivo caracterizar o que a bibliografia científica relata acerca das relações entre estresse e a síndrome de burnout. **Metodologia:** Buscou-se identificar e caracterizar conceitos entre o estresse e a síndrome de burnout, bem como as semelhanças e diferenças entre os mesmos. A pesquisa realizada é de natureza bibliográfica. **Resultados e Discussão:** Observou-se que os autores genericamente referem conceituam clara e objetivamente o estresse e a síndrome de burnout. É possível destacar que a principal diferença da síndrome de burnout em relação ao estresse é que a primeira é uma síndrome exclusiva do trabalho. **Conclusão:** Em termos de semelhanças, a síndrome de burnout é uma resposta ao estresse laboral crônico.

IMPACTO DA LIMITAÇÃO FÍSICA NA QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Omar Pereira de Almeida Neto¹; Paula Cristina Silva²

¹Docente do Curso Graduação em Enfermagem, FAMED UFU.

²Graduanda em Enfermagem- FAMED UFU; E-mail: paullakristyna@gmail.com

Introdução: A Insuficiência Cardíaca (IC) é uma condição grave e auto-limitante, de etiologia variada, com repercussões negativas no quadro político-econômico da saúde e na qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS), devido aos sintomas da doença e os efeitos do tratamento terapêutico estabelecido. Sendo assim acredita-se que a limitação física presente em portadores de IC piore QVRS. **Objetivos:** Descrever o perfil socioeconômico e clínico dos pacientes com IC atendidos no ambulatório de Cardiologia do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU), assim como quantificar a QVRS específica, os escores de limitação física expressos em equivalentes metabólicos (MET) e estabelecer a correlação entre QVRS e MET. **Metodologia:** Estudo transversal, de caráter quantitativo, descritivo e analítico, aprovado pelo Comitê de Ética, parecer nº 1.240.465, conduzido com pacientes atendidos no Ambulatório de Cardiologia do HCU. Para avaliação dos pacientes, utilizou-se: Questionário de caracterização Clínica e Socioeconômica, Minnesota Living With Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) para avaliação da QVRS específica para IC e o Veterans Specific Activity Questionnaire (VSAQ) para avaliação da limitação física em METs. Os dados foram gerenciados no Programa Microsoft Office Excel® 2010, em dupla digitação independente. Posteriormente, importados para Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), versão 21.0, onde foram realizadas análises exploratórias dos dados a partir da apuração de frequências simples absolutas e percentuais para as variáveis categóricas e medidas de centralidade e de dispersão para variáveis quantitativas, assim como teste paramétrico de correlação de Pearson, visto a distribuição normal das variáveis. **Resultados e Discussão:** Foram incluídos no estudo 108 pacientes, com predomínio de participantes do sexo feminino (50,90%), idade média dos pacientes de 66,55±11,41 anos, o tempo médio de escolaridade em anos de 4,72±3,91, renda familiar de aproximadamente 2 salários mínimos. Referente a situação clínica o tempo de diagnóstico comprovado de IC obteve média similar a 6 anos. Já a FEVE um escore próximo de 41%. No que tange os aspectos clínicos a classificação funcional NYHA no nível II (50%) e NYHA III (39,80%) foram as mais evidenciadas. Quanto as etiologias da IC a mais prevalente foi a Cardiopatia Chagásica (50,90%). O MLHFQ evidenciou impacto negativo da IC sob a QVRS, onde o domínio físico atingiu média de 25,27±8,86 pontos e no quesito emocional os obteve média de 10,07 ±5,69 pontos. Já o domínio geral do instrumento atingiu valor médio de 13,78 ±3,54 pontos, sendo o escore total do MLHFQ de 51,87±15,74 pontos. Na avaliação da limitação física o VSAQ obteve média 3,37±1,41, com um maior comprometimento em atividades referente ao METS 3 (45,4%) como: práticas de caminhadas vagarosas em superfície planas por pequenas distâncias, como carregar compras e serviços domésticos leves. A correlação entre os domínios do instrumento MLHFQ e o VSAQ mostrou-se negativa, moderada e significativa ($p < 0,01$) para todos os domínios: físico (-0,523); emocional (-0,436); inespecífico (-0,411), e o escore total do MLHFQ (-0,562). **Conclusão:** O estudo comprovou a hipótese de que pacientes com maiores graus de IC e FEVE baixa apresentam MET reduzido, identificando a limitação física como um preditor para a piora na QVRS.

SEGURANÇA DOS ENVOLVIDOS EM SITUAÇÃO DE EMERGÊNCIA: REVISÃO DE LITERATURA

Adriana Pereira Duarte¹; Américo José Caixeta Neto²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³

¹Enfermeira, mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. Funcionária pública no Hospital de Clínicas de Uberlândia.

²Enfermeiro mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. Funcionária pública no Hospital de Clínicas de Uberlândia.

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

Introdução: A segurança da equipe de resgate é primordial para a realização de um atendimento adequado às vítimas de acidentes, mas para isso os socorristas precisam estar preparados para enfrentar diversas situações de emergências. Qualquer atividade laboral oferece riscos à saúde do trabalhador, alguns oferecem riscos em maior grau, outros em menor grau. O trabalho dos socorristas em grande parte do tempo é feito sob pressão, pois os mesmos tem que ser ágeis no atendimento, e na maioria das vezes estão expostos a situações atípicas, imprevisíveis, em ambientes às vezes de difícil acesso, envolvendo riscos de novos acidentes com a equipe de resgate ou com o próprio socorrido. Por isso é primordial manter a segurança da equipe de resgate para que estes possam oferecer um serviço de qualidade às vítimas em qualquer situação de acidente. A prevenção de novos acidentes em situação de resgate baseiam-se em prevenir e controlar os riscos ocupacionais na qual estão expostos. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura sobre os cuidados relacionados à segurança da equipe de socorristas e das vítimas em uma situação de emergência. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, documental, de revisão de literatura do tipo narrativa. Foram utilizados como material de coleta de dados fontes bibliográficas e artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Libray On-Line), no período de maio a junho de 2016, em língua portuguesa, utilizando como palavras-chave na busca: Saúde do Trabalhador, Gestão da Segurança, Primeiros Socorros. **Resultados:** Foram levantados inicialmente 11 artigos, 01 tese de mestrado, 01 capítulo de livro, e 03 Manuais Técnico do Ministério da Saúde. Após a leitura dos mesmos foram selecionados 08 fontes bibliográficas para análise. **Conclusão:** Há várias formas de realizar atendimento de resgate às vítimas de diversos tipos de acidentes, e os socorristas devem zelar por sua segurança e pela segurança da equipe e também das vítimas. A análise da cena do acidente, o uso de equipamento de proteção individual e o conhecimento técnico científico contribuem para a redução dos riscos de novos acidentes. Há necessidade de uma parceria entre Corpo de bombeiros, Polícia Militar, Polícia Federal e Serviço Móvel de Urgências (SAMU), para o atendimento às emergências relacionadas às causas externas seja realizado com sucesso. Destaca-se também que a qualidade da assistência prestada, e a segurança durante o atendimento estão diretamente relacionadas com o nível de competência e o trabalho executado pelos profissionais. Há poucos trabalhos científicos onde retrata a segurança dos envolvidos em situação de resgate, sendo necessários novos estudos relacionados a urgências e emergências com ênfase em minimizar os riscos de novos acidentes no momento do resgate, mantendo a segurança para todos os envolvidos.

A PERCEPÇÃO DA MULHER NO CLIMATÉRIO E A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Camila Ribeiro Amorim¹; Eliana Faria de Angelice Biffi²

¹Enfermeira pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: camila.enf.ufu@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem. Docente associado do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de Uberlândia.

Introdução: O climatério é caracterizado como a passagem da fase reprodutiva para a não reprodutiva, ajustando a mulher a meios hormonal e emocional diferentes. (OLIVEIRA2008). Segundo o Ministério da Saúde (MS) trata-se de uma fase de transição no processo de envelhecimento que frequentemente necessita de algumas adaptações. Logo é de relevância o profissional de saúde prestar uma assistência no sentido da necessidade de conceber a mulher não apenas como portadora de um corpo, mas como um ser completo que está vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto biopsicossocial. (SIQUEIRA,2009), portanto na sua integralidade considerando medidas de promoção e prevenção em saúde, como terapêuticas e de reabilitação, individualizada com vistas a uma melhor qualidade de vida. (LORENZI,et.al,2009), assim cabe aos profissionais serem capacitados para um atendimento qualificado e eficaz. **Objetivos:** O propósito desse estudo foi analisar as produções científicas no que tange à qualidade da atuação do profissional de enfermagem na assistência integral e humanizada da mulher no climatério e a percepção da mesma nessa fase biológica, no período de 2001 à 2016 para assim atualizar o conhecimento sobre a temática, e para os profissionais alcançarem um melhor resultado na prática do cuidado humanizado e integral da mulher no climatério. **Metodologia:** No presente estudo utilizou-se o método de revisão integrativa que permite um acesso à síntese de informações no âmbito científico possibilitando assim agregar os resultados do estudo. Neste trabalho foi realizada pesquisa bibliográfica por meio da base de dados SCIELO, BIREME e PUBMED, com a finalidade de identificar artigos que contemplassem os objetivos propostos, realizando análise das intenções dos autores. As palavras chaves utilizadas neste estudo foram: climatério, menopausa, enfermagem. Após a coleta de dados os trabalhos foram agrupados em um quadro seguindo os seguintes critérios: o título do artigo, autores, o que foi estudado, resultados e recomendações/conclusões. **Resultados e Discussão:** Do total de artigos trabalhados foram definidas três categorias: assistência em educação em saúde da mulher no climatério, ser mulher no climatério e manifestações clínicas do climatério. Nota-se que a maior parte das mulheres entram nesse ciclo biológico com uma visão negativa e com conhecimento superficial a respeito do significado do climatério, assim não compreendem as mudanças biológicas e psicossociais a que serão sujeitas e não sabem o que fazer para viver nessa fase com bem-estar. Os profissionais sentem a necessidade de se capacitarem para promoverem ações qualificadas para o bem-estar da mulher no climatério. **Conclusões:** O presente estudo permitiu compreender a importância da assistência integral à mulher no climatério, no que consiste inclusive por parte dos profissionais na educação em saúde, já que estudos mostram que com a informação e com práticas saudáveis as mulheres se adaptam melhor em toda sua área biopsicossocial. Assim é necessário a capacitação para o aperfeiçoamento e qualidade da assistência.

CUSTO COM ANTIMICROBIANOS UTILIZADOS EM PACIENTES INTERNADOS COM INFECÇÃO HOSPITALAR EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE ADULTOS

Fernanda Letícia Oliveira Lara¹; Arthur Velloso Antunes²

¹Enfermeira graduada pela Universidade Federal de Uberlândia, E-mail: fernandaaflo@gmail.com

²Enfermeiro, Doutor, Professor Associado do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: O custo das instituições de saúde com medicamentos, em especial com os antimicrobianos, tem sido uma grande preocupação nos diferentes países do mundo. A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) normalmente é o setor que mais consome esse tipo de medicamento. **Objetivo:** Considerando esta realidade neste estudo foi proposta uma pesquisa exploratória e descritiva cuja finalidade foi analisar o custo com antibioticoterapia em pacientes com Infecção Hospitalar (IH), internados na UTI de Adultos de um Hospital Universitário. **Metodologia:** Os dados foram coletados, após autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), nos bancos de dados do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), nas Fichas de Vigilância Epidemiológica da UTI, nos prontuários dos pacientes e no setor de compras da instituição. Foram incluídos no estudo 1119 pacientes que estiveram internados na UTI no ano de 2013. **Resultados e Discussão:** Os resultados demonstram que a taxa de pacientes com IH foi de 29,30%, e a taxa de IH foi de 43,17%. O custo com antibioticoterapia em 2013, para tratamento de IH, foi de R\$ 1.173.812,62. Os antimicrobianos mais utilizados foram a Cefepima que foi prescrita para 190 pacientes (57,9%), com tempo mediano de uso de 9 (8-17) dias e dose mediana de 6000mg (1000-12000), teve um custo total de R\$ 32.114,16 o que equivale a 2,7% do custo total com antibióticos no ano; a Teicoplanina prescrita para 138 pacientes (42%), com um tempo mediano de uso de 11 (2-14) dias e dose mediana de 800mg (400-8000), teve um custo total de R\$ 82.588,12, equivalente a 7% do custo total com antibiótico no ano; e a Vancomicina, prescrita para 126 pacientes (38,4%) com tempo mediano de uso de 11 (2-14) dias e dose mediana de 2000mg (500-8000), teve um custo de R\$10.548,48, 0,9% do custo total no ano. Os antibióticos menos utilizados foram a Cefuroxima usada apenas uma vez num tempo mediano de 2 dias e com dose mediana de 2250mg, o Aciclovir e Anfotericina B com 2 prescrições e com tempo mediano de uso de 12,5 (1-17) dias e 9,5 (7-12) dias respectivamente e a Gentamicina que foi prescrita 3 vezes, e com tempo mediano de 8 (7-14) dias. **Conclusão:** Os antimicrobianos cuja utilização onera mais a instituição são: a Tigeciclina usada em apenas 12,8% dos pacientes com IH na UTI teve um custo anual de R\$ 278.457,30, o que equivale a 23,7% do custo total com antimicrobiano; a Piperaciclina usada em 21,6% dos pacientes com IH teve um custo total de R\$ 207.564,54, equivalente a 17,7% do custo total com antibióticos no ano; o Ertapenem utilizado em 21,3% dos pacientes teve um custo de R\$ 191.980,31, que é 16,4% do custo total no ano.

A HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DAS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Ana Cristina Soares Ferreira; Lágila Cristina Nogueira Martins; Alberto Lopes Ribeiro Júnior; Luiz Heleno Ribeiro Delgado

¹Mestre em Saúde Pública pela ENSF – Fiocruz. Especialista em Saúde da Família – UFMG. Enfermeira coordenadora ESF Morumbi 3. E-mail; anacrissofer@yahoo.com.br.

²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia – UFU/MG.

³Enfermeiro, Pós-graduando em Nefrologia

⁴Professor, mestre do curso de graduação em Enfermagem UFU/MG.

Introdução: Descontentes com a medicina convencional, percebe-se que nos últimos anos os usuários dos serviços de saúde buscam pela humanização e integralização do cuidado e por isso o renascimento das “medicinas alternativas” com a publicação da Política Nacional de Práticas Educativas e Complementares em 2006, incorporando na Atenção Primária em Saúde práticas que buscam estimular mecanismos naturais de prevenção de agravos e promoção de saúde com ênfase no doente e não na doença.

Objetivo: O estudo em questão visa verificar se a incorporação das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) na Atenção Primária em saúde proporciona uma melhoria no cuidado oferecido.

Metodologia: foi realizada uma busca nas bases de dados PUBMED (US National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e ScientificElectronic Library Online (SciELO) e selecionados os artigos que respondiam a questão norteadora deste estudo.

Resultados: Foi possível constatar a partir dos artigos analisados que as PICs têm contribuído para a humanização e integralidade do cuidado, fortalecendo os princípios fundamentais do SUS e reduzindo dessa forma a iatrogenia, a impessoalidade no tratamento, o foco na doença e não no doente, além de procedimentos invasivos e de alto custo. Entretanto, o desconhecimento por parte dos profissionais de saúde em relação a essas práticas complementares ainda é acentuado, fazendo com que muitas vezes não sejam colocadas em prática. **Conclusão:** Portanto, percebe-se que a implementação das PICs traz benefícios aos serviços de saúde, porém dificuldades na utilização das mesmas também são encontradas, até mesmo em relação ao financiamento pelos próprios sistemas de saúde, além de ainda não fazer parte da formação acadêmica dos profissionais da saúde, fazendo com que os mesmos não se sintam à vontade para recomendar tais práticas.

O TRABALHO EM EQUIPE COMO OTIMIZADOR DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO SUS

Ana Cristina Soares Ferreira¹; Lágila Cristina Nogueira Martins²; Alberto Lopes Ribeiro Júnior³; Luiz Heleno Ribeiro Delgado⁴.

¹Mestre em Saúde Pública pela ENSF – Fiocruz. Especialista em Saúde da Família – UFMG. Enfermeira coordenadora ESF Morumbi 3. E-mail: anacrissofer@yahoo.com.br.

²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeiro, Pós-graduando em Nefrologia.

⁴Professor, mestre do curso de graduação em Enfermagem da UFU

Introdução: a partir da criação do SUS em 1990, o princípio de integralidade passa a ter um amplo sentido dentro das novas políticas de saúde, dentre eles o de organizar e articular o processo de trabalho, interligando os profissionais envolvidos neste processo de saúde, doença, cura e prevenção e justificando assim o trabalho em equipe¹.

Objetivos: este estudo tem o objetivo de ressaltar a necessidade e importância do trabalho em equipe para a otimização dos princípios e diretrizes do SUS. **Metodologia:** foi realizada uma busca nas bases de dados PUBMED (US National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e selecionados os artigos que respondiam à questão norteadora deste estudo. **Resultados e Discussão:** foi possível perceber que o trabalho em equipe corresponde a uma modalidade do trabalho coletivo que promove a divisão das responsabilidades entre os membros da equipe, e garante uma abordagem mais ampla e resolutiva do cuidado, incorporando dessa forma o princípio da integralidade na assistência, entretanto a mudança nas relações de trabalho ainda sofre com dificuldades na prática fazendo com que muitas vezes haja predomínio de poder. Além disso, o diálogo é imprescindível para o bom desenvolvimento do trabalho em equipe e nem sempre este é colocado em prática. **Conclusão:** diante do exposto e das vantagens que o trabalho em equipe traz para a assistência, é necessário modificar as responsabilidades dos profissionais nas unidades de saúde, promover a proximidade entre os envolvidos na assistência, além de proporcionar formação e capacitação permanente a esses profissionais.

O TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE, ESTRESSE, DEPRESSÃO E USO DE DROGAS ENTRE OS PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM.

Vanessa Cristina Bertussi¹; Fernanda Bernadeli Pereira²; Gabriel Terêncio Soares²; Priscilla Larissa Silva Pires²; Adriane Batista de Araujo¹; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira³

1. Discente do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador, nível mestrado profissional pela Universidade Federal de Uberlândia (UFU). E-mail: vbertussi@yahoo.com.br

2. Graduando do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia-MG

3. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

Introdução: A Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem provocando, de fato e de direito, um importante movimento de reorientação do modelo de atenção à saúde em nosso país. Através do seu fortalecimento ao longo anos, o escopo de ações da Atenção Básica (AB) aumentou significativamente, assim como as atribuições dos profissionais que nela atua. Porém, fatores como falta de estrutura física para o desempenho de atividades, falta de reconhecimento profissional, alta demanda de atendimentos, carga horária elevada, remuneração, trabalho repetitivo, interrupção de suas tarefas antes delas serem completadas e falta de segurança do trabalho, dentre outros, podem incapacitar esses profissionais de realizarem seus trabalhos de maneira satisfatória, interferindo na relação do profissional com a população, levando a um prejuízo na assistência prestada, como também interferindo na qualidade de vida e condições de saúde mental desses trabalhadores. **Objetivo:** Descrever a prevalências de problemas de saúde mental, tais como estresse, ansiedade e depressão associado ou não ao uso de álcool e outras drogas, nos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família em Uberlândia-MG. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa, descritiva, transversal. Utilizados o questionário ASSIST para triagem do uso de álcool, tabaco e outras substâncias e o DASS, que avalia sintomas de depressão, estresse e ansiedade. A análise dos dados se deu por meio de utilização de estatística descritiva, com cálculo de valores mínimos, máximos, média e desvio padrão, apresentados em forma de frequência absoluta e relativa. **Resultados:** A pesquisa foi aplicada em 100% das ESF do município, perfazendo um total de 117 participantes; sendo que 47,3% eram enfermeiros, 93,8% do sexo feminino, 66,1% eram casados, sendo que quanto ao vínculo empregatício, 14,7% dos entrevistados possuíam mais de um vínculo. Dos entrevistados, 18,6% acusaram algum nível de depressão, 17,7% estresse e 26,3% ansiedade. Quanto ao uso de bebida alcoólica, 54,7% relataram ingerir bebida alcoólica. Quanto ao uso de tabaco 17,5% relataram usar e 5,5% relataram usar outras drogas. **Conclusão:** Os profissionais de enfermagem da AB estão adoecendo, visto que 62,6% dos profissionais apresentaram alguma doença mental e isso pode associar ao uso problemático de drogas que também foi evidenciada em muitos profissionais. O estudo foi importante, pois poderá contribuir para que os serviços de saúde, gestores e trabalhadores reflitam sobre o ambiente, as condições e os processos de trabalho. Possibilitará pensar estratégias de prevenção, tratamento e acompanhamento dos profissionais que apresentaram os fenômenos estudados. Permitirá também pensar, discutir, desenvolver e fomentar ações voltadas para a saúde dos trabalhadores de enfermagem na AB, intensificando e ampliando o olhar sobre quem cuida.

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO RELACIONADA ÀS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E À ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Lágila Cristina Nogueira Martins¹; Maria Elizabeth Roza Pereira²; Patrycia Sarah Martins Arruda³; Alberto Lopes Ribeiro Júnior⁴; Patrícia Magnabosco⁵

¹Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. End: Rua Dr. Luiz Antônio Waack, 1355 ap.9; lagilamartins@hotmail.com; (34)99172-8704.

²Enfermeira, mestre, docente do curso de Graduação de Enfermagem UFU-MG.

³Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

⁴Enfermeiro, pós-graduando em nefrologia.

⁵Enfermeira, doutora, docente do curso de Graduação em Enfermagem UFU -MG

Introdução: A Doença Renal Crônica (DRC) consiste na lesão do parênquima renal e diminuição lenta, progressiva e irreversível da função dos rins¹, o que gera sérios transtornos na vida dos pacientes, afetando a sua qualidade de vida². Corresponde a um problema de saúde pública mundial e trata-se de uma doença a qual se faz necessário Terapia Renal Substitutiva³. **Objetivos:** o estudo em questão visa avaliar a qualidade de vida de mulheres portadoras de DRC submetidas ao tratamento hemodialítico, e também verificar a qualidade da assistência de Enfermagem recebida por elas. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e de campo, com abordagem qualiquantitativa realizada no setor de hemodiálise de um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro – MG, no período da manhã e da tarde. Foram utilizados para análise do estudo, os métodos estatísticos de correlação de Sperman, T- Student e ANOVA. **Resultados e Discussão:** A partir da análise foi possível constatar que houve comprometimento na qualidade de vida dessas mulheres, devido ao tratamento rigoroso e contínuo, além das limitações físicas e psicológicas². A maioria das variáveis sociodemográficas analisadas também influenciaram na qualidade de vida das mesmas. Já a assistência de Enfermagem foi considerada importante para a superação das limitações e enfrentamento da doença. **Conclusão:** Portanto, observa-se que a qualidade de vida é prejudicada em pacientes portadores de DRC em tratamento hemodialítico e que a assistência de enfermagem é indispensável para o enfrentamento das dificuldades, adesão ao tratamento e esclarecimento de dúvidas dos pacientes e seus familiares.

QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À MULHERES EM TRATAMENTO HEMODIALÍTICO

Lágila Cristina Nogueira Martins¹; Maria Elizabeth Roza Pereira²; Alberto Lopes Ribeiro Júnior³; Patricia Sarah Martins Arruda⁴; Omar Pereira de Almeida Neto⁵

¹Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU; lagilamartins@hotmail.com

²Enfermeira, Mestre, docente do curso de Graduação de Enfermagem UFU-MG.

³Enfermeiro, pós-graduando em nefrologia.

⁴Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU.

⁵Professor Doutor da Universidade Federal de Goiás

Introdução: A hemodiálise, que corresponde um tipo de terapia renal substitutiva, é uma forma de tratamento que não leva a cura apenas alivia os sintomas e substitui parcialmente as funções do rim evitando complicações em outros órgãos¹. Corresponde a um tratamento rigoroso e contínuo, que acarreta limitações físicas e psicológicas aos pacientes, dessa forma, a assistência de Enfermagem passa ser indispensável para o enfrentamento das dificuldades encontradas e adesão ao tratamento². **Objetivo:** o estudo visa analisar a qualidade da Assistência de enfermagem prestada a mulheres em tratamento hemodialítico. **Metodologia:** trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal e de campo, com abordagem qualiquantitativa realizada no setor de hemodiálise de um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro – MG. A pesquisa ficou restrita ao sexo feminino com o intuito de verificar como as mulheres conciliam as atividades diárias com a doença e o tratamento contínuo, já que estão cada vez mais presentes no mercado de trabalho, dessa forma participaram da pesquisa as 19 mulheres que estavam em tratamento no período de coleta de dados, no setor em questão. **Resultados:** Dezoito mulheres entrevistadas (94,74%), classificaram a assistência recebida em satisfatória, somente uma (5,26%) mulher considerou a assistência pouco satisfatória. Em relação às informações recebidas pela equipe de enfermagem, uma delas (5,26%) considerou indiferente e outra (5,26%) como pouco satisfatória, as outras 17 mulheres entrevistadas (89,48) classificaram as informações como satisfatórias. Quando tiveram que avaliar se a assistência de Enfermagem ajudava no tratamento, todas elas responderam que sim e inclusive explicaram o porquê, demonstrando a importância que a assistência de Enfermagem representa para essas mulheres. Em relação às respostas abertas, as mesmas podem ser resumidas pelas palavras ajuda, orientação e saúde. **Conclusão:** A partir das respostas percebe-se que o cuidado de enfermagem está direcionado não apenas para evitar as complicações que podem estar presentes durante as sessões de hemodiálise, mas também no enfrentamento das ansiedades e consequente aceitação da doença e adesão ao tratamento, além do esclarecimento de dúvidas dos pacientes e de seus familiares.

CONHECIMENTO DOS TRABALHADORES DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SOBRE ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA – MG.

Thales Antônio Martins Soares¹; Karine Santana de Azevedo Zago²; Jullyanna Sabryna Morais Shinosaki³; Noemi Cristina de Melo⁴

¹Enfermeiro. Email: enf.thalesams@gmail.com.

²Doutora em Enfermagem Psiquiátrica, Enfermeira HC-UFU e Docente UFU.

³Médica Neurologista

⁴Enfermeira

Introdução: O Acidente Vascular Encefálico (AVE) é uma disfunção neurológica súbita, caracterizada por um bloqueio ou rompimento de um ou mais vasos do encéfalo, possuindo dois subtipos: isquêmico e hemorrágico. A circulação cerebral é comprometida, pois o AVE diminui ou interrompe o aporte de oxigênio e dessa maneira são provocadas sérias lesões motoras, sensitivas, de linguagem, incluindo processos de necroses no encéfalo. Representa um sério problema de saúde pública visto que as estatísticas apontam alta morbi-mortalidade e merece muita atenção por parte de políticas de saúde. O Ataque Isquêmico Transitório (AIT) tem a mesma sintomatologia, mas duração menor do que 24h, e os mesmos fatores de risco em relação ao AVE, diferenciando-se por não causar alteração nos exames de imagem em função de não haver lesão histopatológica. **Objetivo:** O objetivo do estudo consiste em avaliar o conhecimento dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HCU) em relação aos sinais, sintomas, fatores de risco e condutas do AVE. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva analítica transversal, exploratória, de caráter quantitativo e qualitativo realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia por meio de coletas de dados realizados a partir de entrevistas, através de um questionário semi-estruturado. Para análise estatística quantitativa utilizou-se o formulário eletrônico Google Docs e foi realizado o teste de Frequência Simples e Relativa. Para a análise qualitativa, utilizou-se a temática de Minayo. **Resultados:** Dos 104 entrevistados, 70,2% conhecem os sinais e sintomas do AVE e desses 42,4% conhecem os tipos e o mais freqüente. Mais de 80% da amostra acreditam que essa patologia não deixa sequelas, porém 50,8% reconhecem o tratamento e apenas 28,7% sabem o tempo de tratamento adequado. Em relação ao AIT, 90% souberam dar o destino correto ao paciente acometido, 79,7% o correlacionam com o AVE e desses apenas 31,8% fazem essa correlação corretamente. Quase a totalidade da amostra (96,9%) afirma que o AVE é uma doença prevenível, e a maioria dos entrevistados afirmam que essa prevenção ocorre através do controle e da redução dos fatores de risco. A maioria dos profissionais de saúde (76%) possui fatores de risco, mesmo conhecendo e afirmando que o AVE é passível de prevenção. **Conclusão:** O conhecimento sobre os sinais e sintomas do AVE, seus tipos, bem como fatores de risco e condutas são imprescindíveis para a valorização do atendimento rápido a fim de reduzir as chances de sequelas dessa doença. O presente estudo revelou que embora mais de 70% dos profissionais do HCU saibam os sinais e sintomas da doença, menos da metade desses associam corretamente os tipos de AVE e reconhecem o tratamento. Menos de 30% da amostra correlaciona o AIT com AVE e acertam o tempo adequado para iniciar a trombólise mostrando que existe a necessidade de um programa interno de treinamento das equipes hospitalares que carecem de informações básicas para o manejo adequado destes pacientes com AVE.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE PACIENTES COM INSUFICIÊNCIA CARDÍACA COM FRAÇÃO DE EJEÇÃO REDUZIDA

Thales Antônio Martins Soares; Alberto Lopes Ribeiro Júnior²; Omar Pereira de Almeida Neto³

¹Enfermeiro. Email: enf.thalesams@gmail.com.

²Enfermeiro. Pós-Graduando em Nefrologia

³Enfermeiro. Docente da Universidade Federal de Goiás. Doutorando em Atenção a Saúde – UFTM.

Introdução: Pacientes com Insuficiência Cardíaca (IC) com fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) reduzida possuem sintomatologia exacerbada, com déficits metabólicos tissulares. A disfunção do miocárdio é provocada por uma desordem de mecanismos neuro-hormonais que são ativados em um esforço na tentativa de manter o débito cardíaco. Os cuidados da equipe de enfermagem à esta população baseiam-se nos Diagnósticos de Enfermagem (DE). No entanto, há carência de estudos que abordem os principais DE em pacientes nesta população específica, dificultando a prática clínica sistematizada. **Objetivo:** Revisar na literatura quais os principais DE relacionados à assistência do paciente com IC com FEVE reduzida. **Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, em que foram selecionados e analisados estudos da literatura nacional e internacional, analisando quais os principais diagnósticos de enfermagem listados na Insuficiência Cardíaca. Foram utilizados os descritores Heart Failure/Insuficiência Cardíaca e Nursing Processes/Processos de Enfermagem interligados pelo operador booleano AND nas bases de dados PUBMED (US National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos artigos publicados entre 2011-2016, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês e excluídos aqueles que não abordaram a IC com FEVE reduzida. **Resultados:** Foram encontrados 621 artigos, porém, após filtros, apenas 04 artigos compuseram esta revisão integrativa, sendo 01 na base PUBMED e 03 na base LILACS, ambos realizados no Brasil. Os principais DE encontrados foram taquicardia, dispnéia, edema, congestão pulmonar, fadiga, intolerância à atividade, ansiedade, dor aguda, débito cardíaco reduzido, percepção sensorial visual perturbada, disfunção sexual, eliminação urinária prejudicada e volume excessivo de líquidos. **Conclusão:** Tais resultados são fundamentais para sistematizar, através do Processo de Enfermagem, o cuidado de pacientes hospitalizados, ambulatoriais ou abordados na atenção primária à saúde, além de nortear o Enfermeiro e sua equipe técnica a formulação de estratégias para o melhor manejo desta população. Pesquisas de cunho longitudinal e intervenções em saúde necessitam ser realizadas, a fim de comparar os DE antes e após a intervenção permitindo a análise da evolução clínica destes pacientes.

AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE AUDITORIA EM SETORES DE INTERNAÇÃO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Larissa Peres¹; Arthur Velloso Antunes²; Vítor Silva Rodrigues³

¹Acadêmica do curso de enfermagem da UFU. E-mail: larissaperes94@gmail.com;

²Enfermeiro. Doutor. Professor Associado do Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeiro. Gerente da gestão de processos do Hospital de Clínicas de Uberlândia

Introdução: A utilização da auditoria visando a qualidade da assistência tem ganhado destaque frente aos sistemas de gestão da qualidade, uma vez que serve para avaliar se as atividades desempenhadas na assistência estão em consonância com os padrões de qualidade estabelecidos previamente. No momento em que a instituição hospitalar não atinge esses padrões, há o aparecimento das não conformidades (NC) que constituem em empecilhos para o alcance de uma assistência de qualidade, estas, segundo AvedisDonabedian, podem ser classificadas quanto a estrutura, processos e resultados. **Objetivos:** O presente estudo teve como finalidade verificar se o processo de auditoria interna realizada nos setores de internação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCUFU) tem sido eficiente. Dessa forma, foram elencados os seguintes objetivos: verificar quais são as não conformidades encontradas nas auditorias; verificar qual é a frequência das não conformidades encontradas nas auditorias internas; analisar como as não conformidades se distribuem no decorrer do tempo; verificar como é a ocorrência das não conformidades referentes à estrutura e aos processos de trabalho. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, de caráter descritivo, documental e retrospectivo, realizado nos relatórios em auditorias efetuadas em 4 setores de internação do HCUFU: Clínica Médica, Oncologia, Transplante Renal e Moléstias Infecciosas, entre os anos de 2014 a 2016. **Resultados:** A partir da análise dos dados coletados foi possível detectar 553 eventos de NC, desses, 138 eventos foram NC de estrutura, o que representa 24,95% do total e 414 foram NC de processos, o que equivale a 74,86% do total de eventos. As NC mais frequentes relacionadas a estrutura foram: “Equipamentos e Mobiliário inadequado/não íntegro”, “Integridade da estrutura física comprometida”, “Sanitários sem separação por sexo” e “Estrutura física improvisada”. E as NC de processos mais recorrentes foram: “Materiais/Medicamentos em locais inapropriados”, “Inadequação na identificação de materiais médico-hospitalares”, “Medicamentos e/ou materiais vencidos” e “Presença de ralos abertos”. A Clínica Médica foi o setor que apresentou maior porcentagem de eventos de NC totalizando 207 eventos (37,43%). **Conclusão:** A análise e discussão dos dados possibilitou afirmar que o processo de auditoria interna não tem sido eficiente, pois as NC mais frequentemente encontradas persistiram ao longo do tempo. Entretanto foi possível perceber que a padronização e implantação de um instrumento de auditoria com maior número de itens de verificação no decorrer do período estudado interferiu nos resultados.

PROGRAMA INSTITUCIONAL DE BOLSA DE INICIAÇÃO À DOCÊNCIA – PIBID: POSSIBILIDADES PARA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO

Larissa Peres¹; Andressa Araújo Mendonça²; Kássio Silva Cunha³; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira⁴; Maria Cristina de Moura Ferreira⁵

¹ Acadêmica do curso de enfermagem da UFU. E-mail: larissaperes94@gmail.com;

² Acadêmica do curso de enfermagem da UFU

³ Acadêmico do curso de enfermagem da UFU

⁴ Enfermeira, professora assistente do curso de graduação em enfermagem da FAMED/UFU

⁵ Enfermeira, professora do curso de graduação em enfermagem da FAMED/UFU

Introdução: O Programa Institucional de Bolsa de Iniciação à Docência – PIBID é um programa do Ministério da Educação que visa apoiar a iniciação à docência de estudantes de licenciatura nas universidades brasileiras, com o fortalecimento da sua formação para o trabalho nas escolas públicas. A licenciatura em Enfermagem capacita o profissional para atuar na Educação Básica, Profissional e em Enfermagem; e por isso, contempla o requisito básico do PIBID. Ademais, a prática da enfermagem é inerente à prática da educação, na medida em que o enfermeiro utiliza o processo ensino/aprendizagem em os seus cenários de cuidado. **Objetivos:** Este trabalho visa apresentar o subprojeto do Curso de Graduação em Enfermagem no PIBID institucional da Universidade Federal de Uberlândia, Edital PIBID 061/2013. **Metodologia:** Trata-se de um estudo bibliográfico não estruturado com leitura exploratória do “Detalhamento do Subprojeto Enfermagem”, a fim de contribuir para um processo de síntese e análise dos resultados para criar um corpo de literatura compreensível. **Resultados e Discussão:** O subprojeto da Enfermagem tem como eixo norteador, a promoção da saúde no contexto escolar. Ele é coordenado por docentes do curso de Enfermagem da universidade. Os licenciados são acompanhados por professores supervisores das escolas públicas. Entre as ações previstas estão o diagnóstico social e escolar, rodas de conversa, oficinas educativas, parcerias interinstitucionais, grupos de estudo, organização de eventos, e outros. Com o subprojeto espera-se principalmente que os licenciandos em Enfermagem fortaleçam suas competências e habilidades didáticopedagógicas através de uma prática dialógica, reflexiva, integral e contextualizada, para o exercício de sua futura prática profissional docente. Além disso, a prática enfermeiro em promoção da saúde apresenta grande potencial no contexto escolar, já que estes são locais de diálogos, privilegiados pela troca de saberes, e expressão da diversidade cultural. **Conclusão:** A educação em saúde é uma prática que deve ser continuamente trabalhada, pois requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia enquanto sujeito histórico e social, capaz de opinar nas decisões de saúde para cuidar de si, de sua família e da coletividade.

A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR COM UM USUÁRIO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Melina Marinho Martins¹; Lucas Pereira Silva²; Livia Ferreira Oliveira³; Marcelle Aparecida Barros Junqueira⁴

1-Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. E-mail: melinamarinhom@gmail.com

2-Acadêmico do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

3-Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED-UFU.

4-Doutora em Ciências. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED-UFU

Introdução: o Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser conceituado como uma ferramenta de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para o indivíduo ou o coletivo. O PTS resulta da discussão coletiva de uma equipe multiprofissional, no contexto da atenção básica fundamentando o desenvolvimento de propostas e condutas terapêuticas articuladas para e com o usuário. Uma das principais características do PTS além da participação da equipe de profissionais são a participação e responsabilização do usuário para com a sua saúde. **Objetivo:** descrever as etapas iniciais de aproximação para construção de um PTS em conjunto com equipe multiprofissional e o usuário de uma Estratégia de Saúde da Família do Município de Uberlândia-MG. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. A abordagem metodológica do PTS consistiu em analisar as informações coletadas, elencar os problemas, buscar referências bibliográficas, traçar objetivos e intervenções para o caso. **Resultados:** paciente de 75 anos, aposentada, viúva, analfabeta e reside sozinha. Possui dificuldades de deambulação devido a fratura de quadril já tratada. Através da visita prévia e do questionamento das atividades diárias com a paciente, foi evidenciado dificuldades da mesma em se automedicar devido sua baixa instrução o que fazia com que tivesse que decorar as medicações por cor da caixa, podendo ocasionar erros de doses e até mesmo confusão nos horários de uso. Houve então a necessidade de intervenção através da construção de uma “caixa de medicamentos” com desenhos autoexplicativos, o que favoreceu a melhoria da adesão ao tratamento. Uma vez que, facilitou compreender os efeitos, a quantidade, a dosagem e os horários estabelecidos dos medicamentos a serem ingeridos. Em contra partida tornou-se evidente a necessidade de atuação de uma rede de apoio social para a mesma, tendo em vista seu isolamento social e sinais de transtorno depressivo. Dentre as etapas propostas pelo PTS, destaca-se a divisão de responsabilidades na qual cada profissional envolvido age de acordo com a necessidade da paciente, a fim de melhorar a sua qualidade de vida. **Conclusão:** devido ao término do estágio na Unidade, foi solicitada a continuidade das intervenções a médio e longo prazo pela equipe multiprofissional e ainda o encaminhamento à equipe de assistência social e psicologia, frente às necessidades identificadas. A enfermagem na condição de profissional tem como papel fundamental prestar assistência ao indivíduo por meio do desempenho de atividades de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação. Assim o PTS contribui para a prática profissional do enfermeiro através da aplicação dos conhecimentos técnico, científico e comportamental adquiridos durante a formação.

SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

Isadora Eufrásio de Brito¹; Rubianne Monteiro Calçado²; Adriane Batista de Araújo³; Durval Veloso da Silva⁴; Maria Cristina de Moura Ferreira⁵; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira⁶

1. Graduanda em Enfermagem - Licenciatura e Bacharelado pela FAMED/UFU. Email: isadora.eb@hotmail.com.

2. Graduanda em Enfermagem - Licenciatura e Bacharelado pela FAMED/UFU.

3. Graduanda em Enfermagem - Licenciatura e Bacharelado pela FAMED/UFU.

4. Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

5. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU.

6. Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Introdução: A Síndrome de Burnout é um distúrbio psiquiátrico que “corresponde a resposta emocional às situações de estresse crônico em razão de relações intensas - de trabalho - com outras pessoas, ou de profissionais que apresentem grandes expectativas com relação a seu desenvolvimento profissional e dedicação à profissão e não alcançam o retorno esperado”. Os profissionais de enfermagem estão bastante sujeitos ao desenvolvimento desta Síndrome devido grande vivência com estressores hospitalares e sobrecarga de trabalho. **Objetivos:** Avaliar o nível de prevalência da Síndrome de Burnout entre profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da UFU (HC-UFU). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e analítica. A coleta de dados foi realizada no HC-UFU entre março e agosto de 2016 com 416 profissionais de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros). O instrumento de coleta de dados foi constituído pela escala Maslach Burnout Inventory (MBI). **Resultados:** A amostra foi composta por profissionais predominantemente do sexo feminino (85,2%), faixa etária entre 50 anos ou mais (39,8%), católicas (44,1%), casadas (69,5%), técnicas em enfermagem (49,3%), atuam no turno da manhã (43%), possuem um vínculo empregatício (81,1%). Verificou-se que 73,8% dos profissionais apresentaram risco baixo ou moderado de exaustão emocional e 26,2% apresentaram nível alto. Em relação a despersonalização, 79,6% apresentaram nível baixo ou moderado e 20,4% apresentaram nível alto. Sobre os índices de realização profissional, 78% apresentaram nível alto e 22% apresentaram nível baixo ou moderado. **Conclusão:** Os valores encontrados nessa pesquisa estão dentro da variação esperada descrita na literatura, apontando um cenário preocupante. Dessa forma, é preciso que medidas de intervenção sejam traçadas para melhorar a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem, e para o enfrentamento de condições deteriorantes da saúde do trabalhador.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM PACIENTE COM MALFORMAÇÃO CARDÍACA ASSOCIADA À SÍNDROME DE DOWN: UM RELATO DE CASO

Yohanna Resende Gouveia¹; Denize Rodrigues Freitas¹; Drielly Alexandre Mendes¹; Larissa Peres Vieira¹; Pamela Beatriz Vieira¹, Thais Chagas Sanqueta¹, Bruna Maria Malagoli Rocha²

¹Graduandas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: yohannagouveia_ufrb@hotmail.com

²Mestre e Docente do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: A prevalência de anomalias cardíacas congênitas em pacientes com síndrome de Down é de 40 a 50%. Dentre os pacientes que apresentam cardiopatia congênita, metade manifesta defeito no septo atrioventricular (DSAV), que raramente ocorre como uma cardiopatia isolada (2,8%). **Objetivos:** Proporcionar integração do conhecimento teórico-prático-científico sobre os cuidados de Enfermagem em crianças com cardiopatia congênita associada à Síndrome de Down. **Metodologia:** Trata-se de um relato de caso sobre a realização de Sistematização da Assistência de Enfermagem em criança cardiopata. **Resultados:** Lactente, 3 meses de idade, sexo feminino, portadora de Síndrome de Down, admitida na enfermaria de Pediatria de um Hospital Universitário do Triângulo Mineiro no ano 2016, apresentando desconforto respiratório e sendo diagnóstica com Cardiomegalia DSAV total tipo A de Rastelli. Ao exame físico apresentou-se febril (38,4°C) respirando com auxílio de cateter de oxigênio nasal duplo (2L/min). Presença de murmúrios vesiculares com ruídos adventícios (sibilos) à ausculta pulmonar. Em ausculta cardíaca, presença de sopro nos focos aórticos e pulmonar. Perfusão periférica lentificada em membros superiores e inferiores. Sabe-se que este quadro clínico é desenvolvido em decorrência das alterações anatomofuncionais apresentadas pela criança e caracteriza-se, basicamente, por hiperfluxo pulmonar de manifestação precoce, nas primeiras semanas de vida das crianças portadoras desta síndrome. É possível observar uma relação íntima e específica entre o quadro clínico apresentado pela paciente e os diagnósticos de enfermagem (DE) elaborados por graduandas do curso de Enfermagem responsáveis pelo cuidado da lactente: 1. Padrão respiratório ineficaz; 2. Troca de Gases Prejudicada; 3. Débito cardíaco diminuído; 4. Hipertermia; 5. Amamentação interrompida; 6. Risco de Infecção. Diante destes diagnósticos e objetivando a prestação de um cuidado de enfermagem integral e sistematizado, foram propostas as seguintes intervenções: 1. Manter a paciente em posição Semi-Fowler; 2. Monitorar sinais vitais, atentando-se para sinais de hipóxia ou hipertermia; 3. Monitorar frequência respiratória e uso adequado de cateter de oxigênio. 4. Avaliar a necessidade de aspiração de vias aéreas e realizá-la quando necessário. 5. Observar presença de edema e lesões de pele; 6. Realizar balanço hídrico; 7. Aplicar cuidados alternativos em caso de hipertermia; 8. Pesar a paciente em intervalos adequados; 9. Manter cuidados adequados com a SNG; 10. Avaliar o local de inserção do cateter venoso central quanto a sinais flogísticos. **Conclusão:** A experiência vivida possibilitou a elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem, potencializando a assistência prestada. A Sistematização da Assistência de Enfermagem favorece e norteia os cuidados ofertados por meio dos achados clínicos e do atendimento individualizado. Assim, entende-se que a participação efetiva do enfermeiro na prática clínica do cuidado contribua para um prognóstico melhor do paciente, além de garantir a ele assistência qualificada, integral e segura.

A SAÚDE DO HOMEM NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM

Eliana Faria de Angelice Biffi¹; Maria José Nunes²; Renata Oliveira Nunes³

¹Enfermeira, Doutora em Enfermagem, docente aposentada pela Universidade Federal de Uberlândia.

²Enfermeira, Mestre em Enfermagem, docente aposentada pela Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeira, pós graduanda em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição (PUC-Goiás). E-mail: renataoliveiramg@yahoo.com.br

Introdução: O homem desde seu nascimento traz uma identidade masculina, que foi construída historicamente onde estão envolvidos seus papéis sociais exclusivos que o diferencia das mulheres, o ambiente dos serviços de saúde é considerado pelos homens como espaço feminino, o que provoca neles a sensação de não pertencimento àquele ambiente, o resultado é uma procura diminuída ao serviço de saúde, agravos nas morbidades já existentes e maior número de óbitos e mais cedo que a população feminina. **Objetivo:** Buscar as razões que levam os homens a não procurarem os serviços de saúde, a pesquisa foi realizada nas Clínicas Cirúrgicas I, II, III, V e Clínica Médica, situadas no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, no estado de Minas Gerais. **Metodologia:** Para tanto foi desenvolvido uma pesquisa descritiva por meio de aplicação de um questionário para 32 profissionais do sexo masculino, adultos, na faixa etária de 18 a 65 anos, inseridos nas três categorias da Enfermagem: auxiliar, técnico e enfermeiro, que atuam neste Hospital. A coleta de dados foi realizada durante o período de Outubro a Novembro de 2014 nos três turnos de trabalho: matutino, vespertino e noturno. **Resultados:** A pesquisa obteve como resultado que a faixa etária dos participantes é de 34 a 41 anos, maioria é técnico em enfermagem, atuando entre 1 a 10 anos nas categorias em geral, todos os sujeitos se sentem à vontade para falar sobre qualquer assunto referente à saúde e que gostariam que houvesse um serviço direcionado ao homem, estes compareceram a uma consulta há seis meses ou mais, tendo como motivo a realização de exames periódicos proporcionados pela Instituição, também afirmaram que geralmente se sentem saudáveis e que maioria pratica a automedicação; eles utilizam convênio médico, o SUS e em alguns casos os dois sistemas, metade deles conhece a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, fato que não interferiu na categoria, destes que conhecem, obtiveram informações via internet. **Conclusão:** Conclui-se que deve haver mais divulgação pela mídia sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, que tenha ambientes propícios ao homem, mudando a percepção de que os serviços de saúde são espaços femininos e sugerir a possibilidade de atender esses homens fora do horário comercial, proporcionando a ida deles ao serviço, sem a preocupação com trabalho.

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM NAS CIRURGIAS DE BOLSA DE BOGOTÁ EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

Cássia Tiemi Nakata¹; Marcos Martins da Costa²; Elias José Oliveira³

¹Acadêmica do 8º período de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia/UFU – MG. Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação a Docência – CAPES. E-mail: nakatacassia@hotmail.com.

²Acadêmico do 8º período de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia/UFU – MG. Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação a Docência – CAPES

³Enfermeiro, Doutor em Imunologia e Parasitologia Aplicadas. Docente da Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: A técnica de Bolsa de Bogotá envolve um fechamento temporário da parede abdominal onde permite a proteção do conteúdo abdominal exposto. Trata-se de uma técnica complexa, requer uma equipe multidisciplinar para que se obtenha êxito e garanta a sobrevivência do paciente. A Enfermagem tem papel essencial no cuidado, com anotações mais fidedignas, a assistência prestada é de melhor qualidade. **Objetivo:** avaliar a qualidade das anotações de enfermagem em relação ao paciente submetido a cirurgia de grande porte, (redução de dano - Bolsa de Bogotá), em um hospital público de ensino. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo de natureza exploratória, de caráter quantitativo. O campo de pesquisa foi o HC-UFU, através da consulta de informações por meio de levantamento junto ao Setor de Arquivo Médico. A coleta de dados foi realizada a partir da revisão de prontuários, onde o critério de inclusão foi pacientes submetidos à cirurgia de Peritonostomia com a colocação da tela inorgânica - aplicação de Bolsa de Bogotá, no período de 2006 a 2016. Os critérios de exclusão foram pacientes que evoluíram para óbito e os que não possuíam prontuários ativos. **Resultados:** Foram analisados 14 prontuários, onde os resultados obtidos foram: 35,71% referente ao sexo feminino, 64,28% sexo masculino. A média de idade dos pacientes foi de 39,92 anos. A deiscência da ferida operatória ocorreu em nove pacientes (64,28%). No que tange as anotações de enfermagem 100% não evidenciavam os cuidados complexos e completos referentes à ferida operatória, como: descrição quanto à localização, tamanho, comprometimento tecidual e técnica asséptica utilizada. O material utilizado para a limpeza não foi descrito em todas as anotações. Em relação à identificação do autor dos registros, a maioria é executada de maneira incompleta, sendo citado apenas o nome, sem o número de inscrição do Corem e o uso do carimbo, impossibilitando assim, assegurar a qual categoria da Enfermagem o profissional estava habilitado. **Conclusão:** Com os resultados apresentados foi possível identificar diversas inadequações relativas à anotação de enfermagem. A melhoria na qualidade das anotações mediante incentivo por parte da instituição poderá trazer maior segurança no processo terapêutico do paciente e melhor faturamento.

SIMULAÇÃO COMO UMA FERRAMENTA INOVADORA PARA O ENSINO DE ENFERMAGEM

Nathalia Amado da Silva Medeiros¹; Carolina de Freitas Cortes²; Patrícia Costa dos Santos da Silva³

¹Discente do curso de enfermagem – UFU. E-mail: nath_eu@hotmail.com

²Discente do curso de enfermagem - UFU

³Doutora em ciências da saúde – USP de Ribeirão Preto; Docente do curso de enfermagem - UFU

Introdução: O avanço tecnológico e científico tem repercutido na área da saúde, em especial na enfermagem. Atualmente, as informações são disseminadas em uma velocidade extraordinária, o que aponta para uma necessidade cada vez maior de atualização e apropriação de metodologias de ensino inovadoras e que acompanhem essa evolução do mundo contemporâneo, por parte dos docentes. Assim, temos nas metodologias ativas de ensino e aprendizagem uma proposta inovadora e que tem a intenção de estimular a visão crítica e criativa dos alunos, distanciando-os dos métodos antigos, vinculados apenas ao repasse de informações. Dentre estas ferramentas, destaca-se o uso da simulação, que por sua vez, vem alcançando reconhecimento e espaço nas universidades do mundo, particularmente nos cursos de graduação em enfermagem. **Objetivo:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura de publicações no período 2010-2016, que tem objetivado responder a seguinte questão norteadora: “Como a simulação tem sido utilizada no ensino da enfermagem?” **Metodologia:** Com o objetivo de responder a questão norteadora foi realizada a busca no Portal Regional da BVS, com as palavras chave: simulação realística, aprendizagem e enfermagem. Como critérios de inclusão: artigos na íntegra, em português, inglês e espanhol. Como critérios de exclusão: artigos que não respondem à questão norteadora, teses de doutorado, livros. **Resultados:** A partir da busca nas bases de dados foram encontrados com as palavras-chave: simulação realística, aprendizagem, enfermagem seis artigos, com as palavras-chave: simulação realística e enfermagem: dez artigos e com as palavras-chave: simulação realística e aprendizagem: sete artigos e apenas com a palavra-chave simulação realística: 16 artigos, após a leitura dos resumos foram excluídos cinco artigos que não respondem a questão norteadora, uma tese e 25 artigos estavam repetidos, assim, chegou-se ao resultado final, com oito artigos, que foram selecionados para o presente estudo. A partir da análise dos artigos, verificou-se que a simulação é vista como um importante veículo para a promoção de oportunidades de aprendizagem e capacitação. Além disso, pode ser considerado um método inovador que oferece possibilidades de ampliação da teoria e da prática para o ensino de graduação em enfermagem. **Conclusão:** A simulação realística como estratégia de ensino para a graduação em enfermagem é considerada um método efetivo e inovador, que oferece melhores oportunidades de aprendizagem e treinamento, além de ampliar as relações entre a teoria e a prática em um ambiente seguro. No entanto, há necessidade de capacitação dos docentes em relação ao uso da simulação realística, para garantir a implementação dessa estratégia de forma eficiente e inovadora junto ao processo de ensino-aprendizagem.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS AO IDOSO COM INCONTINÊNCIA URINÁRIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Amanda Aparecida Ferreira¹; Bárbara Felix Sinhoreli²

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: amanda_ibia@hotmail.com

²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

RESUMO: **Introdução:** A IU tem grande impacto sobre a qualidade de vida das pessoas idosas, na maioria das vezes deixando-as constrangidas podendo levar a casos de isolamento social e depressão. O índice de IU é maior em mulheres do que em homens, e pode acometer tanto idosos institucionalizados como os não institucionalizados. Ao menos que sejam investigados, as pessoas não relatam Incontinência Urinária. **Objetivo:** Demonstrar a importância e dificuldades dos cuidados de enfermagem ao paciente idoso com incontinência urinária. **Metodologia:** Revisão integrativa, foi realizada busca avançada nas bases de dados informatizadas da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME): Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS) e SIELO-Brasil. Utilizados os seguintes descritores: Incontinência Urinária; Saúde do Idoso e Cuidados de Enfermagem. Feito o cruzamento dos descritores para a inclusão dos estudos. Os dados foram extraídos utilizando o instrumento de coleta de dados. Feita leitura minuciosa dos estudos. **RESULTADOS:** Foram selecionados e analisados 4 estudos, sendo 2 artigos e 2 dissertações referentes ao tema proposto. **DISCUSÃO:** Os estudos trouxeram informações referentes a idosos institucionalizados e não institucionalizados demonstrando os problemas vivenciados pelos idosos com incontinência urinária (IU), principalmente as mulheres que são mais afetadas. Diante da situação a equipe de enfermagem e os demais profissionais da saúde vivenciam dificuldades de relacionamento com esses idosos, visto que a maioria deles não relatam ter IU. Os estudos relatam também a importância do enfermeiro e da formação de uma equipe multidisciplinar com capacitação em lidar com o idoso incontinente. **CONCLUSÃO:** Diante do problema proposto é necessário uma abordagem do problema adequada pela equipe de enfermagem e outros profissionais da saúde, estando dispostos a elaborar estratégias de educação e tratamento multidisciplinares e incorporar nos serviços de saúde no sentido de orientar e oferecer condições de atendimento individualizado e acolhedor.

PREVALÊNCIA DE FADIGA ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Rubianne Monteiro Calçado¹; Isadora Eufrásio de Brito²; Fernanda Bernadeli Pereira³; Durval Veloso da Silva⁴; Maria Cristina de Moura Ferreira⁵; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira⁶

¹Graduanda em Enfermagem - Licenciatura e Bacharelado (UFU). Email: rubiannemonteiro@hotmail.com.

²Graduanda em Enfermagem - Licenciatura e Bacharelado (UFU).

³Graduanda em Enfermagem - Licenciatura e Bacharelado (UFU).

⁴Mestrando do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e Diretor de Enfermagem HC – UFU.

⁵Doutora em Enfermagem. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU.

⁶Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Introdução: A fadiga é classificada pela presença de cansaço persistente e recorrente e que não necessariamente é causado exclusivamente por exercícios, o descanso físico não o elimina imediatamente e pode resultar na redução dos níveis de atividade laboral, social e pessoal. Os profissionais de enfermagem passam por grande exigência física e mental principalmente devido à prestação da assistência e alteração dos ritmos biológicos devido a constantes mudanças de turnos, o que pode acabar levando ao estabelecimento da fadiga. **Objetivos:** Descrever o nível de fadiga entre profissionais de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HC-UFU). **Metodologia:** Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa e descritiva. A coleta de dados foi realizada no HC-UFU nos meses de março a agosto de 2016, com 416 profissionais de enfermagem. O instrumento para coleta de dados foi o Questionário sobre Fadiga (Duchth fatigue Scale – DUFs). **Resultados:** Entre os participantes, 85,2 % dos profissionais são mulheres, com faixa etária de 30 a 40 anos (42,4%), técnicas de enfermagem (49,3%), atuam no turno da manhã (43%) e possuem um único vínculo empregatício (81,1%). A literatura mostra que um resultado médio \geq 14,5 indica fadiga substancial. O resultado encontrado no HC-UFU foi de 22,47 indicando presença de fadiga substancial na equipe de enfermagem. Cerca de 51,2% dos profissionais sente necessidade de descansar mais; 41,4% observa que precisa de mais energia para realizar suas atividades diárias; 34,8% relata ter sentido diminuição do interesse sexual; 30,1% teve constante falta de energia; 31,7% tem se sentido sem disposição para fazer as coisas; 34,6% tem acordado com a sensação de estar exausto e desgastado; 30,6% relata ter sido mais difícil se concentrar em uma coisa por muito tempo. **Conclusão:** A partir desse diagnóstico de fadiga substancial na equipe de enfermagem do HC-UFU faz-se necessária investigação dos fatores relacionados para que possam ser traçadas estratégias que evitem essa ocorrência.

PROJETO DISQUE AMAMENTAÇÃO: LEVANTAMENTO DAS LIGAÇÕES DE JANEIRO A SETEMBRO DE 2016

Larissa Ferreira Mota¹; Isabella Cristina Barbosa Feres de Castro²

¹Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia e estagiária do Projeto de Extensão do Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

E-mail: Larissaferreira-mo@hotmail.com

²Graduanda em Nutrição na Universidade Federal de Uberlândia e estagiária do Projeto de Extensão do Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

Introdução: O aleitamento materno exclusivo é recomendado pelo Ministério da Saúde até o sexto mês de vida do bebê. Essa recomendação é considerada imprescindível devido aos inúmeros benefícios que a amamentação concede à saúde da criança. Isso pode ser comprovado por meio da diminuição das taxas de mortalidade infantil, bem como a redução da incidência de diabetes, obesidade e hipertensão arterial na idade adulta. Visando à promoção do aleitamento materno e o esclarecimento de dúvidas das mães sobre essa temática, foi criado, em 2002, o projeto de extensão Disque-Amamentação, promovido pelo Banco de Leite Humano do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O programa conta com a participação de discentes dos cursos de Medicina, Enfermagem, Psicologia, Odontologia e Nutrição, que atendem e esclarecem, via ligações telefônicas, dúvidas com relação ao aleitamento materno. **Objetivo:** O projeto teve como objetivo realizar um levantamento das ligações recebidas no projeto "Disque-Amamentação" identificando as principais dúvidas das mães com relação ao aleitamento materno. **Metodologia:** A análise de dados foi realizada com base nos relatórios mensais das ligações recebidas no projeto "Disque-Amamentação" do Banco de Leite Humano do HC-UFU no período de janeiro a setembro do ano de 2016. **Resultados:** No período em que se realizou o estudo, foram atendidas, no total, 272 ligações, o que corresponde a uma média mensal de aproximadamente 30,2 ligações. As principais dúvidas foram em relação à doação de leite humano e às dificuldades do lactente no processo de amamentação. Do total de atendimentos, 62,1% foram solucionados via telefone. Outros atendimentos (35,7%) foram encaminhados ao Banco de Leite Humano do HC-UFU ou para outros profissionais (2,2%). **Conclusão:** A partir do levantamento das ligações do Projeto Disque-Amamentação, conclui-se que o esclarecimento de dúvidas referentes a amamentação, via ligações telefônicas, é de extrema importância para a promoção do aleitamento materno, contribuindo para a diminuição do desmame precoce.

ENTENDENDO VIOLÊNCIA DE GÊNERO A PARTIR DE GRUPO DE ATENDIDAS CANAÃ II E IV

Bruna Aparecida Rodrigues Duarte¹; Carla Denari Giuliani²

¹Graduada em enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: brunaap150@hotmail.com.

²Doutora e Docente do curso de Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: Nos últimos anos a violência contra mulheres saiu da ordem do privado, do silêncio e da invisibilidade, tornando-se de fato um problema público e social de grande repercussão. Desde a Convenção Interamericana 1994 para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, em Belém do Pará, identifica-se, como violência de gênero: “ qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado. ” Nessa mesma convenção, foram protegidos alguns direitos, como, reconhecimento, gozo, exercício e proteção de todos os direitos humanos, compreendendo: respeito a sua vida; respeito a sua integridade física, psíquica e moral; liberdade e segurança pessoal; direito de não ser submetida à tortura; respeito a sua dignidade e proteção a sua família; igualdade de proteção perante a lei e da lei; direito a um recurso simples e rápido diante dos tribunais competentes, que a ampare contra atos que violem seus direitos; entre outros. **Objetivo:** Entender o motivo da violência de gênero, suas raízes históricas e culturais, suas formas de ocorrência, tendo em vista sua especificidade no que concerne às construções de gênero é cerne desse relato de experiência. **Metodologia:** Esse estudo foi desenvolvido a partir de visitas domiciliares juntamente com assistente social da ESF canaã II e IV em Uberlândia Minas Gerais, desde janeiro de 2016. **Resultados:** Após as visitas domiciliares, é possível notar que as vítimas de violência já sofreram algum tipo de violência no passado, se repetindo ao longo da vida e sua história, seja com a mudança de companheiro, com saída de casa devido a problemas familiares ou por outros motivos. Foi possível observar durante as histórias orais que o agressor normalmente é conhecido ou mesmo da família, como companheiro, namorado, amigo, pai, tendo uma predominância masculina. **Conclusão:** A violência contra a mulher traz em seu seio, estreita relação com as categorias de gênero, classe e suas relações de poder. Tais relações estão mediadas por uma ordem patriarcal proeminente na sociedade brasileira, a qual atribui aos homens o direito a dominar e controlar suas mulheres, podendo em certos casos, atingir os limites da violência. Embora tenha leis punindo a violência contra mulher, vale ressaltar a necessidade de lutar, para que sejam realmente efetivas, já que infelizmente foi possível observar durante as entrevistas como parece longe as leis que as protegem, delas mesmo. Este tempo mais próxima dessas mulheres, foi sem dúvidas de grande crescimento, tanto para área profissional, como pessoal, compreendendo a necessidade do empoderar, a si mesmo, e aos outros, de forma crítica, acolhendo essas mulheres, ouvindo atentamente, e tentando de forma sutil devolver o poder sobre sua própria vida.

O PROTAGONISMO DOS ESTUDANTES NA LIGA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Bruna Aparecida Rodrigues Duarte¹; Rayany Cristina de Souza²; Ricardo Gonçalves de Holanda³

¹Graduanda em enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia e Vice-Presidente da LUREEN. E-mail: brunaap150@hotmail.com.

²Graduanda em enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia e Presidente da LUREEN.

³ Mestre em educação do ensino superior e docente da Escola técnica de saúde (ESTES-UFU)

Introdução: As Ligas acadêmicas constituem-se em um grupo de discentes, docentes e profissionais da área a que se destina a liga que se reúnem periodicamente com o intuito de realizar atividades teóricas e práticas focalizando este campo temático. A Liga de Urgência e Emergência volta-se tanto para o âmbito do ensino, da pesquisa e da extensão na urgência e emergência em enfermagem. Urgência é uma situação que precisa ser resolvida imediatamente, pois pode haver risco de evoluir para óbito, já emergência é uma situação que já há um risco iminente, considerado crítico. Nesse contexto é perceptível atualmente a necessidade da enfermagem se posicionar como protagonista do cuidado, da atenção integral ao paciente, e da construção do seu próprio conhecimento, e é exatamente essa autonomia da construção do próprio conhecimento, do estímulo diário de aprender mais, que se faz necessária a participação na LUREEN. **Objetivo:** descrever a experiência de uma liga acadêmica, como formação de um grupo protagonista do próprio conhecimento, e no preparo para educação em saúde sobre primeiros socorros, nas escolas, empresas, instituições, como também envolvimento em pesquisas na área abordada. **Metodologia:** O método utilizado como estratégia de ensino-aprendizagem, são aulas teóricas que acontecem semanalmente, sendo ministradas por professor orientador, bem como alunos veteranos participantes da liga. As aulas práticas acontecem quinzenalmente, baseada em protocolos nacionais e internacionais, e teorias ministradas durante os encontros semanais. As práticas acontecem dentro dos espaços da Universidade e fora deles, sempre com estudos em pares para acrescentar no conhecimento para a participação de eventos. **Resultados:** Durante o treinamento teórico, foram ministradas aulas sobre o atendimento básico e avançado, com temas como: atendimento inicial ao paciente politraumatizado, transporte da vítima, suporte básico de vida, medidas avançadas na parada cardiorrespiratória (PCR), crises convulsivas, entre outras. Todas tiveram um baixo índice de faltas por parte dos acadêmicos membros da LUREEN. Essa atividade foi importante para despertar nos futuros enfermeiros o interesse para o aprofundamento do conhecimento na área de urgências e emergências, na qual muitos enfermeiros recém formados vão trabalhar por certo momento de suas vidas, e precisam fazê-lo com grande responsabilidade, pois é uma área que exige conhecimento, capacidade de raciocínio, decisão e de ações rápidas, muitas vezes deficientes nos enfermeiros, fazendo com que muitas vidas deixem de ser salvas. É visível a melhora, tanto no âmbito de se ver como responsável pelo próprio conhecimento que constrói, como também, aprendizado de diferentes formas didáticas, indo muito além do que apenas a passar informações soltas, mas realmente realizar a educação em saúde de forma crítica e efetiva, que tenha resultados positivos. **Conclusão:** A formação dos acadêmicos de enfermagem, que participam dessa liga tornou um diferencial, na medida em que eles obtiveram maior conhecimento, habilidade e segurança em se tratando de urgências e emergências.

VIOLÊNCIAS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SISTEMA DE GARANTIA DE DIREITOS: ELABORAÇÃO DE PROTOCOLO PARA NOTIFICAÇÕES E REFERENCIAMENTO COM O MÉTODO *ANALYTIC NETWORK PROCESS* (ANP)

Fabiano Henrique Oliveira Sabino¹; Ailton de Souza Aragão¹

¹Departamento de Medicina Social, Instituto de Ciências da Saúde/UFTM

²Cientista Social. Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade de São Paulo. Professor Adjunto II do Departamento de Medicina Social da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Introdução: A atualidade e a pluralidade das violências contra crianças e adolescentes podem ser referidas à violação dos seus Direitos Fundamentais, sob a forma de políticas públicas ineficazes ou inexistentes ou ainda de serviços subsidiados pelo Terceiro Setor. Direitos esses pautados no Documento Universal de Direitos Humanos, na Constituição Federal de 1988 e no Estatuto da Criança e do Adolescente, de 1993. Esse estado de coisas exige cada vez mais preparo e conhecimento dos profissionais envolvidos nesta área. **Objetivo:** Avaliar os limites do Sistema de Garantia de Direitos quando da classificação das violências e do referenciamento dos envolvidos no intuito de subsidiar a elaboração de um protocolo para as notificações com o auxílio do método *Analytic Network Process* (ANP). **Metodologia:** Os cerca de 120 participantes são profissionais que participam/participaram da Roda de Conversa do COMDICAU entre os anos de 2014 e 2015. Na primeira etapa, todos são convidados a preencher o instrumento ANP que relaciona os direitos do público alvo, as violações e os setores de referenciamento. A análise dos dados será realizada com o auxílio do *software SuperDecisions*[®] ANP, em parceria com a UNESP-Bauru. O projeto fora aprovado pelo CEP-UFTM, parecer n.1.318.577. **Resultados:** As respostas dos profissionais consideram o tempo de atuação no serviço de referência e no cenário atual do serviço. Aliados ao tempo de conclusão do curso de graduação, em valores subjetivos pessoais e relações de poder, pautadas pela burocracia. Os participantes demonstram reconhecer os impactos da violação de direitos, logo, com a importância da manutenção e garantia dos Direitos das Crianças e Adolescentes. Relatam que todos os direitos são interligados a ponto de compreender que quando ocorre a violação de um deles, muitos outros são afetados. **Conclusão:** Ao correlacionar os tipos de violações de direitos aos setores de referência conclui-se que o setor Saúde e Justiça acompanhada do Conselho Tutelar são os principais pontos da Rede para onde convergem a possibilidade de melhorias, de garantir e manutenção dos direitos na Rede de Proteção Social, considerando os aspectos sociais e individuais que levam a violação de cada direito.

MOTIVOS QUE LEVAM OS ADULTOS A NÃO ADERIREM A VACINAÇÃO - FALA DOS VACINADOS ADULTOS

Soaid Coimbra Martins Júnior¹; Laura Silva Faria dos Anjos²; Marlos Vilela de Souza Junior²; Marilene Ferreira Martins²; Elias José Oliveira³

¹Acadêmico do Curso de Graduação em Enfermagem – UFU, e-mail: soaidjunior@gmail.com

²Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem – UFU

³Doutorado, Docente do Curso de Graduação de Enfermagem - UFU

Introdução: A vacinação é um método de imunização artificial ativa que realiza a indução da resposta imune para prevenção de várias doenças infecciosas. O processo de vacinação sofreu e sofre influência de fatores históricos, gerando conceitos equivocados e mitos ao longo do tempo. Atualmente temos uma grande gama de vacinas disponíveis na rede pública e privada, essa disponibilidade facilita o acesso às vacinas. **Objetivo:** Avaliar o contexto das falas dos vacinados durante a realização das ações de vacinação com a comunidade adulta. **Metodologia:** Em ações, na cidade de Uberlândia/MG, com os funcionários de empresas e comunidade o projeto de Extensão do Curso de Graduação de Enfermagem - Praxis de Imunização – Atividade Prática de Vacinação com a Comunidade Adulta, no ano de 2016, observou-se falas/desculpas para não adesão ou o desencorajamento à imunização durante a realização do projeto. **Resultados:** Como resultados, os Homens tiveram as falas mais comuns ou extremadas - “*Esqueci o cartão e aí não sei o que tomar*”; “*Ostro dia eu tomo*”; “*Vou almoçar e depois do almoço eu me vacino*”; “*Se não tiver ambulância na porta, não vacino, se eu der um trossô, vou morrer à míngua*” (Ambulância na porta da empresa); “*já tomei doses*”; “*meu coração não aguenta tanta agulhada*”. Já com as Mulheres - “*Quando fiquei grávida tomei todas essas vacinas*” (O filho tem 30 anos de idade); “*Sou igual a nenê, o cartão está em dia e choro muito para tomar*”; “*Só tomo vacina para emagrecer*”; “*Ano passado tomei muita vacina*”. A história da imunização no Brasil percorreu um caminho bastante conflituoso, pela forma como a vacinação foi imposta a população ao longo dos tempos, como destaque a Revolta da Vacina, no início do Século XX, favorecendo a baixa adesão da sociedade naquela época. Atualmente a vacinação é feita por meio voluntário e opcional, diferente de sua origem, antes realizada por meio da força jurídica do Estado (Polícia Sanitária), contudo, ainda é possível observar heranças culturais transcendentais de anos e épocas, que podem justificar a baixa procura às campanhas de vacinação. Já tem uma comprovação da eficácia das vacinas, além de representar um grande avanço para a saúde pública, a população adulta enumera diversas desculpas/motivos sem fundamentação ou com fundamentação para não adesão, entre elas: Falta de conhecimento a respeito da vacina; Condição social; Medo e insegurança; Efeitos colaterais e adversos; “Falta de tempo”; Crenças e valores; Veracidade e eficácia da vacina, além do trauma de criança. **Conclusão:** Cabe aos profissionais de Enfermagem implementarem ações de saúde e apresentá-las a população enfatizando a importância e a necessidade de manter atualizado o cartão vacinal, como forma de prevenção de doenças que muitas das vezes letais.

SIMULAÇÃO BASEADA EM VÍDEOS INTERATIVOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Carolina de Freitas Cortes¹; Nathalia Amado da Silva Medeiros²; Patrícia Costa dos Santos da Silva³.

¹Graduanda do curso de Enfermagem – UFU. E-mail: caarolfcortes@gmail.com;

²Graduanda do curso de Enfermagem - UFU;

³Doutora em Ciências da Saúde pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Docente do Curso de Enfermagem da UFU;

Introdução: A difusão da tecnologia e da informática desencadeou iniciativas para o desenvolvimento de ferramentas de ensino mais arrojadas e que possibilitem desenvolver a autonomia individual, proporcionando a interdependência e a transdisciplinaridade. O uso de ferramentas virtuais no ensino da enfermagem justifica-se pela informação complexa e em grande quantidade que precisa ser utilizada nos processos de tomada de decisão, bem como pela possibilidade que essas ferramentas possuem sob novas maneiras de material didático, que incluem arquivos de som, imagem e simulação baseada em vídeo interativos(1). **Objetivo:** Nesse sentido o presente estudo tem como objetivo descrever a experiência de duas discentes e de um docente de uma universidade pública localizada no interior do estado de Minas Gerais, com a construção de um cenário para simulação clínica em enfermagem. **Material e método:** Foi aprovado o projeto de extensão para a construção de vídeos de simulação de situações realísticas, que serão utilizados na disciplina de Sistematização da Assistência de Enfermagem. O processo de construção do cenário se iniciou a partir de uma revisão integrativa sobre as etapas e os componentes necessários para elaboração de um cenário para simulação clínica em enfermagem. A partir disso, foi construído um caso clínico fictício e por meio dele foram desenvolvidas as cenas, utilizando as habilidades e as competências das discentes. **Resultados:** O objetivo estabelecido para a simulação foi que o enfermeiro pudesse realizar a sistematização da assistência de enfermagem ao paciente. Os autores do presente estudo apontam como dificuldades para a construção do cenário os seguintes aspectos: as limitações financeiras, o pouco contato dos discentes com essa metodologia e a necessidade de constante atualização sobre as novas tecnologias. Por outro lado, pode-se apontar como potencialidades: a simulação clínica possibilita aos discentes e profissionais executar a prática em diferentes cenários por meio de espaços seguros e protegidos. **Conclusão:** A construção de um cenário de simulação de clínica em enfermagem contribui de forma efetiva para o avanço da enfermagem e para a qualidade da assistência de enfermagem, pois amplia as chances de contato dos discentes e profissionais de enfermagem com diferentes realidades.

SEGURANÇA NO CÁLCULO E ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM CURSO DE CURTA DURAÇÃO PARA A ENFERMAGEM

Rayany Cristina de Souza¹, Dayane Aparecida Cândida Félix¹, Renata Lemos de Sousa Neto², Clesnan Mendes-Rodrigues³

¹Graduação em Enfermagem, UFU. Email: rayanycristinadesouza@gmail.com

²Enfermeira no Hospital de Clínicas de Uberlândia, UFU.

³Doutor em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais, Enfermeiro no HC-UFU.

Introdução: A administração de medicamentos consiste em um processo multi e interdisciplinar, que exige do profissional, responsável pelo ato de administrar, conhecimento variado, consistente e profundo, envolvendo os princípios da administração medicamentosa, ação, interações e efeitos colaterais. Nas instituições de saúde a equipe de enfermagem é responsável pela administração dos medicamentos aos clientes e por vezes depara-se, por exemplo, com situações cotidianas em que se apresentam dificuldades para com a realização dos cálculos pelo não domínio de questões matemáticas. **Objetivo:** Considerando as dificuldades apresentadas por profissionais da equipe de enfermagem do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU) relatada através de suas chefias ao setor de capacitação, Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem (CEPEPE), do referido hospital, surgiu a ideia de realização de um curso de curta duração que abordasse desde os princípios básicos da administração medicamentosa até os cálculos tidos como mais complexos, objetivando capacitar os profissionais da equipe de enfermagem através da capacitação em serviço e conjuntamente avaliar o conhecimento desses profissionais em relação ao cálculo e a administração segura de medicamentos. **Metodologia:** O curso foi oferecido pelo CEPEPE no período de 13 de abril a oito de maio de 2015, destinado à auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e estudantes, sendo ministrado ao longo de sete aulas ambas com duas horas de duração e mais seis horas aula cumpridas através de um trabalho complementar, perfazendo uma carga horária total de 20 horas de curso. Para avaliar o conhecimento foi aplicado um pré-teste no primeiro dia de curso e um pós-teste no último dia, ambos contendo seis questões de múltipla escolha. **Resultados:** Houve 22 inscritos no curso (19 profissionais e três estudantes), mas somente 13 (59,09%) participantes iniciaram o curso. O número de participantes foi decaindo ao longo das aulas, com queda na frequência de 9,79%, sendo que apenas cinco participantes concluíram a carga horária mínima de 12 horas (38,46%). Em média os alunos cumpriram 10,31 horas aula, variando de 2 a 20 horas aula. No pré-teste a média de acertos foi de 2,10 pontos, contra uma média de 5,33 pontos no pós-teste, sendo essa diferença significativa ($P=0,007$). O curso foi efetivo em transmitir o conhecimento sobre o tema, mas encontrou problemas na manutenção da frequência. O erro na administração de medicamentos é uma problemática vivenciada em muitas instituições de saúde, pesquisadores da área indicam a necessidade de capacitação do profissional como intervenção fundamental para a minimização de tais ocorrências. Embora a educação continuada mostre-se efetiva como estratégia para fomentar as ações de melhoria assistencial ainda são pouco discutidas na literatura metodologias que aumentem o comprometimento dos participantes com atividades educativas. **Conclusão:** Nossos resultados mostraram que o curso de curta duração foi efetivo em melhorar o conhecimento dos profissionais, apesar das baixas taxas de comparecimento e elevada desistência durante o curso.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES VÍTIMAS DE QUEIMADURAS ADMITIDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

Renata Oliveira Nunes¹; Zaira Bárbara da Silva²

¹Enfermeira, pós graduanda em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva pelo Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição (PUC de Goiás). E-mail: renataoliveiramg@yahoo.com.br

²Enfermeira, professora convidada da Universidade Nove de Julho e do Centro de Estudo em Enfermagem e Nutrição (PUC de Goiás), coordenadora do curso de enfermagem da Faculdade Anhanguera de São Bernardo do Campo (Anchieta), professora adjunta da Universidade Anhanguera de São Paulo - Campus ABC e membro da Comissão Própria de Avaliação (CPA) da Universidade Anhanguera de São Paulo.

Introdução: As queimaduras são consideradas lesões de pele causadas por agentes externos, que provocam destruição parcial ou total da mesma, em determinada extensão corporal, conseqüente de traumas radioativos, térmicos, químicos e elétricos. São vistas como principais causas de mortalidade e morbidade, sendo traumas de grande complexidade e de difícil tratamento, possuem caráter multidisciplinar e apresentam altas taxas de morbimortalidade, representando um grande problema de saúde pública. **Objetivo:** O presente estudo teve como objetivo investigar sobre o perfil epidemiológico dos pacientes vítimas de queimaduras que ficaram internados em Unidades de Terapia Intensiva. **Metodologia:** Foi realizado levantamento bibliográfico durante os meses de Janeiro a Setembro de 2016, através da pesquisa de publicações de periódicos brasileiros disponíveis nas bases de dados: SciELO, LILACS e MEDLINE, publicados no período de 2010 a 2015, com enfoque no tema em questão e investigação dos seguintes fatores: idade e sexo mais acometidos, motivo e agente causador da queimadura, porcentagem de área queimada e a prevalência de alta hospitalar ou óbito. **Resultados:** Como resultados, pode-se observar que adultos (19 a 59 anos) são vítimas de queimaduras com maior frequência e o sexo masculino é o mais acometido, a maioria das queimaduras ocorreu acidentalmente, tendo como agente causador predominante o álcool líquido, não foram obtidos dados referentes à porcentagem de área queimada e a alta hospitalar prevaleceu sob o óbito. **Conclusão:** Conclui-se que a maioria das queimaduras pode ser prevenida e que se torna necessário o desenvolvimento de mais estudos específicos sobre o perfil dos pacientes vítimas de queimaduras e a aplicação de programas de prevenção contínuos e efetivos, que possam alcançar lares, escolas e empresas, com o objetivo de reduzir os índices de queimaduras.

VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTO CONVERGENTE ENTRE MEDIDAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO COM MEDIDA DE ATIVAÇÃO EM SAÚDE

Eliana Borges Silva Pereira¹; Cristiane Martins Cunha²; Paulo Henrique Souto Pereira³; Clesnan Mendes-Rodrigues⁴; Ana Dalla Santana Lima⁵; Camila de Moraes Rodrigues⁵; Nadaby Maria de Jesus⁵; Duana Betina da Rocha⁵; Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁶

¹Pós-graduanda em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. E-mail: eborgespereira@yahoo.com.br.

²Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduando em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁶Enfermeira. Professora Associada em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo

Introdução: A ativação se refere ao conhecimento, à habilidade e à confiança do indivíduo para autogerenciar e desempenhar ativamente os cuidados relacionados à sua saúde, de acordo com o nível de capacidade percebida. Esse constructo pode ser mensurado usando a versão reduzida do *Patient Activation measure*. No entanto, é necessário que o instrumento seja válido para mensurar esse constructo. **Objetivo:** Avaliar a validade de constructo convergente do instrumento *Patient Activation measure* em uma população com doenças crônicas com medidas de ansiedade e depressão. **Metodologia:** Estudo metodológico e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “*Patient Activation Measure*” (PAM13) e a “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS) foram utilizadas na coleta dos dados. Foram usados a estatística descritiva e o teste de correlação de Pearson para calcular as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Os resultados mostraram que a maioria dos participantes foi do sexo feminino (62,0%), a média de idade foi 49,8 anos (DP=14,57; variação 18-80 anos). O tempo médio de ensino formal foi de oito anos (DP=4; variação 0-20 anos). Os participantes apresentaram diversificadas doenças crônicas e 75% haviam sido diagnosticados há mais de dois anos. A correlação entre os escores do PAM13 com as medidas de ansiedade e depressão foram de magnitude fraca e inversa ($r=-0,239$ e $r=-0,260$ respectivamente; $p<0,001$). **Conclusão:** Concluímos que o PAM13 apresenta validade de constructo convergente com as medidas de ansiedade e depressão, avaliado em indivíduos com doenças crônicas. O constructo ativação tem relação teórica com ansiedade e depressão, e essas variáveis devem ser levadas em conta na avaliação do autocuidado em saúde de indivíduos com doenças crônicas.

VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTO CONVERGENTE ENTRE MEDIDAS DE AUTOESTIMA E DE ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO COM MEDIDA DE ATIVAÇÃO EM SAÚDE

Eliana Borges Silva Pereira¹; Cristiane Martins Cunha²; Paulo Henrique Souto Pereira³; Clesnan Mendes-Rodrigues⁴; Ana Dalla Santana Lima⁵; Camila de Moraes Rodrigues⁵; Nadaby Maria de Jesus⁵; Duana Betina da Rocha⁵; Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁶

¹Pós-graduanda em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. E-mail: eborgespereira@yahoo.com.br.

²Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduando em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁶Enfermeira. Professora Associada em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

Introdução: A ativação se refere ao conhecimento, à habilidade e à confiança do indivíduo para autogerenciar e desempenhar ativamente os cuidados relacionados à sua saúde, de acordo com o nível de capacidade percebida. Esse constructo pode ser mensurado usando a versão reduzida do “*Patient Activation measure*”. No entanto, é necessário que o instrumento seja válido para mensurar esse constructo. **Objetivo:** Avaliar a validade de constructo convergente do instrumento *Patient Activation measure* em uma população com doenças crônicas com medidas de autoestima e estado de saúde percebido. **Metodologia:** Estudo metodológico e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “*Patient Activation Measure*” (PAM13), a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (EAER) e a Escala Visual analógica do EuroQol (EQ-EVA) foi utilizada na coleta dos dados. Foram usados a estatística descritiva e o teste de correlação de Pearson para calcular as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** A maioria dos participantes foi do sexo feminino (62,0%), a média de idade foi 49,8 anos (DP=14,57; variação 18-80 anos). O tempo médio de ensino formal foi de oito anos (DP=4; variação 0-20 anos). Os participantes apresentaram diversificadas doenças crônicas e 75% haviam sido diagnosticados há mais de dois anos. A correlação entre os escores do PAM13 com as medidas de autoestima e do estado de saúde percebido foram de magnitude fraca a moderada ($r=0,433$ e $r=0,177$, respectivamente; $p<0,001$). **Conclusão:** O PAM13 apresenta validade de constructo convergente com as medidas de autoestima e estado de saúde percebido, avaliado em indivíduos com doenças crônicas. O constructo ativação tem relação teórica com autoestima e estado de saúde percebido, e essas variáveis devem ser levadas em conta na avaliação do autocuidado em saúde de indivíduos com doenças crônicas.

CONFIABILIDADE DE UMA MEDIDA DE ATIVAÇÃO EM SAÚDE PARA USO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS

Paulo Henrique Souto Pereira¹; Cristiane Martins Cunha²; Eliana Borges Silva Pereira³; Clesnan Mendes-Rodrigues⁴; Ana Dalla Santana Lima⁵; Camila de Moraes Rodrigues⁵; Nadaby Maria de Jesus⁵; Duana Betina da Rocha⁵; Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁶

¹Pós-graduando em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. E-mail: paulinhohfg@htomail.com.

²Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduanda em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁶Enfermeira. Professora Associada em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo

Introdução: A ativação se refere ao conhecimento, à habilidade e à confiança do indivíduo para autogerenciar e desempenhar ativamente os cuidados relacionados à sua saúde, de acordo com o nível de capacidade percebida. Esse constructo pode ser mensurado usando a versão reduzida do “*Patient Activation measure*” (PAM13). No entanto, é necessário que o instrumento seja confiável para mensurar esse constructo.

Objetivo: Avaliar a confiabilidade do instrumento *Patient Activation measure* em uma população com doenças crônicas. Estudo metodológico. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “*Patient Activation Measure*” (PAM13) foi utilizada na coleta dos dados. Foi usado a estatística descritiva e o Coeficiente alfa de Cronbach e o coeficiente de correlação intratitem para calcular as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Os resultados mostraram que a maioria dos participantes foi do sexo feminino (62,0%), a média de idade foi 49,8 anos (DP=14,57; variação 18-80 anos). O tempo médio de ensino formal foi de oito anos (DP=4; variação 0-20 anos). Os participantes apresentaram diversificadas doenças crônicas e 75% haviam sido diagnosticados há mais de dois anos. A consistência interna do PAM13 foi de $\alpha = 0,83$ e a confiabilidade teste-reteste foi de fraca a moderada magnitude ($p < 0,05$). **Conclusão:** Concluímos que o PAM13 demonstrou ser confiável, com adequados valores de consistência interna e de coeficiente de correlação intraclasse. O PAM13 é uma ferramenta confiável para mensuração da ativação em indivíduos com doenças crônicas e pode ser utilizada pelos profissionais da enfermagem.

VALIDAÇÃO DE CONSTRUCTO POR GRUPOS CONHECIDOS ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS COM MEDIDA DE ATIVAÇÃO EM SAÚDE

Paulo Henrique Souto Pereira¹; Cristiane Martins Cunha²; Eliana Borges Silva Pereira³; Clesnan Mendes-Rodrigues⁴; Ana Dalla Santana Lima⁵; Camila de Moraes Rodrigues⁵; Nadaby Maria de Jesus⁵; Duana Betina da Rocha⁵; Rosana Aparecida Spadoti Dantas⁶

¹Pós-graduando em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. E-mail: paulinhohfg@htomail.com.

²Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduanda em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁶Enfermeira. Professora Associada em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo

Introdução: A ativação se refere ao conhecimento, à habilidade e à confiança do indivíduo para autogerenciar e desempenhar ativamente os cuidados relacionados à sua saúde, de acordo com o nível de capacidade percebida. Esse constructo pode ser mensurado usando a versão reduzida do *Patient Activation measure*. No entanto, é necessário que o instrumento seja válido para mensurar esse constructo. **Objetivo:** Avaliar a validade de constructo convergente do instrumento *Patient Activation measure* em uma população com doenças crônicas segundo a técnica de grupos conhecidos. **Metodologia:** Estudo metodológico e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “*Patient Activation Measure*” (PAM13) foram utilizadas na coleta dos dados. As variáveis avaliadas segundo os grupos conhecidos foram sexo, idade, renda, escolaridade, tempo de diagnóstico e número de comorbidades. Foi usado o teste de correlação de Pearson e o teste t e ANOVA para calcular as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** A maioria dos participantes foi do sexo feminino (62,0%), a média de idade foi 49,8 anos (DP=14,57; variação 18-80 anos). O tempo médio de ensino formal foi de oito anos (DP=4; variação 0-20 anos). Os participantes apresentaram diversificadas doenças crônicas e 75% haviam sido diagnosticados há mais de dois anos. Verificamos que nenhuma das variáveis apresentou diferença estatística entre os grupos conhecidos, no entanto a medida de ativação correlacionou-se fracamente apenas com a escolaridade e com o número de comorbidades ($r=0,114$ e $r=136$; $p<0,05$). **Conclusão:** O PAM13 não diferiu em nenhum dos grupos conhecidos, mas há fraca associação com a escolaridade e o número de comorbidades. O constructo ativação tem relação teórica com a escolaridade e com o número de comorbidades, e essas variáveis devem ser levadas em conta na avaliação do autocuidado em saúde de indivíduos com doenças crônicas.

A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL PÚBLICO MINEIRO A RESPEITO DO PARTO HUMANIZADO

Amanda Ramos Vieira¹; Lori Anisia Martins de Aquino².

¹Acadêmica Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (FAMED-UFU). E-mail: amandavieiraenf@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Educação. Docente da Graduação em Enfermagem (FAMED-UFU).

Introdução: O conceito de atenção humanizadora é amplo e envolve uma série de conhecimentos, práticas, atitudes, que visam à promoção do parto e nascimento de forma saudável, prevenindo a morbimortalidade materna e perinatal. Essa atenção tem início no pré-natal, se estendendo ao parto, nascimento, e puerpério (SOUZA; GAÍVA; MODES, 2011). O parto humanizado respeita o processo fisiológico e a dinâmica de cada mulher, evitando assim intervenções que sejam desnecessárias, danosas e dolorosas. Utiliza criteriosamente os recursos tecnológicos disponíveis com intuito de garantir a promoção da saúde da parturiente e do bebê (BRASIL, 2001). **Objetivo:** O estudo tem por objetivo compreender a percepção dos enfermeiros a respeito do parto humanizado, ou seja, identificar em qual tipo de parto é praticada a humanização do parto e nascimento; conhecer a concepção dos profissionais de Enfermagem sobre as ações que constituem a humanização do nascimento; e reconhecer as dificuldades vistas pelos profissionais de Enfermagem para realização do parto humanizado. **Metodologia:** A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e foi realizada seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, com abordagem quanti-qualitativa, realizada no centro obstétrico de um hospital público de Minas Gerais. A amostra foi composta por 7 enfermeiros que responderam um questionário. **Resultados:** Obteve-se que 100% dos enfermeiros participantes do estudo mencionaram que o parto humanizado é realizado “às vezes” no hospital estudado. Dentre as ações que os profissionais consideram humanizadas durante o trabalho de parto e nascimento foram destacadas: atendimento respeitoso e carinhoso com a parturiente (71,4%), presença do acompanhante durante o trabalho de parto (85,7%), entre outras. Em relação ao tipo de parto, 71,4% dos participantes afirmaram que realizam ações humanizadas no parto vaginal; e 85,7% dos enfermeiros consideram que praticam ações humanizadas em sua rotina de trabalho. Dentre essas ações rotineiras, os participantes destacaram: escuta, acolhimento e apoio a gestante e seus familiares (42,8%); orientar de maneira clara e objetiva sobre o trabalho de parto e nascimento (28,6%). Evidenciamos que 71,4% dos profissionais relataram que encontram dificuldades para implementar uma assistência humanizada e destacaram: falta de tempo devido a rotina de trabalho (71,4%); falta de profissionais qualificados (71,4%); falta de estrutura para realização da humanização (42,8%). Os participantes destacaram algumas sugestões para melhoria da humanização, tais como: melhorar a estrutura física do Centro Obstétrico e pré-parto (42,8%); promover capacitações para os profissionais com temáticas voltadas para o parto humanizado (14,3%). **Conclusão:** Portanto, evidenciamos que a humanização da assistência ao parto e nascimento, preconizada pelo Ministério da Saúde, sofre interferência de diversos fatores e dificuldades que impossibilitam a plena realização das ações que constituem a humanização. Acreditamos que enfermeiro tem um papel de grande importância durante a assistência ao parto e nascimento, por ser portador de competências, habilidades e conhecimento técnico científico indispensáveis para promover uma assistência de excelência.

Conhecimento das puérperas sobre as práticas assistenciais prestadas aos recém-nascidos

Claúdia Batista Alves¹; Juliana Gonçalves Silva de Mattos²; Douglas Pereira Castro³.

¹Enfermeira. Faculdade Cidade de Coromandel – FCC.

²Enfermeira. Mestre em Atenção à Saúde. Docente FCC. Email: juju_enf@hotmail.com

³Biólogo. Mestre em Promoção da saúde. Docente FCC.

Introdução: Muitas vezes as puérperas (PU) não se encontram preparadas para os cuidados com os recém-nascidos (RN), que envolvem diversas estigmas. **Objetivo:** Verificar a demanda dos cuidados com o RN entre PU. **Metodologia:** Pesquisa descritiva, quantitativa de delineamento transversal realizada com 14 PU maiores de 18 anos, cadastradas nas UBSF's do município de Coromandel-MG no período de Junho a Agosto de 2012, que tiveram filhos nos três meses anteriores, com um mínimo de cinco consultas de Pré-Natal (PN) no serviço público. Utilizou-se um roteiro específico elaborado a partir da literatura da área que compreendeu os dados sociodemográfico e clínicos das PU, os cuidados e as práticas cuidativas das PU com o RN. A análise foi feita com o auxílio do *software* SPSS 11.5. **Resultados:** A faixa etária das PU variou de 18 a 42 anos de idade, com predominância de 25 a 29 anos (28,5%), com média de 26 anos, mediana de 25 e desvio padrão de 6,4. Relataram possuir de 11 a 13 anos de estudo (50,0%), serem casadas (64,3%) com renda familiar mensal de um a três salários mínimos (57,1%). Foram primigestas entre 17 e 20 anos (57,1%), com dois partos até o momento (50,0%). Realizou-se de sete a nove consultas de PN (71,4%) com médicos das UBSF's. Os RN's representavam proporcionalmente os dois sexos (50,0%), sendo a termos (64,2%), com peso ao nascer entre 2,500 a 3,500 Kg (78,5%), com 40 a 49 cm (57,1%) e perímetro encefálico entre 30 a 35 cm (92,8%). Aos cuidados com os RN's, eles são posicionados em decúbito lateral (57,1%) no berço limpo, em ambientes seguros (100,0%), sempre acompanhados pela mãe, recebendo leite materno (78,5%) e água (85,7%). As eliminações intestinais são diárias (100,0%), pastosas (92,8%) e com odor característico (100,0%). Há micção com frequência, com urina límpida e odor característico (100,0%). Os RN's recebem banhos diários, ficam com fraldas limpas e secas, com roupas limpas e da estação (100,0%). Dormem mais de duas horas seguidas entre as mamadas (78,5%), ininterruptamente entre quatro e seis horas (85,2%) pelo menos uma vez ao dia. O coto umbilical apresenta-se limpo e seco, sendo o curativo realizado a cada troca de fraldas, com higienização e aplicação de álcool absoluto (100,0%), azeite e moedas (35,7%). Possuem todas as vacinas em dia (100,0%). As PU demonstram afeto pelos RN's, que ficam quietos e sem chorar no colo das mães (100,0%). Tomam o sol da manhã (35,7%) e não ficam com pessoas estranhas (100,0%). Recebem chupetas (57,1%) e há a estimulação dos pais aos cuidados com o RN (100,0%). Todas (100,0%) reconhecem a importância de levar o RN à UBSF. **Conclusão:** O RN necessita de cuidados e atenção específicos que possibilitem sua adaptação ao mundo exterior. Este estudo possuiu limitações. É necessário tempo e amostra maiores para se obter resultados mais fidedignos.

ULCERA POR PRESSÃO: ATUALIZAÇÃO DE CLASSIFICAÇÃO E NOMENCLATURA EM FERIDAS

Nicole Santa Cruz Simões¹; Artur Rodrigues Cunha²

¹Enfermeira do Complexo Hospitalar Santa Genoveva, graduada pela Universidade Federal de Uberlândia. Email-nicolesantacruz@gmail.com.

²Enfermeiro Residente da área de concentração Atenção em Oncologia do Programa de Residência Multiprofissional da FAMED – UFU de Uberlândia.

INTRODUÇÃO. De acordo com a *National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)*, lesão por pressão é um dano em pele ou tecidos moles subjacentes, algumas condições predispõem o seu aparecimento, são estas a pressão contínua sobre uma região, umidade, solução de continuidade na superfície cutânea, desnutrição, desidratação, má circulação sanguínea, emagrecimento e a presença de bactérias patogênicas, além do local poder apresentar eritema e a hipersensibilidade, o que é alertado pela reclamação do paciente de sensação de queimação no local. Sua classificação está dividida basicamente em quatro categorias: 1, 2, 3 e 4.**OBJETIVO.** Apresentar as mudanças propostas na classificação internacional de feridas.**METODOLOGIA.** Foi realizada uma revisão da atualização da *NPUAP* o qual apresenta alterações na classificação das feridas ocorridas por pressão.**RESULTADOS.** Dentre as alterações, a mudança na terminologia Úlcera por Pressão para Lesão por Pressão (LPP) e a atualização da nomenclatura das categorias do sistema de classificação, destacaram-se, uma vez que o novo termo abarca de maneira mais precisa esse tipo de lesão, tanto na pele intacta como na pele ulcerada, que corre como um resultado de intensa e/ou prolongada pressão ou pressão combinada com cisalhamento.Referente às classificações, as atualizações envolvem as quatro categorias que são: 1, em que a pele apresenta-se íntegra com eritema que não embranquece,2, há perda da pele em sua espessura parcial com exposição da derme, 3, perda da derme em sua espessura total com tecido gorduroso a vista, e 4, perda da pele em sua espessura total e perda tissular. Há outras categorias como a Lesão por Pressão Não Classificável devido à perda da pele em sua espessura total e perda tissular não visível, e a Lesão por Pressão Tissular Profunda, que integram a classificação. Houve o acréscimo das categorias: Lesão por Pressão Relacionada a Dispositivo Médico e Lesão por Pressão em Membrana Mucosa, e a padronização dos algarismos arábicos. O termo “suspeita”, antes utilizado como “suspeita de lesão tissular profunda”, foi retirado, permanecendo então “lesão tissular profunda”, e ao invés da utilização do termo estágio ou grau para classificar as LPP, utiliza-se categoria, mas entende-se que há familiaridade entre os termos, e o importante é que a descrição fique clara e compreensível.**CONCLUSÃO.** Essas mudanças influenciam positivamente a prática do cuidado de enfermagem e da equipe multiprofissional, melhorando a avaliação de cada paciente a partir do uso da terminologia correta e divulgação dessas informações, sendo assim, contribuindo para o processo formativo dos profissionais de saúde visto a recente mudança de nomenclatura.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO DE FLEBITES DE ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

Nicole Santa Cruz Simões¹; Arthur Rodrigues Cunha²

¹Enfermeira do Complexo Hospitalar Santa Genoveva, graduada pela Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: nicolesantacruz@gmail.com.

²Residente da Atenção em Oncologia da Universidade Federal de Uberlândia, Enfermeiro graduado pela Universidade Federal de Uberlândia.

INTRODUÇÃO. Os Cateteres Intravenosos Periféricos (CIPs) são de grande valia e muitas vezes indispensáveis para um bom tratamento clínico, sendo sua principal função a infusão de grandes volumes de líquidos, medicamentos e hemoderivados. No entanto, algumas complicações podem ocorrer durante sua permanência no paciente, como o hematoma, a infiltração, o extravasamento, a obstrução do cateter e a flebite. A flebite é um “processo inflamatório da camada íntima das veias causado por irritação mecânica, química ou infecções bacterianas, cujas manifestações podem incluir dor, edema, hiperemia local e calor.” Essa complicação pode ser reduzida através dos cuidados de enfermagem com esses dispositivos. **OBJETIVOS.** Identificar os principais fatores relacionados ao desenvolvimento da flebite e como a enfermagem pode cuidar para que essa complicação diminua. **METODOLOGIA.** O método escolhido foi a Revisão da Literatura e a coleta de dados se configurou na BVS (Biblioteca Virtual de Saúde) com os descritores Enfermagem, Flebite e Cuidados. Os critérios de inclusão foram a disponibilidade do artigo na íntegra em português, com livre acesso *on line* que correspondesse ao tema abordado. Foram obtidos 15 artigos sobre o tema, esses foram publicados entre 2011 e 2016. Utilizou-se as etapas: seleção do tema, critérios para a utilização da amostra, categorização dos estudos encontrados, análise dos dados e apresentação da revisão. **RESULTADOS.** A partir dos estudos lidos observou-se que em média de 26% dos sítios de inserção de CIP desenvolveram flebite, o que ultrapassa em 21% a porcentagem proposta pela INS americana. Visando diminuir essa incidência, a avaliação dos cuidados de Enfermagem com relação aos acessos venosos são importantes uma vez que esses cuidados podem ser classificadas como cuidado satisfatório, cuidado insatisfatório e cuidado muito insatisfatório, que tem como base a fixação do dispositivo, limpeza, dor, mobilidade e tempo de inserção. Além disso, a identificação dos graus de flebite pode ser de grande valia, para avaliação da qualidade do cuidado desses pacientes. Outras ações podem ser realizadas na prática como prevenção de flebite como a escolha de veias mais calibrosas ou utilização de acesso central para administração de soluções hipertônicas, rodízio a cada 72 horas do local puncionado, fixação adequada para prevenir irritação mecânica, punções realizadas por profissionais habilitados, higienização adequada das mãos, e troca dos frascos de soluções a cada 24 horas. **CONCLUSÃO.** A flebite é uma complicação recorrente nas unidades de internação clínica e pode ser minimizada com melhor observação das características do acesso venoso, cuidados com o curativo do acesso, higienização das mãos, rodízio de locais de punção após 72 horas, classificação do acesso e se necessário da flebite.

PERCEPÇÕES DE MULHERES PORTADORAS DE COLOSTOMIA

Fabiana Borges de Almeida¹; Daniela de Souza Ferreira².

¹Enfermeira. Graduada pelo Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – Unicerp.

²Enfermeira. Mestranda em Promoção de Saúde da Universidade de Franca. Docente do Curso de Enfermagem do UNICERP. Email: danienf_fmfm@hotmail.com

Introdução: A colostomia definitiva ou temporária é indicada em doenças que acometem o funcionamento intestinal. O uso da bolsa de colostomia pode ocasionar aos pacientes desconfortos físicos, mudanças sociais e psíquicas. **Objetivo:** O estudo teve como objetivos conhecer a percepção das mulheres após a inserção de colostomia, identificar as mudanças ocorridas nas atividades cotidianas, na alimentação, no lazer, na atividade profissional, conhecer as dificuldades da mulher para seu autocuidado, bem como identificar os sentimentos da mulher colostomizada. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, exploratória e descritiva, realizado no município de Patrocínio- MG. Participaram do estudo 8 mulheres que fazem uso de bolsa de colostomia, cadastradas na unidade de referência deste município. Para coleta de dados foi utilizada entrevista com roteiro semiestruturado. A análise de dados se deu por meio de análise de conteúdo. **Resultados:** Os resultados mostraram que a média de idade das participantes é de 68 anos; 37,5% são viúvas, 62,5% são casadas e quanto ao grau de escolaridade refletiu-se baixa escolaridade entre as participantes. 75% fazem uso de colostomia provisória sendo que o predomínio entre as pacientes que fazem uso da bolsa foi de até 5 anos. Da análise de dados emergiram as seguintes categorias: conhecimento sobre colostomia; sentimentos vivenciados, mudanças nos hábitos de vida e dificuldades encontradas. Foi possível reconhecer que houve mudanças na alimentação e no modo de se vestir. Em relação a alimentação os relatos indicam que não há ingestão de refrigerantes e alimentos como: mandioca, farinha, doces, incluindo frituras. Quanto ao modo de se vestir, relatam que preferem roupas mais largas, de malha e não usam mais calças. Também ocorreram dificuldades no convívio social, lazer e trabalho doméstico. Em relação ao convívio social e lazer, os relatos indicam que elas preferem não estar em agrupamento de pessoas e festas, e também preferem ficar em casa do que sair pra caminhar ou passear. Quanto ao trabalho doméstico, relatam que alguém faz o serviço mais pesado da casa como lavar roupas e lavar a casa. O medo de manusear o estoma foi a principal dificuldade encontrada entre as participantes para seu autocuidado. Foi possível observar uma gama de sentimentos para com a colostomia, tanto de negação, até a aceitação com o tempo, sabendo que é necessário ficar com a bolsa, ansiedade para fazer a cirurgia de reversão do intestino, juntamente com o medo da recidiva da doença após a cirurgia. **Considerações finais** Ressalta-se a importância da implementação de ações de enfermagem, para os pacientes colostomizados, para melhor aceitação das alterações causadas e para melhor qualidade de vida. Faz-se necessário o desenvolvimento do trabalho em equipe, pois o processo de aceitação da pessoa colostomizada é complexo e exige a participação de de uma equipe multiprofissional.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL - ATENÇÃO AO IDOSO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO E DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Deborah Cristina Silva Maia¹; Jordana de Almeida Andrade².

¹Enfermeira graduada na UFU, Pós Graduação – MBA em Gestão de Saúde, Saúde Pública e da Família, Saúde do Idoso. Atua na Saúde Pública – UBSF em Uberlândia. Email: deborah_cris007@hotmail.com.

²Acadêmica do Curso de Nutrição - UFU.

INTRODUÇÃO: O aumento da população idosa desperta interesse e preocupação com o planejamento de políticas públicas voltadas para a alimentação saudável, sendo que as alterações do estado nutricional são relacionadas com sérios agravos para a saúde dos idosos. **OBJETIVO:** Descrever os principais métodos de avaliação do estado nutricional em idosos, discutindo a contribuição da nutrição na qualidade de vida destes indivíduos e de que forma ela pode influenciar para uma velhice mais saudável. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão sistemática de literatura na base de dados MEDLINE e na biblioteca virtual Scielo. Foram analisados aspectos associativos entre as alterações fisiológicas, processos patológicos e situações individuais que ocorrem com o envelhecimento, que geralmente interferem no estado nutricional do indivíduo idoso. **RESULTADOS:** Os resultados indicam um quadro preocupante de alterações nutricionais em idosos no Brasil. A má nutrição que ocorre no idoso pode ser devida às alterações fisiológicas do envelhecimento, às condições sócio-econômicas, às doenças e à interação entre nutrientes e medicamentos. Os resultados encontrados mostraram a ocorrência de importantes prevalências de inadequação do estado nutricional na população idosa indicando a necessidade de criar um instrumento de monitoramento da situação nutricional sugerindo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional para este grupo etário. **CONCLUSÃO:** O rápido crescimento previsto para a população idosa, nas próximas décadas, indica a necessidade de se estimular o estudo das alterações orgânicas na terceira idade. A avaliação do estado nutricional do idoso é considerada complexa em razão da influência de uma série de fatores, os quais necessitam ser investigados, detalhadamente, visando diagnóstico nutricional que possibilite intervenção adequada. Assim, avaliar e promover a saúde do idoso significa considerar variáveis de distintos campos do saber, numa atuação interdisciplinar e multidimensional.

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL: CONCEPÇÕES E PRÁTICAS DO ENFERMEIRO AO LIDAR COM ATIVIDADES MULTIPROFISSIONAIS VISANDO A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Deborah Cristina Silva Maia¹; Jordana de Almeida Andrade².

¹Enfermeira graduada na UFU, Pós Graduação – MBA em Gestão de Saúde, Saúde Pública e da Família, Saúde do Idoso. Atua na Saúde Pública – UBSF em Uberlândia. Email: deborah_cris007@hotmail.com.

² Acadêmica do Curso de Nutrição - UFU.

Introdução: O envelhecimento é um fenômeno complexo e variável, sendo o seu estudo realizado sob uma perspectiva interdisciplinar. Os benefícios que estão associados com a atividade física regular proporcionam uma vida independente, melhora na qualidade de vida e capacidade funcional durante o envelhecimento. **Objetivo:** Apresentar e avaliar os conhecimentos atuais sobre o papel da atividade física e a qualidade de vida dos idosos na atenção primária, destacando a promoção da saúde e prevenção de doenças realizadas por uma equipe multiprofissional. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática de literatura na base de dados MEDLINE e na biblioteca virtual Scielo. Foram analisados aspectos associativos entre a prática de atividades físicas e o envelhecimento visando à qualidade de vida. Evidências científicas indicam claramente que a participação em programas de atividades físicas é uma forma independente para reduzir e/ou prevenir uma série de declínios funcionais associados com o envelhecimento. **Resultado:** Muitos estudos sugerem uma relação de associação entre a prática de atividades físicas e a independência funcional em idosos, sendo que a adoção de um estilo de vida ativo é uma estratégia simples e eficaz para diminuir custos e aumentar qualidade de vida entre eles. **Conclusão:** A literatura científica sustenta os efeitos benéficos da atividade física e do exercício em pessoas idosas. Um dos desafios dos profissionais de saúde, principalmente na atenção primária, é aprender a trabalhar de forma interacional e integrada na prevenção e tratamento da incapacidade funcional em idosos.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO OPERATIVO DE IDOSOS NA ATENÇÃO BÁSICA: VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE AO TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Amanda Ramos Vieira¹; Andressa Cristina Mendonça¹; Artur Rodrigues Cunha²; Cibelly Ramos³; Emanuela Alves Martins⁴; Lígia Carolina Borges Faria⁵; Maria Tereza Melo Aguiar⁶; Mariana Silva e Nunes França⁷.

¹Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU.

²Enfermeiro, Residente. Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

³Dentista, Residente. Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁴Assistente Social, Residente, Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁵Psicóloga residente. Residência Multiprofissional FAMED – UFU.

⁶Enfermeira UBSF do Custódio Pereira.

⁷Enfermeira UBS do Custódio Pereira. E-mail. mariananunes.enf@hotmail.com

Introdução: Muitos idosos se sentem sozinhos, abandonados, com baixa autoestima e para além disso, também apresentam dores físicas que os impossibilitavam de realizar atividades comuns da vida diária, entre outros sintomas. **Objetivo:** O objetivo deste relato é apresentar a vivência do enfermeiro frente ao trabalho multiprofissional em rodas de conversas com um grupo de idosos de uma Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF. **Descrição de Caso:** Este trabalho trata-se de um relato de experiência no campo de prática da Unidade Básica de Saúde da Família - UBSF do bairro Custódio Pereira, na cidade de Uberlândia – MG. A equipe que coordena o grupo é composta por residentes multiprofissionais sendo enfermeiro, psicólogo, assistente social, dentista e demais profissionais locados no serviço. As reuniões aconteceram quinzenalmente com duração mínima de 30 minutos e no máximo 60 minutos, com abordagem de temas referentes à saúde integral dos idosos. O objetivo do grupo de idosos foi oportunizar momentos de diálogo, troca de experiências, entretenimento, convivência e fortalecimento de vínculos. A participação oscilava entre 3 a 6 idosos por encontro e os temas já abordados foram: Turismo na 3ª Idade – Direitos da pessoa idosa; Fases da velhice, novas descobertas e desafios; Riscos de Quedas; Dinâmica sobre a redescoberta na terceira idade; Polifármacos e os seus riscos no uso inadequado; Aspectos positivos e possíveis fatores negativos no processo do envelhecimento; Diretos dos idosos e o processo de envelhecer; Qualidade de vida; Orientações sobre o Alzheimer; Alimentação saudável e orientações sobre o colesterol. Nas reuniões os idosos se apresentavam atentos, interessados pelos temas, participativos, sensibilizados com algumas colocações. Quando eram abordados temas com o tocante ao passado, alguns idosos se apresentavam entristecidos, refletiam e expunham vivências e experiências que marcaram as suas histórias de vida, outros relatam alívio ao verbalizarem algumas falas ou escutarem outros relatos. Alguns esquecem um pouco dos problemas da vida e frustrações. A oscilação nas reuniões provém de fatores inerentes a vontade dos idosos, como algum familiar hospitalizado, ocupações e compromissos de última hora. **Conclusão:** Entende-se que o grupo é uma troca de experiência transversal, e que a execução dos grupos reflete na vivência, qualidade de vida e forma positiva de enfrentamento no processo de envelhecimento e o compartilhamento desta vivência oportuniza a replicação da boa prática. O enfermeiro enquanto protagonista, precisa ficar atento e participativo destas ações visto que o trabalho coletivo abrange maior número de idosos, muitos se sentem acolhidos em grupos para expressar suas dificuldades, problemas de saúde e se espelham no discurso do outro.

SITUAÇÃO VACINAL DE LACTENTES PREMATUROS NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA EM 2016

Poliana Castro de Resende Bonati¹; Fernanda Nascimento Alves²; Viviane Amorim da Silva Pamplona³; Angela Maria de Menezes Barroso⁴; Clesnan Mendes-Rodrigues⁵; Rosana Gervásio da Silva Franco⁶; Paula Carolina Bejo Wolkers⁷.

¹ Enfermeira Mestre do do Programa de Imunização de Uberlândia- MG

² Enfermeira Residente no Programa Multiprofissional de Saúde da Criança, E-mail: fer.alves-1993@hotmail.com

³ Enfermeira coordenadora do Ambulatório de Pediatria do HC-UFU

⁴ Enfermeira Coordenadora do Programa de Imunização de Uberlândia- MG

⁵ Enfermeiro Doutor do Centro de Educação e Pesquisa em Enfermagem do HC-UFU

⁶ Enfermeira Coordenadora de Vigilância em Saúde da Superintendência Regional de Saúde de Uberlândia

⁷ Enfermeira Doutora do ambulatório de pediatria do HC-UFU

Introdução: Estima-se que anualmente quatro milhões de crianças morrem por doenças imunopreveníveis em todo o mundo, das quais dois milhões e duzentas mil estão entre um e seis meses de idade. Neste contexto, ressalta-se que crianças prematuras são mais vulneráveis a infecções em geral, com maior frequência e gravidade. O Programa Nacional de Imunizações (PNI) é universal e gratuito, foi instituído em 1979, contribuindo para a redução das desigualdades sociais e regionais ao viabilizar a vacinação para todas as crianças. O PNI estabeleceu como meta cobertura vacinal maior ou igual a 95,0% para a maioria das vacinas. **Objetivo:** Verificar situação vacinal das crianças prematuras nascidas com idade gestacional menor de 37 semanas, no período de janeiro a agosto de 2016 no município de Uberlândia-MG. **Metodologia:** Este é um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado no município de Uberlândia em 2016. Os dados foram fornecidos pela Superintendência Regional de Saúde, provenientes do Sistema Nacional de Nascidos Vivos do município de Uberlândia, totalizando um número de 475 recém-nascidos prematuros que residem em Uberlândia. Após cálculo amostral verificou-se a situação vacinal de 247 lactentes prematuros aleatoriamente através do registro no Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização- SIPNI. O SIPNI é um sistema nacional utilizado pelos serviços públicos e particulares. **Resultados:** Considerando as vacinas indicadas para cada idade foram identificados 84 (34%) cartões com esquemas vacinais incompletos ou atrasados e 163 (66%) atualizados. **Conclusões:** Os registros mostram que a cobertura vacinal neste grupo de risco está abaixo do esperado considerando os critérios estabelecidos pelo PNI. A baixa cobertura vacinal pode ser explicada em virtude do desabastecimento nacional e internacional da vacina DTP acelular infantil desde junho de 2015, indicadas pelo Ministério da Saúde a crianças prematuras, devido essa falta o Ministério da Saúde recomendou substituir pela vacina pentavalente sob recomendação médica. Podem também ter ocorrido falhas nos registros das vacinações no SIPNI. Este resultado é preocupante para a saúde pública do município e contribui como um alerta aos profissionais de saúde para que criem estratégias que visem alcançar melhores níveis de coberturas, como também aos gestores para que estabeleçam prioridades e elaborem políticas, fluxos e protocolos para que não falem vacinas a essa população de risco e para que haja maior adesão destes às vacinas. Vários fatores podem estar envolvidos nas causas dessa baixa cobertura é necessário mais estudos para identificá-los.

INTERVENÇÕES DE CURTA DURAÇÃO EM EDUCAÇÃO CONTINUADA NA VISÃO DE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Dayane Aparecida Cândida Félix¹; Rayany Cristina de Souza¹; Renata Lemos de Sousa Neto²; Clesnan Mendes-Rodrigues³.

¹Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Uberlândia.

²Enfermeira no Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia.

³Doutor em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais, Enfermeiro no HC UFU.

Introdução: A Educação Continuada é definida como um conjunto de atividades com finalidade educativa que se mantém no tempo. No contexto hospitalar, ela busca a atualização profissional, com sua participação no cotidiano da instituição e dos profissionais. É um ponto importante para a qualidade da assistência de enfermagem, pois contribui como atualização técnico-científica, proporcionando ao profissional um olhar reflexivo da profissão, de suas técnicas, da vivência do trabalho, da exposição das necessidades e problemas, e estimula a troca de experiências e a criação de novas práticas do saber, a partir do pensamento crítico gerado por esse processo, levando ao compromisso pessoal e profissional, tornando esse indivíduo capaz de transformar o meio em que está inserido. Intervenções de curta duração são necessárias no dia-a-dia institucional para fomentar a assistência ou reverter à ocorrência de eventos adversos ou não conformidades durante a assistência. **Objetivo:** Dessa forma objetivamos avaliar e discutir a realização de intervenções de curta duração em educação continuada de Enfermagem, na perspectiva dos acadêmicos de Enfermagem. A educação continuada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (UFU) fica a cargo do setor Centro de Pesquisa e Educação Permanente em Enfermagem, no qual há a inserção de acadêmicos de Enfermagem da UFU. Dentre as funções estabelecidas aos estagiários inclui-se o planejamento, elaboração e execução de cursos de capacitação profissional destinados a equipe de enfermagem. **Descrição de caso:** Ao longo de nossa vivência no setor tivemos a oportunidade de ministrar cinco cursos de curta duração com carga horária por curso variando de 30 min a 2 horas aula, sendo estes, Administração de Zidovudina Endovenoso; Administração de Enoxaparina Sódica; Segurança no Cálculo e Administração de Medicamentos; Cálculo e Administração de Medicamentos - Rediluição Pediátrica; e Acesso aos Procedimentos Operacionais Padrão - POPs. Percebemos durante o processo educativo dificuldades que iam desde o pensar e planejar o que seria o curso, a forma de abordagem até sua finalização. Ficou marcante a apreensão quanto à receptividade dos profissionais e a avaliação da ação pelos preceptores. Aspectos como a disjunção do conhecimento teórico com a experiência prática na temática também ficaram evidentes em alguns dos cursos, com necessidade de intervenções para sanar essas lacunas. No entanto as maiores dificuldades foram encontradas ao longo da realização das aulas, dentre estas a não adesão e comprometimento dos profissionais com os cursos, embora os fatores que levaram a isto não foram avaliados. **Conclusão:** Entendemos a capacitação em serviço e de curta duração como um facilitador das ações de educação continuada pelo fato de o profissional não necessitar dispor de seu tempo de descanso para a realização do mesmo, porém o fato de este se ausentar da assistência pode gerar alteração do ritmo do setor e causar uma sobrecarga dos demais profissionais. Intervenções rápidas em educação continuada parecem ser enriquecedoras do processo formativo do acadêmico, pelo confronto do conhecimento e da sua aplicação num contexto real.

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO E O GRAU DE ATIVAÇÃO DOS PACIENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS SEGUNDO O TEMPO DE DIAGNÓSTICO

Ana Dalla Santana Lima¹ ; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Camila de Moraes Rodrigues⁴; Nadaby Maria de Jesus⁴; Duana Betina da Rocha⁴; Cristiane Martins Cunha⁵.

¹Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia E-mail: ana_dalla7@hotmail.com

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

⁵Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: Está bem estabelecido na literatura que os constructos ansiedade e a depressão apresentam relação teórica inversa com o constructo ativação. Indivíduos com sintomas de ansiedade e a depressão tendem a realizar menos comportamentos saudáveis e espera-se que o tempo de diagnóstico possa influenciar nessas medidas.

Objetivo: Comparar a medida de ansiedade e a depressão e o grau de ativação segundo o tempo de diagnóstico de doença crônica. **Metodologia:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) e a “Patient Activation Measure” (PAM13) foram utilizadas na coleta dos dados. Foram usados os testes Mann Whitney e correlação de Spearman para avaliar as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultado:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). Verificamos que os escores obtidos pelo HADS ansiedade ($r = 0,065$; $p = 0,139$) e pelo HADS depressão ($r = 0,067$; $p = 0,132$) apresentaram correlações fracas com o tempo de diagnóstico (em anos); e em relação ao constructo ativação, as correlações também foram de fraca magnitude ($r = 0,125$; $p = 0,004$). No que se refere a diferença entre o tempo de diagnóstico em 2 grupos (de até 2 anos e mais de 2 anos de diagnóstico), não obtivemos diferenças estatísticas com as medidas de ansiedade ($p = 0,091$) e depressão ($p = 0,085$) e com a medida de ativação ($p = 0,468$). **Conclusão:** As medidas de ansiedade não se correlacionam com o tempo de diagnóstico e não houve diferença entre as medianas dos grupos avaliados. No que se refere à ativação, verificamos fraca correlação com o tempo de diagnóstico da doença crônica, mas na avaliação entre grupos, não houve diferença estatística. Contribuições/implicações para a Enfermagem: É necessário que o cuidado de enfermagem seja individualizado para todos os indivíduos com doenças crônicas, considerando o tempo de diagnóstico de doença crônica, a fim de melhorar a ativação desses indivíduos na autogestão da saúde. Descritores: ansiedade; depressão; ativação; doença crônica; tempo de diagnóstico.

ASSOCIAÇÃO ENTRE A AUTOESTIMA COM O NÚMERO DE COMORBIDADES E O TEMPO DE DIAGNÓSTICO DE DOENÇA CRÔNICA

Ana Dalla Santana Lima¹; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Camila de Moraes Rodrigues; Nadaby Maria de Jesus⁴; Duana Betina da Rocha⁴; Omar Pereira de Almeida Neto⁵; Cristiane Martins Cunha⁶.

¹Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: ana_dalla7@hotmail.com

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Professor Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás.

⁶Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: As doenças crônicas podem interferir na autoestima em razão de vários fatores, tais como alterações do estado emocional, desmotivação, sensação de inutilidade e insatisfação com a auto-imagem. O tempo de diagnóstico de doença crônica e o número de comorbidades podem influenciar diferentemente na autoestima desses indivíduos. **Objetivos:** Comparar a medida de autoestima segundo o tempo de diagnóstico de doença crônica e correlacionar a medida de autoestima com o número de comorbidades. **Metodologia:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “Escala de Autoestima de Rosenberg” (EAER) foi utilizada na coleta dos dados. Foram usados os testes Mann Whitney e o teste de correlação de Spearman para calcular as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). A maioria era do sexo feminino (62,0%) e 60,2% eram casados. Verificamos que não foi encontrado diferença estatística entre os escores de autoestima com o tempo de doença crônica (de até 2 anos de diagnóstico e mais de 2 anos) ($p=0,653$). Em relação às correlações, verificamos que os escores de autoestima apresentaram correlação de magnitude fraca, porém significativa com o número de comorbidades referidas ($r=0,230$; $p = <0,001$) e também com o tempo de doença crônica, mas sem significância estatística ($r = -0,019$; $p = 0,665$). **Conclusão:** não há diferença estatística entre a medida de autoestima com o tempo de diagnóstico. Existe uma correlação fraca entre a medida de autoestima com o número de comorbidades, mas não com o tempo de diagnóstico. Contribuições/implicações para a Enfermagem: É necessário que o cuidado de enfermagem seja individualizado para todos os indivíduos com doenças crônicas, levando-se em conta a autoestima do indivíduo, mas considerando, sobretudo, a presença de outras comorbidades. Descritores: autoestima; doença crônica; comorbidades; tempo de diagnóstico.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM TRAUMA CRÂNIO ENCEFÁLICO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: ABORDAGEM DO ENFERMEIRO

Daniella da Silva Pessoa¹; Zaira Bárbara de Souza²; Renatha Rodrigues Tavares³.

¹Graduação em enfermagem, pós-graduanda em Unidade de Terapia Intensiva. email: daniella_pessoa@hotmail.com

²Graduação em Enfermagem e Obstetrícia pela Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Guarulhos. Mestrado pela Universidade São Francisco. Coordenadora do curso de enfermagem da Faculdade Anhanguera de São Bernardo do Campo. Professor adjunto da Universidade Anhanguera de São Paulo - Campus ABC

³Graduação em enfermagem, pós-graduação em Saúde da Família

Introdução: Dentre a população em geral, o trauma se constitui em uma das principais causas de morte, sendo que na idade produtiva, aparece em primeiro lugar. Além do alto índice de mortalidade, o traumatismo crânioencefálico (TCE) é responsável por altos índices de incapacidade e invalidez. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo analisar os principais cuidados do enfermeiro prestados às vítimas de TCE a partir das dificuldades e dos questionamentos gerados quanto à melhor maneira de realização do processo de cuidar de enfermagem, assim como a identificação de novas maneiras e métodos para que a equipe de enfermagem faça um melhor atendimento à essas vítimas. **Metodologia:** A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica, com análise integrativa, visando fazer uma ilustração geral sobre o tema através de busca nas bases de dados. **Resultados:** Levando-se em consideração que o tratamento do TCE requer intervenções rápidas e direcionadas para que aumente a chance de sobrevivência e diminua as possíveis sequelas, que muitas das vezes são irreversíveis, é de grande importância a capacitação da equipe de enfermagem para que esses estejam aptos à prestar a assistência adequada a esse tipo de paciente, bem como conhecimento científico, intenso treinamento, competência clínica e habilidade. **Conclusão:** Este estudo possibilitou agrupar conhecimentos atuais e relevantes acerca do tema, de forma a oferecer subsídios para traçar diretrizes e elaborar protocolos de atendimento para reduzir o índice de morbidade e mortalidade.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO BÁSICA FRENTE A UM GRUPO OPERATIVO: GRUPO DE GESTANTES

Andressa Cristina Mendonça Araujo¹; Amanda Ramos Vieira²; Artur Rodrigues Ramos Cunha³; Cibelly Ramos⁴; Emanuela Alves Martins⁵; Larissa Peres⁶; Lígia Carolina Borges Faria⁷; Maria Tereza Melo Aguiar⁸.

¹Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU. E-mail: araujoandressa04@gmail.com

²Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU

³Enfermeiro, residente. Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁴Dentista, residente. Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁵Assistente, Social residente, Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁶Psicóloga residente. Residência Multiprofissional FAMED – UFU.

⁷Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU

⁸Enfermeira coordenadora da UBSF do Custódio Pereira.

INTRODUÇÃO: O enfermeiro na atenção básica tem um papel pertinente na promoção de saúde, uma vez que o esse porta de competências e habilidades para desenvolver estratégias que priorizem o atendimento integral. A realização de grupos operativos tem como intuito promover a educação continuada em saúde. Um dos grupos operativos que requer uma atenção especial são os grupos de gestantes que tem como objetivo minimizar as dúvidas, medos e anseios que as gestantes estão expostas durante o período gestacional, e ainda fortalece o vínculo entre o enfermeiro e cliente.

OBJETIVO: O objetivo deste relato é apresentar a importância do enfermeiro, através da realização do grupo operativo de gestante de uma Unidade Básica da Saúde da Família- UBSF.

METODOLOGIA: Trata-se de um relato de experiência sobre a vivência de acadêmicos de enfermagem no campo de prática da UBSF Custódio Pereira. As reuniões ocorrem em quinzenas com duração média de 2 horas, abordando diversas temáticas voltadas para a mulher e a gestação. O grupo propõe o entretenimento e a trocas de vivência e experiências entre as participantes e o enfermeiro. Durante os grupos as mulheres tem autonomia para expor e/ou relatar seus medos, dúvidas, e conhecimentos, e o enfermeiro atua na redução e esclarecimentos das mesmas.

RESULTADOS: No total 12 pessoas participaram do grupo sendo essas, acadêmicos de enfermagem, enfermeiro, agentes comunitários de saúde e gestantes. A temática abordada foi referente à "Diferentes tipos de partos", no qual foram expostas questões voltadas para o parto normal e parto cesárea mostrando suas vantagens e desvantagens edesmisticando as características de cada parto. Foi satisfatória a participação das gestantes presentes, uma vez que, houve interesse e envolvimento favorecendo a expansão de conhecimentos a cerca do tema e fortalecimento do vínculo e confiança entre gestantes e enfermeiro.

CONCLUSÃO: Acreditamos que a realização de grupos promove a troca de conhecimentos, vivências e experiências, fortalece na criação do elo entre gestantes e enfermeiro, além de ser um espaço de promoção de saúde que permite a educação continuada.

VULNERABILIDADES DE TRAVESTIS QUE TRABALHAM NO MERCADO DO SEXO: REVISÃO DE LITERATURA

Lauro Ricardo de Lima Santos¹; Ana Rosa Ribeiro Elias²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³.

¹Enfermeiro, mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia - MG.

²Enfermeira, mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia – MG e coordenadora da UBSF Bom Jesus 1 – Uberlândia – MG.

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

INTRODUÇÃO: A prostituição segue ao lado do desenvolvimento da humanidade, com as mais diversas considerações e especulações, sempre tendo uma forte associação à desonestidade, degradação e falta de autonomia em decorrência de preconceitos e estigmas. Estando presente em todas as épocas, da mais remota Antiguidade até hoje, nos mais diversos âmbitos sociais e geográficos. Hoje em dia, classifica-se prostituição como o ato de uma pessoa que faz sexo de forma impessoal, por uma determinada quantia de dinheiro ou troca-o por qualquer outro bem. Entende-se como travesti, qualquer pessoa que passa por processos cirúrgicos ou medicamentosos e usam adormentas do sexo oposto que ela nasceu. A prostituição para as travestis não é apenas um meio de obtenção de renda, mas também uma possibilidade de se integrar a sociedade, mostrar sua feminilidade e estabelecer relações sociais e afetivas, mesmo em situações vulneráveis. **OBJETIVO:** Realizar uma revisão de literatura sobre a vulnerabilidade que as travestis estão expostas trabalhando no mercado do sexo. **METODOLOGIA:** Este trabalho tem como metodologia, uma pesquisa descritiva, documental, de revisão de literatura do tipo narrativa. As bases de dados bibliográficas que foram consultadas para a discussão foram: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Libray On-Line), no período de maio a julho de 2016, em língua portuguesa, utilizando como palavras chave na busca: Travestismo, Prostituição, Vulnerabilidade. **RESULTADO:** Foram levantados inicialmente 82 artigos, 4 teses e dissertações, 2 capítulos de livros, e 3 outras fontes de pesquisa. Após a categorização e escolha dos artigos, foram analisados 5 textos completos. **CONCLUSÃO:** A prostituição além de ser um meio de sobrevivência para muitas travestis é um meio de buscar sentido para a vida. Que muda de acordo com a pessoa e a situação, visto que a existência de cada homem apresenta um caráter único e as situações em que estamos envolvidos são irrepetíveis. Tendo também as carências afetivas, traumas, ausência de apoio familiar como fatores psicológicos a influenciarem a iniciar no comércio sexual. A prostituição é, muitas vezes, a forma de sobrevivência e consumo. Rua e prostituição, além de estarem relacionadas às doenças infectocontagiosas de cunho sexual, denotam risco para diversos tipos de violência além de comorbidades psicobiológicas, tais como depressão, pânico e ansiedade, impactando a saúde pública. O processo de transformação das travestis se inicia com a ruptura do convívio familiar, onde a rua torna-se lar, na qual as travestis sobrevivem, aprendem e se potencializam. Desta forma, entre os inúmeros motivos que podem ser analisados, destacamos que as a mesmas se prostituem (ou são prostituídas?) por uma questão familiar e econômica, já que não veem outra alternativa, devido ao preconceito familiar e social.

POLÍTICAS SOCIAIS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA POPULAÇÃO LGBT: REVISÃO DE LITERATURA

Lauro Ricardo de Lima Santos¹; Ana Rosa Ribeiro Elias²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³.

¹Enfermeiro, mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia - MG.

²Enfermeira, mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia – MG e coordenadora da UBSF Bom Jesus 1 – Uberlândia – MG.

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

INTRODUÇÃO: Os preconceitos e discriminações assumem expressões diversas contra aqueles (as) que questionam a ordem sexual e de gênero, como lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais. Crescemos em um ambiente patriarcal que impossibilita a fluidez sexual, denotando um contexto onde há uma anormalidade se o indivíduo foge do padrão. O dito então “padrão” é expresso, em posição massiva, como heterossexual, na qual a sociedade em que vivemos impossibilita a variação sexual, impondo uma normalidade e anormalidade no que tange à sexualidade. O acesso à “saúde é um direito de todos e dever do estado”, sendo assim deveria haver uma integralidade, universalidade e equidade ao acesso à esta. Mas, devidos preconceitos e discriminações que estão arraigadas na nossa sociedade à comunidade LGBT fica alheia a este acesso. Como solução para tal problema de acessibilidade criam-se políticas públicas sociais para fortalecer e diminuir problemas com esta inserção ao cuidado desta população. **OBJETIVO:** Analisar na literatura as atuais políticas públicas sociais, com enfoque à população LGBT e avaliar sua aplicabilidade no cotidiano desta população. **METODOLOGIA:** O devido estudo tem um caráter metodológico de uma pesquisa descritiva, documental, de revisão de literatura do tipo narrativa. Foram consultadas as bases de dados de documentos relacionados à saúde: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Libray On-Line), no período de maio a agosto de 2016, em língua portuguesa, utilizando como palavras chave na busca: Política Social, Atenção à Saúde, Homossexualidade, Travestismo e Pessoas Transgênero. **RESULTADOS:** Foram levantados inicialmente 51 artigos, 2 teses e dissertações, 1 capítulo de livro e 4 outras fontes de pesquisa. Após a categorização e escolha dos artigos, foram analisados 4 textos completos. **CONCLUSÃO:** Ao analisarmos as atuais políticas sociais podemos concluir que há avanços na saúde direcionados à comunidade LGBT, principalmente no enfoque de combate à homofobia e de promoção da cidadania da população LGBT. Porém, a ausência de recursos jurídicos explícitos que legitime a formulação e a execução de políticas públicas voltadas à garantia da cidadania da população LGBT, os documentos que preveem ações e programas direcionados à população LGBT, nos três níveis de governo, geralmente assumem a forma de atos normativos secundários, oriundos do Poder Executivo, dotados de menor “força” normativa; os projetos de lei, em nível federal, dificilmente entram em discussão e votação, e recentemente com a tendência do aumento de projetos de leis que vetam os direitos aos LGBT. Sendo assim, podemos notar que há uma grande evolução na saúde da população LGBT, mas ainda é necessário um progresso no sentido assistencial, integração e implementação destas políticas.

O IMPACTO DO PROJETO DE EXTENSÃO: PRÁXIS DE IMUNIZAÇÃO – ATIVIDADE PRÁTICA DE VACINAÇÃO COM A COMUNIDADE ADULTA

Laura Silva Faria dos Anjos¹; Soiad Coimbra Martins Junior¹; Marlos Souza Vilela Junior²; Edilge Maria de Gouveia Cunha³; Elias José Oliveira⁴.

¹Acadêmico do Curso Graduação em Enfermagem – UFU, e-mail laurasilva_anjos@hotmail.com

²Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem – UFU

³Mestrado, Tec. Assuntos Educacionais em Imunologia e Parasitologia Aplicadas – UFU

⁴Doutorado, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem

Introdução - A atividade da Práxis impacta numa sociedade de forma a transformá-la para o melhor, e o elemento chave desta transformação é a ação efetiva do ser humano. Assim, escola de formação utiliza as formas das práxis para formar esse elemento transformador. Baseado nesta primícia foi implantado o projeto de extensão - Práxis de Imunização – Atividade Prática de Vacinação com a Comunidade Adulta, elaborado por professores da Universidade Federal de Uberlândia. **Objetivo:** Flexibilizar a rede de imunização da Rede de Frios da Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Uberlândia/MG. **Descrição do caso:** Através de contato do Setor de Imunização de Uberlândia, via e-mail e ou telefônico, é montado uma equipe de imunização, compostas de discentes e docentes do curso de graduação de Enfermagem – UFU, para deslocar até o local de solicitação, empresas e instituições, para atualização do cartão vacinal de seus colaboradores, com as seguintes vacinas: Hepatite B, dupla Adulto, Tríplice Viral, febre amarela e Influenza – caso disponível. O projeto possui 13 anos, desde a sua primeira campanha, em 2003, conta com a colaboração do Programa Municipal de Imunização da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Uberlândia. A participação dos discentes da graduação em Enfermagem é na forma voluntário e flexível em seus horários de disponibilidade, mas com requisito prévio de ter aprovação nos componentes curriculares de Fundamentos de Enfermagem e Saúde Coletiva ou similares. No período Março de 2015 a Setembro 2016, o projeto impactou de forma positiva em 320 alunos do curso de Enfermagem e Biomedicina, entre o 5º período ao 10º período, e já na população adulta do município de Uberlândia ultrapassam 25.000 pessoas atendidas, representando 4,0% da população geral, entre crianças, adolescentes, adultos e idosos. Empresas atendidas: Algar, Martins Distribuição, Lojas Americanas Distribuidora, Bretas, Polícia Federal, Polícia Civil, Ministério Público Federal, Fórum, Juizado Especial, Secretaria de Estado da Educação, Empresas de Construção Civil, Escolas Especiais de Uberlândia, MGO Rodovias, Oficina Mecânica Wegas, Correios, Hospital Universitário Veterinário- UFU, Hospital do Câncer, 36º Batalhão do Exército de Infantaria Motorizada, Hotéis e Unidades Básicas de Saúde. Além disso, os alunos conseguem inter-relacionar a teoria com a prática, deixando assim o currículo harmonioso de forma integrativa. **Conclusão:** o projeto tem grande importância para os alunos, pois, é através dele que muitas vezes os acadêmicos têm o primeiro contato com as práticas em administração de medicamentos Intramuscular, subcutânea, Intradérmica e coleta de Sangue, além do contato com a rotina de uma campanha de imunização, o que facilita a fixação do conteúdo teórico ministrado em sala pelos docentes e oferecendo segurança para sua formação para o mercado de trabalho.

AÇÕES PREVENTIVAS DE ENFERMAGEM NO GRUPO DE APOIO AO TABAGISTA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Kariny Naves de Oliveira¹; Fernanda Vieira da Mota²; Luiz Heleno Ribeiro Delgado³.

¹Acadêmica Graduação de Enfermagem pela UFU, e-mail: k_riny@hotmail.com

² Enfermeira de Estratégia da Saúde da Família na UBSF Morumbi V do Município de Uberlândia – MG, Docente do Curso Técnico de Enfermagem no Colégio Profissional.

³ Mestre, Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED - UFU.

Introdução: O tabagismo é um problema mundial associado a diversos acometimentos no que tange a saúde, não só por aqueles que fazem o uso deste, como também dos indivíduos que convivem no mesmo meio que o fumante. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera o controle do tabagismo um dos enormes desafios na saúde pública. No Brasil, como forma de promover a saúde, gerir e controlar o tabagismo, o Ministério da Saúde e o Instituto Nacional do Câncer (INCA), vem propondo ações que compõem o Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), tendo como objetivo reduzir a prevalência de fumantes e consequente morbimortalidade relacionada ao consumo de derivados do tabaco, através de ações educativas, de comunicação, de atenção à saúde, associadas às medidas legislativas e econômicas. Os enfermeiros em conjunto com a equipe multidisciplinar das unidades básicas de saúde têm papel essencial na conscientização e informação quanto aos malefícios do tabaco, sendo primordial a criação de intervenções que viabilizem a realização de ações preventivas nesse âmbito. **Objetivo:** Descrever o funcionamento do Grupo de Apoio aos Tabagistas na presença da equipe multiprofissional bem como as intervenções realizadas e resultados que vem sendo obtidos na prevenção, tratamento e cuidado ao tabagista e seus familiares. **Descrição de Caso:** Consiste em um relato de experiência da acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, com a finalidade de analisar os dados obtidos, buscar referências bibliográficas e traçar objetivos e intervenções que possam ser somadas às já instituídas como forma de aperfeiçoamento e aumento de resultados. O grupo tem como condutor a Assistente Social do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em conjunto com a Enfermeira de Estratégia de Saúde da Família, com média de 15 participantes em cada reunião quinzenalmente realizada. Durante a reunião são realizadas conscientizações quanto aos prejuízos e malefícios do tabaco, os problemas de saúde que podem acarretar e/ou agravar devido uso prolongado do mesmo, os riscos à saúde dos familiares que convivem sob a fumaça diária emitida pelo tabaco e os possíveis tratamentos que são proporcionados pelo SUS na Unidade Básica de Saúde da Família. **Conclusão:** Em suma, para os pacientes que fazem uso superior a dez cigarros ao dia, o tratamento adequado consiste nos adesivos de nicotina durante dez semanas, associados ou não, à goma de mascar e o Bupropiona (BUP). Para aqueles indivíduos que fazem uso inferior a dez cigarros ao dia, o tratamento é similar ao anterior, porém com dosagem de nicotina e tempo de utilização do adesivo com duração de quatro semanas. Todavia, um menor número de pacientes opta por tentar interromper o uso do tabaco através da mudança de hábitos, técnicas caseiras associados à força de vontade. Nestes casos, observou-se que, no período de um ano de acompanhamento com a equipe multiprofissional, a cessação do tabagismo foi em média 75%. Considera-se ex tabagista aquele indivíduo que está há um ano sem o uso do tabaco, recebendo alta do grupo de apoio, contudo a necessidade da vigilância e do autocontrole são contínuos.

AVALIAÇÃO DAS ALTERAÇÕES DO ELETROCARDIOGRAMA EM PACIENTES ACOMETIDOS COM A SÍNDROME DE TAKOTSUBO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Kariny Naves de Oliveira¹; Lauro Ricardo de Lima Santos²; Ricardo Gonçalves de Holanda³.

¹Graduanda no Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, E-mail: k_riny@hotmail.com

²Mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia.

³Mestre, Docente da Escola Técnica de Saúde – ESTES – UFU.

Introdução: A Síndrome de Takotsubo é uma patologia rara, descoberta no início dos anos 90 no Japão. Recebeu a nomenclatura Takotsubo pela similaridade assumida pelo ventrículo esquerdo durante a sístole, como um jarro japonês utilizado para a captura de polvos, o “Tako-tsubo”. Pouco ainda se sabe sobre sua etiologia uma vez que ela pode ser desencadeada por diversos fatores, sendo o estresse físico, psicológico ou ambos como um fator predisponente. O eletrocardiograma é considerado um dos melhores métodos de diagnóstico não invasivo das arritmias e distúrbios de condução elétrica do coração, além de ser muito importante na investigação de quadros isquêmicos coronarianos. **Objetivo:** O presente estudo pretende levantar na literatura estudos que caracterizem as alterações do eletrocardiograma de pacientes acometidos com a Síndrome de Takotsubo. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores: Takotsubo Cardiomyopathy/ Cardiomiopatia de Takotsubo, Eletrocardiography/ Eletrocardiografia, Left Ventricular Dysfunction/ Disfunção Ventricular Esquerda interligados pelo operador booleano AND nas bases de dados PUBMED (US National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos artigos publicados entre 2010-2015, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês e que respondessem à pergunta principal deste estudo. **Resultados:** Foram encontrados 219 artigos, porém, aplicando-se critérios de inclusão e exclusão, apenas 4 artigos compuseram esta revisão integrativa, sendo 2 na base PUBMED, 1 LILACS e 1 SCIELO. Com base nos anos de publicação, constatou-se que o ano em que tiveram mais publicações foi 2012 (n= 2). As metodologias propostas foram estudos prospectivos e estudos de caso. **Conclusão:** Em resumo, foi possível observar que as alterações eletrocardiográficas se mantêm fiéis na grande maioria dos pacientes analisados, com predominância do supradesnivelamento do segmento ST em todas as derivações cardíacas, com exceção da aVR; ondas T invertidas; intervalos QT prolongados e ondas Q proeminentes. Em uma minoria de pacientes não se observam tais alterações. Portanto, a patologia descrita através da revisão integrativa, merece o envolvimento dos profissionais da área da cardiologia para melhor investigação no diagnóstico diferencial da síndrome coronariana aguda, não utilizando somente o eletrocardiograma, mas também exames adicionais como a angiocoronariografia.

GRAU DE ATIVAÇÃO DOS PACIENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS SEGUNDO O TIPO E O TEMPO DE DIAGNÓSTICO

Duana Betina da Rocha¹; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Ana Dalla Santana Lima⁴; Camila de Moraes Rodrigues⁴; Nadaby Maria de Jesus⁴; Cristiane Martins Cunha⁵

¹Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: A ativação se refere ao conhecimento, à habilidade e à confiança do indivíduo para autogerenciar e desempenhar ativamente os cuidados relacionados à sua saúde. Diferentes tipos de doenças crônicas e o tempo de diagnóstico podem repercutir em variação nos níveis de ativação. **Objetivos:** Descrever as medidas de ativação de indivíduos com doenças crônicas segundo o tipo de diagnóstico de doença crônica e correlacionar os escores de ativação com o tempo de diagnóstico. **Descrição metodológica:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “Patient Activation Measure” (PAM13) foi utilizada na coleta dos dados. Foi usado a estatística descritiva e o teste de correlação de Spearman para calcular as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). Os escores das medidas de ativação segundo o tipo de doença crônica foram: Artrite Reumatóide ($x=38,14$; $DP=5,02$), Lúpus eritematoso sistêmico ($x=39,57$; $DP=4,62$), Câncer ($x=38,10$; $DP = 4,95$), HIV ($x=41,16$; $DP = 5,39$), Diabetes mellitus ($x=39,06$; $DP=5,82$), Obesidade ($x=37,80$; $DP=4,67$), Insuficiência renal crônica ($x=35,54$. $DP=5,46$), Insuficiência cardíaca ($x=34,93$; $DP = 5,50$), Hipertensão arterial sistêmica ($x=38,49$; $DP=5,96$), Doença de Chron ($x=36,50$; $DP=4,91$), Retocolite ulcerativa ($x=35,08$; $DP=5,15$) e Insuficiência coronariana ($x= 48,0$; $DP = 37,02$); com diferenças entre eles ($p<0,001$). Verificamos correlações fracas entre essas medidas de ativação com o tempo de diagnóstico da doença crônica (em anos) ($r = 0,061$; $p = 0,170$), e quando dicotomizado para o tempo de diagnóstico (até 2 anos e mais de 2 anos) não houve diferenças estatisticamente significantes ($p=0,468$). **Conclusão:** Os escores de ativação apresentaram diferenças estatísticas conforme o tipo de doença crônica, no entanto, o tempo de diagnóstico da doença crônica não apresentou diferença entre os grupos avaliados. **Contribuições / implicações para a Enfermagem:** O cuidado de enfermagem deve ser individualizado para a diversidade da doença crônica, estimulando-o à autogestão em saúde.

ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E O GRAU DE ATIVAÇÃO DOS PACIENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS SEGUNDO O TEMPO DE DIAGNÓSTICO

Duana Betina da Rocha¹; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Ana Dalla Santana Lima⁴; Camila de Moraes Rodrigues⁴; Nadaby Maria de Jesus⁴; Cristiane Martins Cunha⁵

¹Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: É bem conhecido que o estado de saúde percebido tem relação teórica com o constructo ativação. Indivíduos com melhor autopercepção do estado de saúde tendem a realizar mais comportamentos saudáveis na autogestão da saúde e o tempo de diagnóstico pode se relacionar com essas medidas. **Objetivos:** Comparar a medida de estado de saúde percebido e o grau de ativação segundo o tempo de diagnóstico de doença crônica. **Descrição metodológica:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A Escala visual analógica e a “Patient Activation Measure” foram utilizadas na coleta dos dados. Foram usados os testes Mann Whitney e a correlação de Spearman para avaliar as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). Verificamos que não houve diferença estatisticamente significativa entre as medidas de estado de saúde percebido ($p=0,502$) e as medidas de ativação ($p=0,468$), conforme o tempo de diagnóstico, segundo a categorização de diagnóstico da doença crônica de até 2 anos e mais de 2 anos. Os escores de ativação não foram correlacionados com o tempo de diagnóstico ($r=0,061$; $p=0,170$) e o mesmo ocorreu para o estado de saúde percebido ($r=-0,057$; $p=0,196$). **Conclusões:** Na amostra estudada, verificamos que não há diferença estatística entre estado de saúde percebido e medida de ativação em relação ao tempo de diagnóstico, e não há correlação entre essas medidas com o tempo de diagnóstico (em anos). **Contribuições / implicações para a Enfermagem:** Nesse estudo, o tempo de diagnóstico é uma variável que não precisa ser considerada no cuidado de enfermagem aos indivíduos com doenças crônicas, no que se refere à avaliação da autopercepção do estado de saúde e sua predisposição ao autocuidado (ativação).

PROJETO REIKI NA UNIVERSIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Gabriel Vieira de Aguiar¹; Rubia Sousa de Brito²; Beatriz Vieira Araújo³; Priscila Gomes Martins⁴; Nunila Ferreira de Oliveira⁵; Fabiana Ribeiro Santana⁶; Calíope Pilger⁷

¹Acadêmico de Enfermagem da UFG - RC. E-mail: gabrielfuh@hotmail.com.

²Acadêmica de Enfermagem da UFG - RC.

³Acadêmica de Enfermagem da UFG - RC.

⁴Acadêmica de Enfermagem da UFG - RC.

⁵Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da UFG - RC.

⁶Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da UFG - RC.

⁷Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da UFG - RC.

Introdução: O Reiki é uma técnica de imposição de mãos, que visa o equilíbrio e bem-estar, assim como o relaxamento e a diminuição do estresse, além de ser uma ferramenta que auxilia na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Objetivo:** Descrever a vivência da implantação de um projeto de extensão que oferece Reiki para acadêmicos e funcionários da Universidade Federal de Goiás - Regional Catalão (UFG - RC) e comunidade do município de Catalão, Goiás. **Metodologia:** Esta atividade extensionista está sendo realizada no Laboratório de Práticas Integrativas e Complementares (PIC) do Curso de Enfermagem da UFG - RC, com atendimentos realizados por acadêmicos reikianos e supervisão de professoras responsáveis. Cada aluno realiza no máximo três sessões de Reiki por dia. Cada participante receberá cinco sessões, com duração de 30 minutos cada, contudo de acordo com a necessidade do participante, este poderá receber mais sessões. Para analisar a evolução de cada participante foi construído um instrumento de coleta de dados, com intuito de conhecer a história de saúde, os dados sociodemográficos, econômicos, clínicos e religiosos, além de um espaço para descrição das percepções dos reikianos e dos participantes durante e após o atendimento. **Resultados:** O projeto já passou pela fase de atualização do conhecimento e atualização dos antigos reikianos, assim como, pela iniciação de novos membros. Através de reuniões foi possível organizar escalas de atendimento e estruturar fichas e formulários que são utilizados durante as sessões. O teste piloto já foi realizado, no qual foram atendidos alguns acadêmicos e funcionários para vivenciarmos as fragilidades e lacunas existentes e construirmos as normas para aperfeiçoar os atendimentos. **Conclusões:** O Reiki representou, segundo os relatos dos participantes, uma nova ferramenta de tratamento complementar e de bem-estar. Além do mais, percebe-se que o passo inicial de um projeto como este é a base para futuras modificações no processo de cuidar em saúde das pessoas (usuários e reikianos).

ESTRUTURAÇÃO DE PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR EM UMA FAMÍLIA DE RISCO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maira Caroline Marques¹; Kariny Naves de Oliveira²; Leticia Dourado de Azevedo Mendes³; Lorena Caroline Borges⁴; Roseane Araújo Ferreira Polido⁵

¹Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia - MG, E-mail: mairamc@hotmail.com

²Graduanda em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia – MG.

³Graduanda em de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia – MG.

⁴Graduanda em de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia – MG.

⁵Doutora em Ciências da Saúde, Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED-UFU.

Introdução: O Projeto Terapêutico Singular (PTS) é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, que pode ser apoiada pela equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e geralmente é dedicado às situações mais complexas das famílias adstritas numa Equipe de Saúde da Família. O PTS é um instrumento de organização do cuidado integral em saúde pactuado entre a equipe multiprofissional, o usuário e a família, que considera as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. O PTS foi utilizado inicialmente por profissionais de saúde mental, e em 2014, foi inserido, oficialmente, no processo de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) pelo Ministério da Saúde. **Objetivo:** Relatar as etapas primordiais na construção de um PTS juntamente com a equipe multiprofissional em apoio ao indivíduo índice e sua família. **Metodologia:** Refere-se a um relato de experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Na abordagem do presente trabalho, embasou-se na análise das informações coletadas, catalogar os problemas, investigar referências bibliográficas, planejar objetivos e intervenções para o caso. **Resultados:** A família do estudo é composta por 3 indivíduos, a pessoa índice, mulher, 78 anos, aposentada, provedora do lar e cuidadora da irmã e da casa em tempo integral; sua irmã de 96 anos, aposentada, cadeirante, portadora de Alzheimer, acamada; e o sobrinho, 65 anos, desempregado, etilista e tabagista. A pessoa índice relata como principal problema a dificuldade que possui para realizar a locomoção de sua irmã pela casa. Segundo a mesma ela possui uma cadeira de rodas, contudo, tem dificuldades para passá-la para a cadeira e completa que a irmã acabou sofrendo quedas causando assim algumas escoriações nas últimas vezes que utilizou a cadeira. Tendo em vista o encerramento do estágio, ficou definido que a enfermeira do serviço, juntamente com a equipe multiprofissional do NASF e que reavalie o caso da família periodicamente, retomando as metas estabelecidas e as situações atuais no momento da avaliação, verificando se as ações propostas estão sendo eficazes e, caso não estejam, identificar os motivos e adaptar as metas de modo que possam ser realizadas de forma a alcançar os objetivos que visem a melhoria na qualidade de vida da família. **Conclusão:** Diante deste caso, tornou-se evidente para os alunos que o PTS é um instrumento potente para organização do cuidado integral à saúde e que há necessidade de atuação da rede de apoio multiprofissional e intersetorial para alcançar as necessidades das pessoas em todas as suas dimensões, física, espiritual, emocional e social.

AUTOESTIMA E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM CONDIÇÕES CRÔNICAS

Camila de Morais Rodrigues¹; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Ana Dalla Santana Lima⁴; Nadaby Maria de Jesus⁴; Duana Betina da Rocha⁴; Cristiane Martins Cunha⁵

¹Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: camilamrodr@hotmial.com.

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: A autoestima é um atributo importante na autogestão da saúde, pois repercute em motivação para o cuidado à saúde em indivíduos com doenças crônicas. A presença de ansiedade e depressão podem interferir na motivação e na autoestima do indivíduo a gestão da saúde e para realizar comportamentos saudáveis. O tipo de doença crônica pode diferir com os índices de autoestima e ansiedade e depressão desses indivíduos. **Objetivos:** Descrever as medidas de autoestima e de ansiedade e depressão de indivíduos segundo o tipo de doença crônica e avaliar se há diferença estatísticas dos escores entre os grupos. **Descrição metodológica:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A escala “Hospital Anxiety and Depression Scale” (HADS) e a Escala de Rosenberg foram utilizadas na coleta dos dados. Foi aplicada a estatística descritiva para avaliar as variáveis de interesse e o teste de Kruskal Wallis para comparar as médias obtidas pelos grupos de doenças. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). A maioria era do sexo feminino (62,0%) e 60,2% eram casados. As medianas, as médias e os desvios padrão obtidos para a medida de autoestima, para os sintomas de ansiedade e depressão muito variados, e por isso, constatamos que houve diferenças entre os valores médios das medidas de ansiedade ($p < 0,001$) e para a medida de autoestima ($p < 0,001$), por outro lado, não houve diferença estatística dos escores desses indivíduos no que se refere a subescala depressão da HADS ($p = 0,069$). **Conclusão:** Esse estudo verificou variedade nos escores médios de ansiedade e depressão e autoestima. Há diferença entre os escores de ansiedade e autoestima entre os diferentes tipos de doença crônica, porém não foi verificado essa diferença as medidas de depressão entre os indivíduos com doenças crônicas. **Contribuições / implicações para a Enfermagem:** É necessário que o cuidado de enfermagem seja individualizado conforme o tipo de doença crônica, visando melhorar a autoestima e os sintomas de ansiedade desses indivíduos.

ASSOCIAÇÃO ENTRE SINAIS E SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO O SEXO E O ESTADO CIVIL

Camila de Moraes Rodrigues¹; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Ana Dalla Santana Lima⁴; Nadaby Maria de Jesus⁴; Duana Betina da Rocha⁴; Omar Pereira de Almeida Neto⁵; Cristiane Martins Cunha⁶

¹Acadêmica do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: camilamrodri@hotmail.com.

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Professor Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás.

⁶Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: Pacientes com doenças crônicas apresentam maior predisposição a transtornos psiquiátricos quando comparados à população geral, visto que referem transtornos depressivos como comorbidade. O sexo e o estado civil do indivíduo podem estar relacionados com a presença de sinais e sintomas de ansiedade e depressão. **Objetivos:** Comparar a presença de sintomas de ansiedade e depressão segundo o sexo e o estado civil de indivíduos com doenças crônicas. **Método:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A escala “*Hospital Anxiety and Depression Scale*” (HADS) foi utilizada na coleta dos dados. Foram usados os testes Mann Whitney e Kruskal Wallis para comparar as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). A maioria era do sexo feminino (62,0%); 60,2% eram casados; 9,6% tinham entre 18 e 29 anos, 63,5% entre 30 e 59 anos e 26,9% acima de 60 anos. Verificamos que os escores medianos de ansiedade e depressão apresentaram diferenças estatísticas segundo o sexo dos indivíduos com doença crônica (ansiedade $p < 0,001$ e depressão $p < 0,001$). No entanto, o estado civil essa diferença foi não verificada ($p = 0,654$ para ansiedade e $p = 0,591$ para depressão). **Conclusão:** Na amostra estudada, os escores de ansiedade e depressão de indivíduos com doença crônica são influenciados pelo sexo do paciente; no entanto, o estado civil não apresentou nenhuma relação com a incidência desses sintomas. É necessário que o cuidado de enfermagem seja individualizado para todos os indivíduos com doenças crônicas, mas que a equipe de enfermagem leve em consideração o estado civil na observação de sintomas de ansiedade e depressão.

O ACOLHIMENTO E A SATISFAÇÃO NA VISÃO DO USUÁRIO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (EAS)

Kathleen Esli Braga¹; Livia Ferreira Oliveira²; Patricia Costa dos Santos da Silva³

¹Graduada em Enfermagem - Licenciatura e Bacharelado (UFU). E-mail: keb_braga@hotmail.com.

²Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU.

³Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU.

Introdução: A avaliação de serviços de saúde tem apontado a importância de se analisar o impacto do acolhimento, sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos usuários, destacando-se a importância de dar-lhes voz e possibilidade de participação no planejamento de ações e facilitar os processos de diagnóstico, permitindo um cuidado integral e sua continuidade. Assim, é possível identificar expansão na produção científica relacionada a satisfação dos usuários em relação aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), em especial aqueles relacionados à Saúde da Família. **Objetivo:** Analisar a satisfação do usuário da estratégia saúde da família (EAS) com o acolhimento. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, a busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Scielo, LILACS e Pubmed, indexadas pelo novo portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), do Governo Federal. Elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual a satisfação dos usuários com o acolhimento que é oferecido pela estratégia saúde da família? Utilizou-se como descritores os termos: “acolhimento”, “atenção primária à saúde”, “trabalhadores da saúde”/“pessoal de saúde” e “humanização da assistência”; estes foram selecionados por meio dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS), sendo este o único critério de inclusão do presente estudo. O processo de busca foi iniciado em 2011 e atualizado em 2016, incluindo todos os artigos publicados nessas bases de dados até o ano de 2016. Foram encontrados 51 artigos na base de dados LILACS, 32 artigos na Scielo e 3 na Pubmed, após a leitura dos resumos foram excluídos 68 artigos, permanecendo assim 18 artigos que responderam à pergunta norteadora do estudo. **Resultados:** A partir da análise dos estudos encontrados disponíveis na literatura científica, destaca-se que a satisfação depende do ponto de vista e da necessidade de cada usuário, variando entre 15 e 60 minutos, o tempo considerado adequado para o atendimento, sendo que quase 90% dos entrevistados referiram conseguir assistência sempre que procuram. Alguns usuários apontam insatisfação acerca da acessibilidade a recursos e tecnologias não disponíveis na ESF, tais como: medicações, vacinação de rotina, atendimento de urgências/emergências, exames e procedimentos específicos, e especialistas. Uma vez que, a visão dos usuários sobre o atendimento está associada com aquilo que eles enxergam como sendo a solução para os seus relativos problemas de saúde. **Conclusão:** Os estudos analisados, em geral, ressaltaram a importância de instrumentos de avaliação da satisfação do usuário. E que, apesar das opiniões mostrarem-se divididas, elas indicaram a necessidade de aperfeiçoamentos na gestão dos serviços de saúde e seu atendimento. Sendo importante ressaltar que a efetividade do mesmo não se limita apenas a cura de algumas doenças, mas também a promoção e manutenção da saúde.

CARACTERIZAÇÃO DOS RNPT QUE APRESENTAM DESCONFORTO RESPIRATÓRIO NO PERÍODO NEONATAL PRECOCE

Caroline Santos Ribeiro¹; Lori Anisia Martins de Aquino²

¹Acadêmica Graduação em Enfermagem da UFU. Email: carol_santos_ribeiro@hotmail.com

²Enfermeira. Mestre em Educação. Docente da Graduação em Enfermagem (FAMED-UFU)

Introdução: O nascimento prematuro representa um notável problema de saúde pública, mundialmente, e a principal causa de morbimortalidade infantil no Brasil. O recém-nascido prematuro (RNPT) pode apresentar inúmeras complicações após o nascimento, uma vez que a prematuridade aumenta o risco de dificuldade de adaptação à vida extrauterina, principalmente devido à imaturidade anátomo-fisiológica. Dentre todas as complicações que afetam tal faixa etária, as respiratórias se caracterizam por serem as mais freqüentes e as responsáveis por uma parcela da mortalidade neonatal, assim como também pelo maior risco de surgimento de morbidades respiratórias e neurológicas. As complicações respiratórias no RNPT estão relacionadas ao atraso no desenvolvimento da maturação pulmonar, de modo que sua incidência é inversamente proporcional à idade gestacional, e sua evolução se inicia após o nascimento, agravando-se geralmente nos dois primeiros dias de vida.

Objetivo: Caracterizar os RNPT que apresentaram manifestações de desconforto respiratório no período neonatal precoce segundo o sexo, idade gestacional, peso ao nascer, relação entre peso e idade gestacional, escore de Apgar no 1º e 5º minutos de vida, tempo de internação e evolução para o óbito; e listar os sinais e sintomas apresentados por tais RNPT com maior frequência. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, documental, retrospectiva e descritiva, realizada em um hospital público mineiro, incluindo o período de Janeiro a Junho de 2015, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram analisados 147 prontuários de RNPT, com base em um formulário elaborado pelas pesquisadoras. Dentre o total de prontuários analisados, foram observados os sinais de desconforto respiratório em 116 RNPT, o que corresponde à amostra de tal pesquisa. **Resultados:** Encontrou-se que, dentre os 116 RNPT que apresentaram sinais de desconforto respiratório no período neonatal precoce, a maioria (56,90%) era do sexo masculino, com idade gestacional entre 32 e 36 semanas, sendo classificados como RNPT tardio (65,52%); tinham baixo peso ao nascer (52,59%); e eram adequados para a idade gestacional (65,52%). Em relação ao escore de Apgar, a maioria dos RNPT que manifestou sinais de desconforto respiratório no período neonatal precoce apresentou uma pontuação entre 7 e 10 no 1º (59,48%) e no 5º (85,34%) minutos de vida, mostrando uma boa adaptação à vida extrauterina; e a maioria deles permaneceu internada por um período superior a 6 dias (76,72%); com alta taxa de sobrevida (85,34%). Dentre os sinais e sintomas apresentados pelos RNPT destacaram-se: desconforto respiratório precoce (69,82%), retração subcostal/subdiafragmática/esternal (48,27%), taquipneia (38,79%), queda da saturação de oxigênio (37,93%), e gemência respiratória (14,65%). **Conclusão:** Acreditamos que as complicações respiratórias, além de serem de grande ocorrência entre os RNPT, quando não tratadas adequadamente, tornam-se uma das principais causas de morbimortalidade neonatal entre os prematuros. Diante disso, torna-se de extrema importância a discussão acerca da prematuridade e das complicações neonatais, de modo que possa vir a contribuir para uma melhor sobrevida de tais RNs.

OCORRÊNCIA DE RADIODERMATITES EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA SUBMETIDOS A RADIOTERAPIA E SEU MANEJO

Marceila de Andrade Fuzissaki¹; MunIQUE Morais Ramos²

¹Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-graduação Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

²Aluna do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: munIQUE_morais@yahoo.com.br.

Introdução: Dentre os tratamentos do câncer de mama, está a radioterapia que possui como principal evento adverso as radiodermatites, acometendo cerca de 95% dos pacientes. **Objetivo:** Analisar a ocorrência de radiodermatites em pacientes com câncer de mama bem como os produtos e cuidados direcionados para seu manejo. **Metodologia:** Estudo quantitativo, descritivo e retrospectivo desenvolvido em um hospital terciário, localizado na região do Triângulo Mineiro. Utilizou-se o programa Statistical Package for Social Science (SPSS) 20.0 para as análises. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob nº 1257430. **Resultados:** A amostra constituiu-se de 179 prontuários de pacientes com câncer de mama com idade média de 57 anos, predominância de indivíduos brancos (68,7%), casados (37,4%), com escolaridade referente a ensino fundamental incompleto (45,3%), e possuindo como atividade ocupacional o serviço doméstico (46,9%). A toxicidade grau I foi a mais prevalente nos cinco momentos de avaliações da pele, sendo que houve um aumento gradual de indivíduos que não apresentaram reação. As lesões de grau I foram tratadas com antibióticos ou produtos que contenham antibióticos em sua composição, como o Clostemin, a Sulfadiazina de Prata e a Neomicina (48,8%), de grau II com antimicrobianos, como o Metronidazol (39,8%), e de grau III e IV em maior parte das fichas de enfermagem não havia especificado o produto tópico utilizado (38,7% e 100% respectivamente). O óleo de calêndula associado ao de canola foi o mais utilizado (69,8%). Durante consulta de enfermagem, 87,2% dos pacientes receberam orientações a respeito dos cuidados necessários ao longo do tratamento radioterápico, visando minimização de efeitos colaterais. **Conclusão:** Houve um aumento de toxicidade grau 0, foi utilizado mais frequentemente antibióticos e antimicrobianos como tratamento tópico das radiodermatites, o óleo de calêndula associado ao de canola para a prevenção das toxicidades. Há necessidade de estudos clínicos que comprovem a eficácia dos produtos utilizados, bem como dos cuidados direcionados à área tratada, os quais deverão pautar protocolos que direcionem a prática clínica.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE A UMA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL COM UM PÚBLICO DE HAITIANOS: PERCEPÇÕES E DESAFIOS

Amanda Ramos Vieira¹; Andressa Cristina Mendonça²; Artur Rodrigues Cunha³; Cibelly Ramos⁴; Emanuela Alves Martins⁵; Lígia Carolina Borges Faria⁶; Maria Tereza Melo Aguiar⁷; Mariana Silva e Nunes França⁸

¹Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU.

²Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU.

³Enfermeiro, residente. Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁴Dentista, residente. Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁵Assistente, Social residente, Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁶Psicóloga residente. Residência Multiprofissional FAMED – UFU.

⁷Enfermeira coordenadora da UBSF do Custódio Pereira. Especialista em Docência do Ensino Superior. Email: mariaterezameloaguiar@hotmail.com

⁸Enfermeira coordenadora da UBS do Custódio Pereira

Introdução: A vulnerabilidade dos imigrantes determina a necessidade de proteção e assistência a quem migra como resultado direto desse complexo de causas. São também fatores que requerem ação e cooperação das instituições para serem solucionadas, principalmente a inserção destes no serviço público de saúde. **Objetivo:** Apresentar as percepções e desafios de uma equipe multiprofissional no atendimento com um grupo de Haitianos na atenção básica em saúde. **Metodologia:** A partir da percepção da presença de um público composto por Haitianos imigrantes na área de abrangência da UBSF Custódio Pereira, uma equipe multiprofissional pôde trabalhar as demandas apresentadas. O grupo de haitianos se mudou para o Brasil e em especial, para a territorialidade desta unidade em questão, em janeiro de 2014, buscando novas formas e estruturas que delineassem uma qualidade de vida melhor. Uma parte destes procuram o serviço de saúde local para atendimento. Foram realizados acolhimentos por profissionais de diversas áreas contando com os residentes multiprofissionais locados no serviço. **Resultados:** As principais ações desenvolvidas no atendimento foram: Visitas técnicas domiciliares; Atendimento individual; Acolhimento; Articulação em rede com o terceiro setor, rede SUS, escolas de educação primária, com o Centro de Referência em Assistência - CRAS e realização de procedimentos de enfermagem. Neste processo foram evidenciados alguns desafios, como: a dificuldade na compreensão mútua da linguagem verbal, devido presença do idioma francês e inglês, adesão dos profissionais para o atendimento e adaptação à uma realidade distinta do cotidiano, dificuldade de empatia às necessidades específicas e na compreensão diante o contexto sociocultural encontrado. Quanto às percepções dos profissionais envolvidos, entende-se que a atuação relacionada é uma oportunidade de conhecer a realidade social dos imigrantes, colocando-se no lugar do outro durante a vivência apresentada. **Conclusão:** Como articulador neste processo de atendimento, o profissional enfermeiro precisa se sensibilizar e se aprofundar nas políticas públicas em saúde dos imigrantes, afim de compreender as dificuldades que emergem e ser resolutivo em demandas.

RELATO DE CASO DE UM GRANDE QUEIMADO: ENFERMEIRO FRENTE DOS CUIDADOS COM O CURATIVO DOMICILIAR EM CRIANÇA

Amanda Ramos Vieira¹; Andressa Cristina Mendonça²; Artur Rodrigues Cunha³; Maria Tereza Melo Aguiar⁴; Morgana de Oliveira Feriato⁵; Eliezer Carlos Vieira⁶; Mariana Silva e Nunes França⁷

¹Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU.

²Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED – UFU.

³Enfermeiro, residente. Residência Multiprofissional da FAMED – UFU.

⁴Enfermeira coordenadora da UBSF do Custódio Pereira. Especialista em Docência do Ensino Superior. (Autor Principal). Contato: (034) 99124-2254. email:mariaterezameloaguiar@hotmail.com

⁵Enfermeira Assistencial do Programa de Home Care – Assistência Domiciliar.

⁶Enfermeiro Assistencial do Programa de Home Care – Assistência Domiciliar.

⁷Enfermeira coordenadora da UBS do Custódio Pereira.

Introdução: O queimado necessita de uma assistência de enfermagem de qualidade para que tenha uma recuperação física, funcional e psicossocial, precoce. As queimaduras causadas por acidentes infantis são os principais indicadores de morbidade e mortalidade no Brasil. **Objetivo:** Apresentar um relato de caso sobre curativo domiciliar realizado por um Home Care em uma criança de um ano de idade vítima de queimadura. **Métodos:** Relato de caso realizado com uma criança vítima de acidente doméstico com água fervendo. **Resultados:** Paciente J.F.S de um ano, teve queimadura de segundo e terceiro grau nas regiões de pescoço, tórax e abdômen, totalizando 31% no cálculo corporal, foi encaminhada ao hospital onde ficou por 24 horas em observação, recebendo infusão de ringer lactato. Após a alta o convênio solicitou assistência domiciliar, onde o atendimento foi prestado de forma, humanizada explicando todo procedimento a paciente e à família. Foram realizados uma vez ao dia durante sete dias. Do primeiro ao sétimo dia foram realizados curativos oclusivos estéreis com: soro fisiológico previamente aquecido com seringa 20 ml e agulha 40x12 e sulfadiazina de prata. No primeiro dia apresentando queimadura de terceiro grau na extensão do tórax e abdômen, e de segundo grau em região escapular. No segundo dia apresentando queimadura de terceiro grau na extensão do tórax e abdômen, e de segundo grau em região escapular, apresentando tecido de fibrina em toda extensão. No terceiro e quarto dia manteve resultado do segundo dia. No quinto dia houve uma melhora significativa, apresentando epitelização em algumas regiões. No sexto e sétimo dia já estava totalmente epitelizado. Percebe-se que o curativo com a sulfadiazina de prata é eficaz ao curativo em queimaduras, principalmente quando realizada de forma estéril, evitando contaminação, o procedimento de maneira humanizada, garante segurança aos pacientes e satisfação seus familiares. **Conclusão:** O enfermeiro enquanto como principal articulador para a realização do curativo precisa estar atento e atualizado quanto as principais coberturas utilizadas em curativos de grandes queimados, o tempo de ação e efeitos adversos. Principalmente em pediatria quando a criança muitas vezes não consegue realizar o auto cuidado.

LIGA ACADÊMICA DE ENFERMAGEM: RELATO DA EXPERIÊNCIA DE ESTUDANTES DA UFRGS

Catarina Lindenberg¹; Larissa Fonseca Ampos Silva¹; Raquel Dalla Lana¹; Duane Mocellin¹; Paola Melo Campos¹; Vitor Hélio de Souza Oliveira²; Graziella Badin Aliti³; Daiane Dal Pai³

¹Acadêmica de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

²Acadêmico de Enfermagem – Universidade Federal de Uberlândia. Email: vitor_helio94@hotmail.com

³Doutora – Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: A Liga Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (LAEnf/UFRGS) é uma organização feita por estudantes que visa promover espaços de integração entre ensino, serviços de saúde e comunidade tendo em vista à troca de experiências e conhecimentos para o desenvolvimento técnico-científico da profissão. **Objetivo:** Relatar a experiência da LAEnf/UFRGS. **Metodologia:** Este estudo consiste em um relato de experiência acerca da criação e condução da LAEnf/UFRGS. A Liga foi fundada no presente ano e sua criação foi impulsionada pela necessidade de mais espaços acadêmicos para eventos, palestras e discussões acerca do exercício profissional e formação em Enfermagem, tendo em vista que outras ligas existentes focalizam especialidades da saúde e não a complexidade da prática profissional da enfermagem. A LAEnf é uma iniciativa de sete estudantes de enfermagem e conta com apoio pedagógico de dois professores do curso de enfermagem. **Resultados:** A LAEnf/UFRGS desenvolve suas atividades em horários extracurriculares, em espaços itinerantes, podendo ser nas dependências da Escola de Enfermagem da UFRGS, em Unidades Básicas de Saúde ou no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A liga vem desenvolvendo atividades mensais, com cronograma pré-definido e divulgado nas redes sociais. As temáticas discutidas nos primeiros encontros foram o empoderamento do enfermeiro no mundo do trabalho em saúde, protagonismo do enfermeiro nos cuidados paliativos e na segurança do paciente. As atividades tiveram duração de duas horas e contaram com 46 à 73 participantes, dentre os quais estiveram acadêmicos e profissionais de enfermagem. **Conclusão:** Pode-se observar boa adesão às atividades da Liga, tanto pelo quantitativo de participantes quanto pelo interesse dos mesmos nos debates e trocas de experiência. Para os estudantes proponentes da LAEnf/UFRGS a experiência tem sido enriquecedora no que tange à troca de saberes e o alcance do objetivo de promover espaços de integração com vistas ao desenvolvimento técnico-científico da profissão.

MUSICOTERAPIA PARA PACIENTES ONCOLÓGICOS: UMA PROPOSTA PARA HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS

Cristiane Matos Nogueira¹; Joice dos Santos de Melo²; Jéssica Santos de Lima²; Livia Ferreira Oliveira³; Patrícia Costa dos Santos da Silva⁴

¹Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG, E-mail: joice_mll@hotmail.com

²Acadêmicas do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

³Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMED-UFU.

⁴Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMED-UFU.

Introdução: Apesar dos avanços tecnológicos e científicos, o câncer é considerado uma das doenças crônico-degenerativas que produzem mais prejuízos ao doente e sua família. Independente do prognóstico, muitas pessoas sentem-se inseguras e ameaçadas diante do seu diagnóstico. Nesse cenário, emerge como uma proposta para humanização dos cuidados de saúde voltados aos pacientes oncológicos, a musicoterapia, como uma intervenção capaz de promover bem-estar e alívio do sofrimento. **Objetivo:** Realizar uma busca na literatura científica com a finalidade de conhecer como a música pode contribuir para a humanização dos cuidados em saúde. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, modalidade que se permite expressar à síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A partir dos descritores: “musicoterapia” e “enfermagem” buscou-se selecionar produções científicas na base de dados: Scielo e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A pergunta que norteou esta revisão foi: “Como a musicoterapia pode contribuir para a humanização dos cuidados voltados aos pacientes oncológicos?” Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos em português, espanhol e inglês, disponíveis na íntegra, produzidos no período de 2010 a 2016. **Resultados:** Foram encontrados em uma primeira busca 45 artigos, distribuídos nas bases de dados: Scielo e LILACS. Após a leitura foram selecionados 8 artigos, que atendiam aos critérios de inclusão. A partir da análise observou-se a grande relevância de estudos sobre o uso da música na humanização dos cuidados voltados aos pacientes oncológicos. Os estudos mostram que a música contribui de forma efetiva para a humanização dos cuidados voltados aos pacientes oncológicos, permitindo uma aproximação entre os profissionais e os pacientes. Por outro lado, a música funciona como uma terapia complementar, pois melhora o estado de ânimo e humor, retirando o paciente temporariamente de sua condição existencial; alivia a dor e o sofrimento. E assim, confortar a pessoa diante de uma adversidade emergente em sua terminalidade da vida. **Conclusão:** Os estudos apontaram que a musicoterapia é capaz de promover o compartilhamento de experiências entre as pessoas que vivenciam situações semelhantes no espaço coletivo. Além disso, constitui um espaço concreto para os pacientes desenvolverem a escuta sensível e uma assistência humanizada.

INSTRUMENTOS PARA AVALIAR OS RISCOS PSICOSSOCIAIS NO TRABALHO DO ENFERMEIRO

Vitor Hélio de Souza Oliveira¹; Francis Ghignatti Costa²; Larissa Fonseca Ampos²; Catarina Lindenberg²; Camila Serpa Ferreira Rodrigues Freitas²; Karla Tatiane Viana²; Maria Helena Palucci Marziale³; Daiane Dal Pai⁴

¹Acadêmico de Enfermagem – Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: vitor_helio94@hotmail.com

²Acadêmica de Enfermagem – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

³Doutora – Docente da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto

⁴Doutora – Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Introdução: Segundo a Organização Mundial a Saúde os riscos psicossociais relacionados com o trabalho são compostos pelo conteúdo e controle da carga e ritmo de trabalho, horário de trabalho, meio ambiente e equipamentos, cultura e missão organizacional, relações interpessoais no trabalho, papel na organização, desenvolvimento da carreira e interface casa-trabalho. **Objetivos:** Identificar os instrumentos utilizados para avaliar os riscos psicossociais no trabalho do enfermeiro com vistas a subsidiar protocolo de pesquisa multicêntrica da Rede Internacional de Enfermagem em Saúde Ocupacional (RedEnSO). **Metodologia:** Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura com os descritores Nursing (AND) Occupational Risks, Occupational Health, Psychosocial Impact e Validation Studies para responder a questão: Quais são os instrumentos disponíveis na literatura para avaliar os riscos psicossociais na enfermagem? Foram consultadas as bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Pubmed, Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Web of Science; no período de 1996 à 2016. Inicialmente foram encontrados 14.271 artigos, dos quais foram selecionados 301 a partir da leitura do resumo. Em seguida 73 foram excluídos por estarem duplicados ou por não atenderem o objetivo do estudo, chegando num total de 228 artigos. **Resultados:** Da amostra, 162 artigos foram pesquisas de campo e 66 pesquisas metodológicas. Identificou-se 72 estudos que utilizaram instrumentos para avaliar estresse, 52 Burnout, 33 saúde mental, 32 condições e organização do trabalho, 19 avaliaram outros aspectos de saúde (como danos musculoesqueléticos e sono), 18 qualidade de vida, 17 capacidade para o trabalho, 17 satisfação, 15 coping, 12 riscos psicossociais, 12 cargas e exigências laborais, 10 violência no trabalho e 7 presenteísmo. Os instrumentos *Copenhagen Psychosocial Questionnaire* (COPSOQ), *Nursing Work Index-Revised* (NWI-R), *Maslach Burnout Inventory* (MBI) e *Job Content Questionnaire* (JCQ) foram identificados como potenciais medidas para compor o protocolo de pesquisa da RedEnSO. **Conclusão:** A literatura encontrada permitiu identificar instrumentos que poderão ser utilizados para avaliar riscos psicossociais no trabalho do enfermeiro, decisão que requer análise pormenorizada sobre os dados psicométricos.

O PROTAGONISMO DA ENFERMAGEM NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA BELEZA ATRAVÉS DE UM MINICURSO REALIZADO NA ONG AÇÃO MORADIA

Lucas Pereira Silva¹; Andressa Cristina Mendonça de Araújo²; Lágila Cristina Nogueira Martins³; Luiz Heleno Ribeiro Delgado⁴; Patrycia Sarah Martins Arruda⁵

¹Acadêmico do 10º período Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU. E-mail: Lucassilva_msn@hotmail.com

²Acadêmica do 10º período curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU– Coautora.

³Acadêmica do 10º período curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU– Coautora.

⁴Enfermeiro, Prof. Mestre DE, do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Cood. do Projeto.

⁵Acadêmica do 10º período curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Coautora.

Introdução: O projeto foi denominado Minicurso Sobre Desinfecção, Limpeza e Esterilização de Materiais Utilizados em Salão de Beleza. Sendo este uma parceria do curso de Graduação e Licenciatura em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia na ONG Ação Moradia. O projeto se desenvolveu voltado para este curso dando suporte teórico e prático visando qualidade de vida e evitar contaminação ou disseminação de doenças do exercício das funções de cabeleireiro e manicure, realizando aulas sobre prevenção, esterilização, postura física da manicure e do cliente, anatomia das unhas, noções sobre unhas, anomalias e micoses. Além de técnicas corretas de limpeza, descarte e lavagem de materiais, preocupação sobre o uso de EPI (Equipamento de Proteção Individual) dando suporte aos futuros profissionais a realizarem suas ações com segurança para si e para os clientes atendidos. **Objetivos:** Garantir o conhecimento para o exercício seguro e adequado das funções realizadas no salão de beleza, sem que estes tragam riscos para os trabalhadores e clientes e qualificação destes profissionais. **Metodologia:** Foram utilizados os métodos de aula expositiva estabelecendo diálogos diretos utilizando uma linguagem simples devido ao menor grau de escolaridade da turma envolvida no curso. Estimulando o senso crítico para enfatizar a importância das aulas havendo exposição de imagens e utilização de recursos audiovisuais como data show para exemplificar os conteúdos e forçar o entendimento do conteúdo ministrado, além de oficinas práticas para a melhor fixação e exemplificação do conteúdo. **Resultados:** O projeto possibilitou uma política de qualificação aos profissionais da beleza que foram acompanhados pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia UFU e a coordenação da ONG Ação Moradia. E assim, ofereceu uma nova perspectiva no aprimoramento do conhecimento sobre ações de prevenção de doenças e sua disseminação. Dessa forma, oportunizou também aos estagiários do projeto uma experiência além muros. **Conclusão:** Os alunos do minicurso foram qualificados no processo de desinfecção, lavagem, esterilização e armazenagem segura dos materiais utilizados em salão de beleza. Para os acadêmicos de enfermagem ficou a experiência de ter contribuído na qualificação dos profissionais da beleza permitindo aplicar o conhecimento adquirido nas aulas de licenciatura do Curso de Enfermagem.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NO USO DO DISPOSITIVO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIO MASCULINO (URIPEN) NA PRÁTICA HOSPITALAR

Lucas Pereira Silva¹; Elias José Oliveira²

¹Acadêmico do 10º período curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU. E-mail: Lucassilva_msn@hotmail.com;

²Enfermeiro, Mestrado e Doutorado em Imunologia e parasitologia aplicada pela Universidade Federal de Uberlândia, Docente no Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal Uberlândia

Introdução: O dispositivo de incontinência urinaria masculino não invasivo ou uripen é uma sonda externa feita de borracha fina, também conhecida como sonda de camisinha, pois é colocada no pênis como uma camisinha em homens com incontinência urinária. O uso do dispositivo também se abrange além do uso hospitalar sendo citados também casos extra-hospitalares como cadeirantes, idosos, pacientes com demência ou algum distúrbio neurológico ou neuromotor grave. **Objetivo:** Observar o uso do dispositivo de incontinência urinaria masculina não invasivo estéril na prática clínica hospitalar sob a ótica dos pacientes através de questionamentos estabelecendo o perfil dos usuários buscando adequações de forma a propiciar melhorias no cuidado e na segurança dos pacientes, assim como observar possíveis complicações relacionadas ao uso do dispositivo urinário, realizando uma abordagem observacional da atuação da enfermagem durante o cuidado relacionado ao dispositivo. **Método:** Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem qualitativa de perfil analítico com característica observacional com instrumentos de pesquisa para avaliar a incidência do uso de dispositivos de incontinência urinaria masculino não invasivo estéril (uripen) na prática clínica hospitalar, tendo como método aleatório e não controlado. **Resultados:** a pesquisa foi realizada com 23 pacientes internados em um hospital universitário de grande porte situado no Triangulo Mineiro em um período de quatro meses no ano de 2016. A maioria dos pacientes utilizou o dispositivo urinário por mais de 5 dias, observadas complicações relacionadas ao uso em mais de 50%, com edemas na região genital, prurido e, em um dos casos o garroteamento do pênis. Apesar dos resultados negativos de acordo com a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) trata-se de um dispositivo de nível II médio risco para o usuário. **Conclusão:** Através da avaliação do dispositivo em uso nos pacientes pode observar possíveis consequências da utilização incorreta do produto, além dos prejuízos físico e mental, tendo como motivos: negligência dos profissionais de Enfermagem que atuam diretamente no cuidado, falta de treinamento, avaliação incorreta do dispositivo como consequência prejuízos e agravos (edema no órgão genital, garroteamento e prurido/feridas).

O AGENTE COMUNITÁRIO: PRINCIPAIS AÇÕES E DESAFIOS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE

Letícia Dourado de Azevedo Mendes¹; Frank José Silveira Miranda²

¹Graduanda no Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia - MG, E-mail: leticiadourado@outlook.com

²Docente do Curso Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia- FAMED UFU

Introdução: O Agente Comunitário de Saúde (ACS) incorpora a equipe de volta para a Atenção Básica de Saúde, no qual suas funções impactam diretamente na comunidade e no exercício das atividades de diferentes profissionais. Cabe a estes profissionais importantes atribuições de acordo com o Ministério da Saúde, destacando-se entre elas como uma de suas responsabilidades a realização da educação e promoção de saúde. Trabalho este que deve ser realizado continuamente na busca da melhoria da qualidade de vida da comunidade. **Objetivo:** Conhecer quais são as principais atividades desempenhadas pelo ACS no que tange a promoção de saúde, e esclarecer quais são os principais desafios enfrentados por tais profissionais quanto ao desenvolvimento das atividades junto à comunidade. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa de literatura utilizando os descritores: “agentes comunitários de saúde”, “promoção da saúde” e “educação em saúde”, nos bancos de dados nos bancos de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), SCIELO-Brasil e Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE). Foram incluídos artigos que continham o texto disponível na íntegra, em língua portuguesa, com ano de publicação entre 2010 a 2015, documentos que fossem do tipo artigo e que respondessem aos objetivos principais do estudo. **Resultados:** Após a busca com os descritores foram encontrados 446 artigos, no qual após a colocação dos filtros 42 artigos, e com a leitura dos títulos e resumos foram excluídos 34 artigos que não correspondiam aos objetivos do estudo, restando um total de 8 artigos. Nos estudos foram encontradas várias atividades desempenhadas pelos ACS voltadas para a promoção do autocuidado, prevenção de doenças e agravos, identificação de problemas, educação permanente em saúde. No que se refere aos desafios foram identificados a falta de capacitação dos profissionais, sobrecarga de trabalho, falta de apoio por parte dos gestores e o sentimento de impotência entre os profissionais. **Conclusão:** A literatura traz à tona a necessidade de investimento e valorização voltada para o trabalho deste profissional, por tantas vezes deixado de lado pelas políticas públicas, mas com papel fundamental na educação em saúde junto a comunidade.

MUSICOTERAPIA COMO ESTRATÉGIA PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Jessica Santos de Lima¹; Joice dos Santos de Melo²; Cristiane de Matos Nogueira²; Livia Ferreira Oliveira³; Patrícia Costa dos Santos da Silva⁴

¹Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. E-mail:jessicalima.ufu@gmail.com.

²Acadêmicas do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

³Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMED-UFU.

⁴Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMED-UFU.

INTRODUÇÃO: apesar do avanço tecnológico e científico das últimas décadas, nada substitui a humanização dos cuidados de saúde, em especial os cuidados de enfermagem. No ambiente hospitalar e instituições de cuidados de saúde, a música possui grande potencial terapêutico, capaz de alterar os estados de ânimo, promover o vínculo, aliviar a dor e o sofrimento do ser humano. **OBJETIVO:** nesse sentido o presente estudo tem como objetivo descrever a experiência dos autores com a musicoterapia como uma estratégia para humanização dos cuidados em saúde. **METODOLOGIA:** o presente estudo traz a experiência dos autores com a participação em um grupo voluntário que realiza semanalmente em um Hospital Universitário localizado no interior de Minas Gerais, atividades recreativas que envolvem ações de musicoterapia. Este grupo de voluntários se reúne semanalmente em diversos setores do contexto hospitalar aonde acontecem os encontros musicais. **RESULTADOS:** os autores do presente estudo apontam como dificuldades para as ações de musicoterapia: baixo conhecimento dos discentes com essa ferramenta e indisponibilidade de tempo. Por outro lado, pode-se apontar como potencialidades: a gratificação de saber que foi possível promover uma ação humanizadora, cuidando e zelando do bem-estar dos pacientes hospitalizados. **CONCLUSÃO:** como intervenção de saúde, a música ultrapassa o domínio dos sintomas e das emoções, possibilitando a aproximação das pessoas, criando vínculo e laços afetivos e conseqüentemente humanizando as ações de cuidado.

PERFIL DAS INFECÇÕES HOSPITALARES EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS: REVISÃO DA LITERATURA

Álef Matheus de Almeida Santos¹; Lauro Ricardo de Lima Santos²; Alberto Lopes Ribeiro Júnior³; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas⁴; Omar Pereira de Almeida Neto⁵; Thales Antônio Martins Soares⁶

¹Acadêmico de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia.

²Enfermeiro, mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia - MG.

³Enfermeiro, pós-graduando em Nefrologia.

⁴Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU.

⁵Enfermeiro, Doutorando em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

⁶Enfermeiro, pós-graduando em Acupuntura.

INTRODUÇÃO: Unidades de terapia intensiva (UTI) são locais destinados à recuperação e tratamento de pacientes graves que necessitam de atenção especializada. Por geralmente apresentarem múltiplas comorbidades e lesões graves, estes pacientes tendem a desenvolver inúmeras infecções hospitalares (IH), as quais possuem impacto relevante sob a morbimortalidade do indivíduo acometido, assim como no plano de cuidado dos profissionais especializados destas UTIs. **OBJETIVO:** O presente estudo pretende levantar na literatura estudos que caracterizem o perfil de IH de UTIs adulto de hospitais universitários. **METODOLOGIA:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores university hospital/hospitais universitários, critical care unit/unidade de terapia intensiva e nosocomial infections/infecção hospitalar interligados pelo operador booleano AND nas bases de dados PUBMED (US National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos artigos publicados entre 2011-2016, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês e que respondessem a pergunta principal deste estudo. **RESULTADOS:** Foram encontrados 397 artigos, porém, aplicando-se critérios de inclusão e exclusão, apenas 4 artigos compuseram esta revisão integrativa, sendo 2 na base PUBMED, 1 LILACS e 1 SCIELO, realizados em Cuba, Brasil, Colômbia e China. A maioria (n=3) destes publicados em 2011. As metodologias propostas foram estudos prospectivos, quantitativos, descritivos e observacionais. A maioria dos estudos (75%) foram conduzidos por médicos, sendo um destes por especialista epidemiologista. As principais IH foram a Pneumonia associada à Ventilação Mecânica (PAV), seguida por Infecção de Corrente Sanguínea (ICS) e Infecção do Trato Urinário (ITU). **CONCLUSÃO:** As principais IH em UTIs encontradas foram PAV, ICS e ITU. Acredita-se que conhecer o perfil de IH de UTIs adulto de Hospitais Universitários pode corroborar com o preparo dos profissionais assistentes e com as equipes que compõe órgãos de fiscalização destas infecções.

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR AMBULATORIAL NO ATENDIMENTO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NA TERCEIRA ETAPA DO MÉTODO CANGURU – UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Fernanda Nascimento Alves¹; Paula Carolina Bejo Wolkers²; Viviane Amorim da Silva Pamplona³; Cristina Guimarães Arantes Araújo⁴

¹Enfermeira Residente no Programa Multiprofissional de Saúde da Criança, E-mail: fer.alves-1993@hotmail.com

²Enfermeira Doutora do Ambulatório de Pediatria do HC-UFU

³Enfermeira Coordenadora do Ambulatório de Pediatria HC-UFU

⁴Mestre Médica Pediatra e Neonatologista do Ambulatório de Pediatria do HC-UFU

Introdução: O método canguru é uma sistemática voltada para a atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, complementando os avanços tecnológicos clássicos. Visa contribuir para a promoção de uma sensibilização com mudança institucional, empoderamento materno e familiar. Sendo assim a participação de equipes multidisciplinares é indispensável para o sucesso do mesmo. **Objetivos:** Descrever as experiências de realizar consultas multidisciplinares aos recém-nascidos prematuros participantes da terceira etapa do método canguru. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência em um hospital universitário. O método canguru é dividido em três etapas, as duas primeiras se dão no ambiente intra-hospitalar e a última no ambiente domiciliar. Esta se caracteriza pelo acompanhamento ambulatorial do lactente até o mesmo adquirir o peso de 2500g, total estabilidade do quadro clínico, adaptação da família à nova situação e vinculação à rede primária de saúde. Nesta etapa os desafios relacionados à manutenção do aleitamento, ganho de peso, conflitos emocionais, tais como ansiedade, inseguranças maternas e familiares se tornam mais evidentes, sendo necessário total suporte da equipe multi para o auxílio e resolução destas questões. **Resultados/Discussões:** Em nosso serviço, a enfermagem canguru foi totalmente implantada em Junho de 2016, até o presente momento 05 pacientes receberam alta da terceira etapa. Foi observado bons resultados em relação ao ganho de peso, a maioria manteve-se em aleitamento materno e sem reinternações. O apoio da equipe neste momento, juntamente com a constante vigilância, orientações e auxílio mostrou-se parte fundamental para o sucesso final de uma longa jornada percorrida pelo recém-nascido pré-termo e sua família. **Conclusão:** A interação da equipe multidisciplinar juntamente com a prestação de uma assistência humanizada, sem prejuízo sobre recursos tecnológicos e aliada ao empoderamento materno-familiar constitui a fórmula ideal para o êxito da promoção da saúde.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO FOCO DAS ATIVIDADES DE EXTENSÃO DE UMA LIGA ACADÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rayany Cristina de Souza¹; Bruna Aparecida Rodrigues Duarte¹; Ricardo Gonçalves de Holanda²

¹Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: rayanycristinadesouza@gmail.com.

²Mestre em educação do ensino superior. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: O processo educativo em todas as áreas do conhecimento deve ser buscado de modo que acompanhe os profissionais, estudantes e a comunidade promovendo melhorias nos ambientes de trabalho, acadêmico e social. As ligas acadêmicas são entidades estudantis, na qual alunos e professores pactuam em prol do fortalecimento da educação, buscando aprofundar o conhecimento teórico-prático com intuito de ampliar o senso crítico e o raciocínio científico, procurando agregar valores à formação acadêmica e pessoal, além de proporcionar maior contato com a sociedade na busca pela promoção da saúde e a transformação social. Assim, objetivamos descrever a importância das ações de educação em saúde como foco das atividades de extensão de uma liga acadêmica. **Descrição de caso:** A Liga de Urgência e Emergência em Enfermagem (LUREEN) criada em 2009 por discentes do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia almeja, proporcionar o desenvolvimento e a motivação dos integrantes através de pesquisas e extensão na área de urgência e emergência e estender o conhecimento sobre a temática aos demais estudantes da área e a segmentos interessados. Nesse sentido, a LUREEN vem trabalhando fortemente o eixo extensão com ações e atividades de educação em saúde que surgem por demanda espontânea, indo desde aprimoramento de professores da educação básica à treinamento de brigadistas de uma empresa em Santa Juliana, Minas Gerais. No entanto, o principal público das ações de extensão da liga configuram-se em estudantes de ensino fundamental e médio das escolas públicas de Uberlândia. As estratégias de ensino aprendizagem utilizadas são adaptadas segundo o público alvo, podendo as aulas serem realizadas de forma expositiva e prática, através de dinâmicas, discussões e simulações. As aulas são ministradas tanto pelo professor orientador quanto pelos alunos integrantes. **Conclusão:** Entendemos que o aprimoramento da comunidade acerca de primeiros socorros, é de fundamental importância pois há escassez de informações específicas sobre o que se deve ou não fazer frente a um acidente, o qual envolve atitudes simples relacionadas à prática de primeiros socorros. Em muitas situações a falta de conhecimento por parte da população gera agravos, como por exemplo, a manipulação incorreta da vítima. Desse modo compreendemos a extensão universitária como interface estudante e comunidade, sendo a LUREEN um espaço de vivência que supera o caráter assistencial do futuro enfermeiro, se apresentando na verdade como uma troca de aprendizado entre os estudantes e a comunidade, ultrapassando os muros da universidade.

MONITORIA VOLUNTÁRIA PARA A DISCIPLINA DE PROCESSO DE CUIDAR EM ENFERMAGEM I: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Leticia Aparecida Araujo da Paixão¹; Fabiana Ribeiro Santana²; Caliope Pilger³; Nunila Ferreira de Oliveira⁴

¹Acadêmica de Enfermagem da UFG- Regional Catalão. E-mail: leticiapaixaoufg@gmail.com.

²Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão;

³Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão;

⁴Doutora em Ciências. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão

Introdução: A universidade visa a indissociabilidade do ensino, pesquisa e extensão. Nessa direção, oferece aos estudantes diversas atividades que auxiliam o processo de aprendizagem durante a graduação. Entre elas temos o Programa de monitoria que consiste em atividades exercidas conjuntamente, pelo discente e o docente, cujo objetivo vem a ser a consolidação do conhecimento adquirido e a estimulação do interesse do aluno pela docência. **Objetivo:** Relatar a experiência da monitoria voluntária para a disciplina de Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem I, oferecida pela Universidade Federal de Goiás (UFG), Regional Catalão (RC). **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado na graduação do curso de Enfermagem durante os meses de abril a agosto de 2016. Inicialmente foi realizado um processo seletivo, para o Programa de Monitoria Voluntária da UFG-RC, que englobou uma verificação de aprendizagem e uma entrevista com os candidatos. Após a seleção foram disponibilizadas, pelo monitor, 12 horas semanais que se dividiram entre monitorias no laboratório, auxílio ao docente em aulas práticas e horário de estudo. As monitorias eram realizadas em grupos de 5 a 6 alunos, que participavam das atividades uma vez por semana em horários pré-determinados pela monitora. Ao final de cada monitoria os estudantes e a monitora avaliavam a atividade através de um formulário desenvolvido pela docente orientadora. **Resultados:** O exercício da monitoria exige comprometimento, ética ao lidar com os outros discentes, e conhecimento científico por parte do aluno-monitor. Exigências estas que potencializam o processo de aprendizagem do mesmo. A monitoria é um espaço de aprendizado de extrema importância na vida acadêmica do acadêmico de Enfermagem, pois é o espaço onde o mesmo pode realizar as técnicas e se familiarizar com elas, assim melhorando consideravelmente sua destreza manual, habilidade técnica e conhecimentos científicos acerca dos conteúdos abordados. É um espaço de troca de experiências entre estudante-estudante e estudante-monitor. Desta forma, durante a monitoria o monitor vai evoluindo juntamente com os estudantes acompanhados nos laboratórios de enfermagem. As técnicas abordadas durante este processo foram: verificação dos sinais vitais, medidas antropométricas, medidas de precauções padrões, posicionamento de paciente, transferência de paciente e organização da unidade. **Conclusão:** As atividades desenvolvidas no programa de monitoria trazem grandes ganhos aos participantes, seja para o monitor ou estudante. Sendo assim, percebe-se que a monitoria é extrema importância para o processo de ensino-aprendizagem, pois promove um aumento da bagagem de experiências adquiridas durante o período de participação do programa.

PROSTITUIÇÃO FEMININA, MARGINALIZAÇÃO SOCIAL E DETERMINANTES DE SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Ana Rosa Ribeiro Elias¹; Lauro Ricardo de Lima Santos²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³

¹Enfermeira, mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal Uberlândia (UFU) e Coordenadora da UBSF Bom Jesus. Email: anarrib@uol.com.br.

²Enfermeiro, mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador UFU.

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

Introdução: Considerada como uma das profissões mais antigas, presente nas diversas épocas e cantos do mundo, a prostituição é definida como prática de entregar-se a atos sexuais por dinheiro ou qualquer outro bem. No Brasil, não é considerada crime por si só. A exploração, intermediação e indução de mulheres à prostituição, é que são consideradas crimes perante o Código Penal, conforme os artigos 227 e 231. Mesmo diante do grande avanço nas políticas públicas do reconhecimento em 2002 como trabalhadoras pelo Ministério do trabalho, com a denominação de prestador de serviço pela Classificação Brasileira de Ocupações, as profissionais do sexo vivenciam um tema polêmico e de difícil abordagem, com restrições e continuando à margem da sociedade conservadora, que ao mesmo tempo em que a condenam mantém tal comportamento. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura sobre marginalização social e determinantes de saúde na história da prostituição de mulheres no Brasil. **Metodologia:** O estudo trata de uma pesquisa descritiva, documental, de revisão de literatura do tipo narrativa. Foram consultadas as bases de dados de documentos relacionados à saúde: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Electronic Library On-Line), no período de abril a junho de 2016, em língua portuguesa, utilizando como palavras chave na busca: profissionais do sexo, marginalização social, prostituição. **Resultados:** Foram levantados inicialmente 66 artigos, 2 teses e dissertações, 2 capítulos de livros e 3 outras fontes de pesquisa. Após a categorização e escolha dos artigos, foram analisados 10 textos completos. **Conclusão:** Estudos mostram que a prostituição no Brasil é identificada desde o século XIX, e que vem aumentando gradativamente sendo a miséria econômica como um dos principais motivos para a iniciação no mundo da prostituição. Concomitantemente aumentam suas chances de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) além de serem vítimas de violência, discriminação, exposição às más condições de trabalho desfavoráveis à prática sexual segura e baixo nível de escolaridade que facilite a percepção do risco. São mulheres segundo os estudos que iniciaram atividades na prostituição em virtude da miséria e pobreza, ausência de educação e serviço, lares desfeitos, alcoolismo paterno, status social com possibilidade de geração de renda rápida e suficiente, abuso de bebidas alcoólicas, uso de drogas ilícitas, dentre outros fatores. Assim, diante dos mais diversos aspectos ligados à prostituição verificamos a necessidade de ações em saúde, buscando atuar na prevenção de riscos ou até mesmo redução de danos com esta população mais vulnerável socialmente que não pode ou não quer abster-se. Sendo para algumas mulheres considerado como um meio de sobrevivência e para outras um meio de buscar sentido para a vida.

LIGA ACADÊMICA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES (LAPIC): UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Priscila Gomes Martins¹; Arielly Luiza Nunes da Silva¹; Gabriel Vieira de Aguiar¹; Leticia Aparecida Araújo da Paixão¹; Rubia Sousa Brito¹; Calíope Pilger²; Nunila Ferreira de Oliveira²

¹Acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão; E-mail: prigomesm1993@gmail.com;

²Enfermeiras. Doutoradas. Docentes de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão.

Introdução: Este trabalho relata as experiências vividas por um grupo de acadêmicos e professores da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão (UFG/RC) em uma liga acadêmica vinculada ao curso de Enfermagem. **Objetivo:** Descreve as experiências e atividades vivenciadas por membros da LAPIC (Liga Acadêmica de Práticas Integrativas e Complementares) da UFG/RC, baseados na vivência de Reiki, aromaterapia, auriculoterapia, cromoterapia, Do-in e outras práticas que primordialmente promovem bem estar e relaxamento, entre outros benefícios específicos. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência das atividades desenvolvidas na LAPIC, o qual participam acadêmicos de diversos cursos além de profissionais de saúde e comunidade externa. Com encontros quinzenais há estruturação de trabalhos científicos e reuniões periódicas para avaliar a ação e atividades propostas. **Resultados:** As atividades desenvolvidas envolvem apresentação teórica e prática de algumas PIC, através de seminários, discussões e os temas abordados foram: acupuntura, auriculoterapia, reiki, florais, aromaterapia, iridologia, musicoterapia, dançaterapia e as políticas regulamentadoras. Foram desenvolvidos a massagem Shantala e o Curso Formação em Reiki, nível 1, realizado mensalmente para iniciação de novos reikianos membros da Liga. Realizou-se uma visita técnica ao Hospital de Medicina Alternativa de Goiânia/GO, e pesquisas científicas para verificar o conhecimento e aplicabilidade das PIC pelos enfermeiros do município, análises da relação e efeito de algumas PIC com problemas de saúde, além de pesquisas envolvendo espiritualidade e religiosidade. **Conclusão:** Após nova reestruturação da Liga grandes avanços têm sido realizados para melhor visibilidade da mesma e autonomia de seus participantes, dentre eles estão: estruturação da legislação própria, capacitação de membros em diversas PIC e atendimentos para a comunidade interna da UFG/RC em laboratório próprio.

CONSTRUINDO O PROTOCOLO DE HIPOTERMIA NO TRANSOPERATÓRIO NO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Antônio José de Lima Junior¹; Flavia Duarte dos Santos Buso²; Layana de Oliveira e Silva³; Maria Auxiliadora Silva Costa⁴; Maria Cristina Ferreira de Moura⁵; Munique Morais Ramos⁶; Paula Cristina Silva⁶

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás, coordenador de enfermagem do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

²Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade São Camilo, enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HCU-UFU. E-mail: flavinha_denf@yahoo.com.br.

³Graduanda em Enfermagem do 8º Período na Universidade Federal de Uberlândia.

⁴Especialista em Formação Pedagógica para profissionais de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais, enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

⁵Professor Doutor do curso de Graduação em Enfermagem – FAMED, Universidade Federal de Uberlândia.

⁶Graduanda em Enfermagem do 10º Período na Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: Hipotermia não intencional é definida como a temperatura central corporal menor que 36°C, podendo ser classificada em graus leve (32° a 35°), moderada (28° a 32°) e grave (<28°). A queda da temperatura corporal é comum durante o procedimento anestésico devido às alterações provocadas sobre a fisiologia da termorregulação, a diminuição do metabolismo do paciente e a sua exposição ao ambiente de baixa temperatura da sala de cirurgia. Acredita-se que a construção de um protocolo na prevenção e manejo da hipotermia possa reduzir as complicações graves já observadas no centro cirúrgico que interferem na reabilitação do indivíduo, salientando-se as arritmias cardíacas, o aumento da mortalidade, da incidência de infecção do sítio cirúrgico, do sangramento no intraoperatório e conseqüentemente incremento do número de transfusões sanguíneas, da estadia do paciente na sala de recuperação pós-anestésica, acarretando o aumento dos custos finais da estadia hospitalar.

Objetivos: Prevenir a hipotermia transoperatória, a fim de reduzir complicações relacionadas à baixa temperatura corporal, bem como tempo de permanência na recuperação pós-anestésica e custos hospitalares. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão da literatura de artigos e estudos dos últimos dez anos (2006 a 2016) da temática: hipotermia no período transoperatório. A partir disso levantamos os principais fatores de risco, e mediante a realidade institucional, elaboramos um protocolo de prevenção e manejo a ser aplicado aos pacientes cirúrgicos. Sendo que este foi elaborado discutindo os fatores de risco para o desenvolvimento de hipotermia, os grupos mais susceptíveis, a prevenção e controle durante a permanência na sala de operação e na sala de recuperação pós anestesia. **Resultados:** Espera-se que com a aplicação de um protocolo de controle e prevenção da hipotermia ocorra à redução da incidência de quedas da temperatura principalmente em indivíduos de risco (idosos, crianças, neonatos e submetidos a cirurgias de grande porte), devido exposição corporal, temperatura das salas, tipo anestésico utilizado, duração do procedimento, do mesmo modo redução do tempo de permanência na sala de recuperação pós-anestésica e custos com danos provocados ao cliente hipotérmico. **Conclusão:** O conhecimento da equipe de profissionais de saúde sobre as implicações da hipotermia e seus métodos de controle e prevenção é essencial para promoção de cuidados eficazes, com uma relação custo-qualidade adequadas. Sugerimos estudos de investigação futuros sobre o manejo da hipotermia no período transoperatório, bem como a sua comparação com o aumento dos custos para o serviço de saúde.

O CONHECIMENTO DAS MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO SOBRE A PREVENÇÃO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO: REVISÃO DE LITERATURA

Ana Rosa Ribeiro Elias¹; Lauro Ricardo de Lima Santos²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³

¹Enfermeira, mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal Uberlândia (UFU) e Coordenadora da UBSF Bom Jesus – Uberlândia – MG. Email: anarrib@uol.com.br.

²Enfermeiro, mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador UFU.

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

Introdução: Segundo dados do Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2016), o terceiro tumor de maior incidência na população feminina é o do colo do útero, seguindo o de mama e o colorretal, sendo a quarta causa de morte de mulheres no Brasil por câncer. Também chamado de cervical, tem origem por persistente infecção de alguns tipos oncogênicos do Papilomavírus Humano - HPV. Na maioria das vezes, a infecção genital por este vírus é freqüente e não causa doença, regredindo espontaneamente. Mas, há casos que podem sofrer alterações celulares podendo evoluir para o câncer, principalmente no colo do útero. Através da realização periódica de exame preventivo, as alterações das células podem ser descobertas e na grande maioria curável. Além da infecção pelo HPV, fatores como imunidade, genética e comportamento sexual podem contribuir para a regressão ou evolução da infecção e consequentemente lesões precursoras ou o câncer. Estudos demonstram que a população feminina mais vulnerável ao câncer do colo do útero tem como principais características: baixo nível socioeconômico, multiplicidade de parceiros sexuais e gestações, início precoce de atividade sexual, tabagismo, uso de contraceptivo oral, imunossupressão, infecção pelo HPV e a baixa ingestão de vitaminas. Assim, as mulheres profissionais do sexo vivem expostas a vários fatores de risco, podendo adquirir e contribuir para a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis (IST) e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), bem como desenvolver o câncer do colo do útero. **Objetivo:** Realizar uma revisão de literatura sobre o conhecimento das mulheres profissionais do sexo sobre a prevenção do câncer do colo do útero. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental, de revisão de literatura do tipo narrativa. Foram consultadas as bases de dados de documentos relacionados à saúde: LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library On-Line), no período de maio a agosto de 2016, em língua portuguesa, utilizando como palavras chave na busca: câncer do colo do útero, profissionais do sexo, conhecimento. **Resultados:** Foram levantados inicialmente 45 artigos, 2 capítulos de livros e 2 outras fontes de pesquisa. Após a categorização e escolha dos artigos, foram analisados 12 textos completos. **Conclusão:** O estudo evidenciou que a maioria das mulheres profissionais do sexo relatou não receber assistência médica e desconhecer orientações com relação à prevenção a IST e fatores de risco evitáveis. Fato ocasionado pela barreira que enfrentam entre a profissão e o sistema de saúde público, Verificando-se a necessidade de estratégias dos serviços de saúde não só em tratamento, bem como educação e promoção em saúde para prevenção do câncer do colo do útero e outras IST.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO TRAUMA RAQUIMEDULAR

Camila Alves Mello¹; Arthur Velloso Antunes²; Fernanda Gomes de Almeida³; Nayline Martins Pereira⁴

¹Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU. E-mail: camila10enfe@yahoo.com.br

²Enfermeiro, Doutor, Professor associado do curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho e Gestão de Enfermagem pela UCAM/Instituto Passo 1.

⁴Pós Graduanda em UTI pela CEEN - Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.

Introdução: O Trauma Raquimedular Medular é uma das doenças mais devastadoras que atingem a sociedade moderna, afetando principalmente indivíduos jovens, previamente hígidos economicamente ativos, apresentando grande impacto social. Provocam sequelas neurológicas e psicológicas graves, bem como na economia familiar e na sociedade civil, pois atingem principalmente pacientes em idade profissional produtiva. **Objetivo:** Analisar o perfil epidemiológico dos pacientes acometidos por traumatismo raquimedular; levantar as principais sequelas decorrentes dos traumatismos raquimedular e analisar os cuidados de enfermagem recomendados para os pacientes acometidos por traumatismo raquimedular. **Metodologia:** Este estudo foi realizado através de levantamento bibliográfico. Utilizaram-se ferramentas da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS-BIREME). Foram incluídos no estudo apenas os artigos realizados pela Enfermagem no Brasil, publicados durante o período de 2000 a 2015, disponibilizados online na íntegra. **Resultados:** O predomínio é de pacientes do sexo masculino e em idade produtiva, com média de 27,18 anos. As principais sequelas observadas foram a de lesão completa e incompleta os principais cuidados são aqueles que visam atender às necessidade eliminação (Constipação e Retenção urinária) e motilidade que propiciam a ocorrência de úlcera por pressão, deficiência no autocuidado e trombose venosa profunda. **Conclusão:** O impacto no custo de saúde pública e de previdência, uma vez que são lesões de alta taxa de morbidade e acometimento predominante de pessoas em faixa etária produtiva; almeja-se nortear os profissionais de saúde para novas pesquisas devido à carência de estudos epidemiológicos significativos e subsidiar políticas públicas focadas na prevenção do TRM.

COMPORTAMENTO DE SAÚDE E USO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE UBERLÂNDIA

Priscilla Larissa Silva Pires¹; Gabriel Terencio Soares²; Adriane Batista de Araújo³; Vanessa Cristina Bertussi⁴; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira⁵

¹ Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: prih-larissa@hotmail.com

² Acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

³ Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e Enfermeira Estratégia Saúde da Família.

⁴ Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Introdução: Atualmente, as substâncias psicoativas (SPA) são definidas como drogas que atuam no sistema nervoso central modificando o comportamento, cognição, consciência e o humor do indivíduo. Além disso, o consumo dessas substâncias pode ser considerado como uma das esferas de um espectro ainda mais abrangente denominado comportamentos de saúde, que sucintamente é definido como qualquer atividade realizada por uma pessoa crendo-se saudável, com a finalidade de prevenir a doença ou o detectar numa fase assintomática. Do ponto de vista psicossocial, os profissionais da área da saúde são uma população que merece atenção, por estarem em sofrimento psíquico e sobrecarga de trabalho devido à tensão exercida durante sua jornada. **Objetivo:** Descrever os comportamentos de saúde dos profissionais de enfermagem de um Hospital-Escola associado ao uso problemático de álcool e outras drogas. **Metodologia:** Estudo desenvolvido em um Hospital de Clínicas de Uberlândia, de abordagem quantitativa, descritivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, realizado no período entre junho e agosto de 2016. O instrumento para coleta de dados utilizados foi o ASSIST E Questionário dos Comportamentos de Saúde (QCS). **Resultados:** A amostra foi composta por 416 profissionais com predominância no sexo feminino (85,2%), com idade de 30-40 anos (42,4%), sendo católicas (44,1%), casadas (69,5%) e exercendo a função de técnicas de enfermagem (49,3%). Dentre as SPA mais frequentes de uso moderado entre os profissionais, destaca-se o álcool (7%), o tabaco (6,5%), maconha (2,4%) e sedativos (2,1%). Na análise dos domínios do QCS, observa-se que o exercício físico apresentou uma Média (M) de 11,27, a nutrição (M=13,58), e o uso de drogas e similares (M=12,91) aparecem com valores acima do esperado, demonstrando comportamentos de saúde piores nesses três aspectos, de maneira geral, entre os profissionais de enfermagem. **Conclusão:** Evidencia-se um valor significativo referente ao uso do álcool e tabaco, sendo prejudicial a sua saúde e até mesmo, seu desempenho no trabalho, pois há casos em que chegam embriagados e/ou alterados para cumprir o turno. Portanto, estudos deste gênero tornam-se necessários, sendo de suma importância abordar sobre o uso de SPA no ambiente de trabalho, promovendo programas de prevenção e qualidade de vida ao trabalhador.

COMPARAÇÃO DAS MEDIDAS DE ATIVAÇÃO E DE AUTOESTIMA ENTRE INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS SEGUNDO A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR

Nadaby Maria de Jesus¹; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Ana Dalla Santana Lima⁴; Camila de Moraes Rodrigues⁴; Duana Betina da Rocha⁴; Omar Pereira de Almeida Neto⁵; Cristiane Martins Cunha⁶

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.. E-mail: nadabymaria@outlook.com

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Professor Assistente do Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Goiás.

⁶Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: Indivíduos mais ativados são mais pró-ativos e colaborativos no manejo e autogestão de sua condição crônica. Níveis mais altos de autoestima motivam e predispoem esses indivíduos a realizarem mais comportamentos saudáveis, a exemplo da atividade física regular. **Objetivos:** Comparar os escores de ativação e de autoestima de indivíduos com doenças crônicas conforme a realização de atividade física regular. **Metodologia:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “Escala de autoestima de Rosenberg” (EAER) e o “*Patient Activation Measure*” (PAM13) foram utilizados na coleta dos dados. Foi usado os testes Mann Whitney para avaliar as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). A maioria era do sexo feminino (62,0%); 60,2% eram casados; 9,6% tinham entre 18 e 29 anos, 63,5% entre 30 e 59 anos e 26,9% acima de 60 anos. Tanto as medidas de ativação como as medidas de autoestima apresentaram escores medianos significativamente maiores nos indivíduos com doenças crônicas que referiram praticar atividade física regular ($p = 0,014$ e $p = 0,006$, respectivamente). **Conclusão:** Na amostra estudada, os escores medianos de autoestima e de ativação foram significativamente maiores em indivíduos que praticam atividade física regular comparado com indivíduos que não praticam. É importante e viável que a equipe de enfermagem estimule os indivíduos com doença crônica a realizar atividade física regular, no entanto é importante considerar as limitações peculiares a cada condição.

CORRELAÇÃO ENTRE ESTADO DE SAÚDE PERCEBIDO E ATIVAÇÃO DE INDIVÍDUOS COM DOENÇAS CRÔNICAS COM O TEMPO DE ESTUDO E A RENDA

Nadaby Maria de Jesus¹; Clesnan Mendes-Rodrigues²; Eliana Borges Silva Pereira³; Paulo Henrique Souto Pereira³; Ana Dalla Santana Lima⁴; Camila de Moraes Rodrigues⁴; Duana Betina da Rocha⁴; Cristiane Martins Cunha⁵

¹Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.. E-mail: nadabymaria@outlook.com

²Enfermeiro. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pós-graduandos em Enfermagem Fundamental. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

⁴Acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Enfermeira. Professor Adjunto em Enfermagem. Curso de Graduação em Enfermagem. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: Indivíduos com maior tempo de estudo tendem a ter melhor renda. Essas variáveis podem se relacionar com melhor estado de saúde percebido e com a melhor pró-atividade do indivíduo com doença crônica para cuidar de sua saúde e realizar comportamentos saudáveis. **Objetivos:** Correlacionar o tempo de estudo e a renda com os escores de estado de saúde percebido e escores de ativação de indivíduos com doenças crônicas. **Metodologia:** Estudo observacional e de corte transversal. Os dados foram coletados por entrevistas individuais e consulta aos prontuários em indivíduos com idade entre 18 a 80 anos e com diagnóstico clínico de doenças crônicas, há pelo menos 6 meses, em acompanhamento clínico nos ambulatórios de um hospital universitário localizado no interior de Minas Gerais. A “Escala Visual analógica do Euroqol” (EQ-EVA) e o “Patient Activation Measure” (PAM13) foram utilizados na coleta dos dados. Foram usados os testes de correlação de Spearman para avaliar as variáveis de interesse. Nível de significância adotado foi 0,05. **Resultados:** Participaram 513 indivíduos com doenças cardiovasculares (26,1%), reumatológicas (16,8%), metabólicas (15,6%), câncer (13,6%), doenças inflamatórias intestinais (9,7%) e doenças renais (5,5%). A maioria era do sexo feminino (62,0%); 60,2% eram casados; 9,6% tinham entre 18 e 29 anos, 63,5% entre 30 e 59 anos e 26,9% acima de 60 anos. Verificamos correlações fracas entre o estado de saúde percebido com o tempo de estudo ($r = 0,062$; $p = 0,162$) e a renda ($r = 0,008$; $p = 0,862$) e correlações fracas e significativas entre as medidas de ativação com o tempo de estudo ($r = 0,125$; $p = 0,004$) e a renda ($r = 0,022$; $p = 0,623$). **Conclusão:** Na amostra estudada, constatamos que não há correlação entre o estado de saúde percebido com o tempo de estudo e com a renda, o mesmo aconteceu com relação às medidas de ativação em relação à renda. Apenas o tempo de estudo que apresentou correlações significativas com a medida de ativação desses indivíduos, porém de magnitude fraca. O tempo de estudo é uma variável que precisa ser considerada no cuidado de enfermagem aos indivíduos com doenças crônicas, no que se refere à sua predisposição ao autocuidado (ativação) da saúde.

RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO OPERATIVO DE SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: VIVÊNCIA DO ENFERMEIRO FRENTE O TRABALHO MULTIPROFISSIONAL

Amanda Ramos Vieira¹; Andressa Cristina Mendonda²; Arthur Rodrigues Cunha³; Cibelly Ramos⁴; Emanuela Alves Martins⁵; Lígia Carolina Borges Faria⁶; Maria Tereza Melo Aguiar⁷; Mariana Silva e Nunes França⁸

¹Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED –UFU.

²Acadêmica de enfermagem do 10º período, da FAMED –UFU.

³Enfermeiro, residente. Residência Multiprofissional da FAMED –UFU.

⁴Dentista, residente. Residência Multiprofissional da FAMED –UFU.

⁵Assistente, Social residente, Residência Multiprofissional da FAMED –UFU.

⁶Psicóloga residente. Residência Multiprofissional FAMED –UFU.

⁷Enfermeira coordenadora da UBSF do Custódio Pereira.

⁸Enfermeira coordenadora da UBS do Custódio Pereira. E-mail. mariananunes.enf@hotmail.com

INTRODUÇÃO: A Política nacional de atenção integral a saúde do homem, objetiva a mudança da percepção masculina acerca do seu modo de vida e principalmente como ele se cuida, priorizando a inserção desse público na atenção primária, com o intuito de melhorar a condição de saúde dos mesmos. **OBJETIVO.** Apresentar a experiência do desenvolvimento de um grupo operativo com homens na atenção básica com o trabalho do enfermeiro frente a equipe multiprofissional. **METODOLOGIA.** O grupo foi uma iniciativa fundada por residentes multiprofissionais da área de atenção em oncologia no ano de 2014, visto a grande demanda em saúde desse público e a não existência de nenhuma atividade específica para esses indivíduos. Os grupos são realizados quinzenalmente na UBSF do bairro Custódio Pereira em Uberlândia com duração de 50 minutos. Participam dos encontros em média 25 homens moradores da área de abrangência da unidade, com idade média acima de 50 anos. Nas reuniões são abordadas diversas temáticas, com foco principal em atividades preventivas, destacando-se os principais tipos de câncer que acometem este público; alimentação e hábitos saudáveis; principais co-morbidades, além de formas de tratamento. **RESULTADOS.** Com o desenvolvimento do grupo, algumas experiências exitosas puderam ser alcançadas, como a adesão do público masculino que passou a procurar com maior frequência a unidade de saúde; participação e interesse dos participantes com questionamentos e perguntas pertinentes sobre os temas abordados, retornos de consultas, marcação de exames e consultas médicas. Por outro lado, surgiram algumas dificuldades como o horário de início e término do grupo (período noturno), as oscilações nas participações e os períodos em que a unidade fica sem a presença dos residentes (ficando os mesmos alocados apenas por oito meses) dificultando a continuidade do grupo, manutenção e a criação de vínculos com os participantes principalmente com o enfermeiro. **CONCLUSÃO:** A partir da experiência realizada com estes homens é possível perceber que os participantes adquirem maior grau de autonomia com relação ao seu processo de saúde e ao próprio cuidado, além de demonstrar a importância do mesmo na manutenção de sua qualidade de vida aproximando este público do serviço de saúde.

O DESENVOLVIMENTO DE OFICINA TERAPÊUTICA PELOS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM COM A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO SETOR DE PSIQUIATRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Layana de Oliveira e Silva¹; Luana Luiza Alves¹; Mirella de Piemonte Pereira Borges¹; Marcos Martins da Costa¹; Priscilla Larissa Silva Pires¹; Alan Kardec de Oliveira²; Rejane Maria Dias de Abreu Gonçalves³; Livia Ferreira Oliveira⁴; Mônica Rodrigues da Silva⁵

¹Acadêmico da graduação de Enfermagem pela UFU; E-mail: layanaenf@gmail.com

³Especialista em Saúde Mental. Enfermeiro e Coordenador do Setor de Psiquiatria HC-UFU.

⁴Doutora Ciências da Saúde. Referência Técnica em Enfermagem na Saúde Mental, HC-UFU.

⁵Doutora Ciências da Saúde. Docente Adjunto I Curso de Graduação em Enfermagem, UFU.

⁶Mestre em Enfermagem Psiquiátrica. Docente na Graduação em Enfermagem, UFU.

Introdução: a Organização Mundial da Saúde considera saúde mental, como o estado de bem-estar de um indivíduo, no qual ele usa suas próprias habilidades, recupera-se do estresse rotineiro e contribui com a sua comunidade. Os profissionais da área de saúde mental, trabalhando em ambiente com elevada demanda emocional encontram-se vulneráveis a esse estresse. Desta forma, existe a necessidade da aplicação das oficinas terapêuticas, por meio de atividades que valorize a imaginação, a criatividade e busque uma solução para conflitos internos e externos e que evite o adoecimento da equipe. **Objetivo:** relatar a experiência da oficina terapêutica realizada com os profissionais da equipe de enfermagem do setor de psiquiatria pelos acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, durante o ensino clínico de Saúde Mental no setor de Psiquiatria, no período de três semanas no mês de setembro de 2016. E compreendeu dois momentos: o levantamento de temas e o desenvolvimento de oficina terapêutica. **Resultados:** durante o ensino clínico foi possível vivenciar as atividades assistenciais e educativas realizadas pelo enfermeiro. Surgindo a necessidade de se trabalhar com a equipe de enfermagem visto que o contato com indivíduos vulneráveis mentalmente pode acarretar o adoecimento emocional da equipe. No primeiro encontro temas como: manifestações clínicas e o manejo de enfermagem frente aos processos patológicos mentais foram os mais citados pelos profissionais. Frente a isso foi realizada uma oficina terapêutica na qual se teve o intuito de mostrar aos profissionais os sintomas que são relatados pelos pacientes psiquiátricos. Ao término dessa primeira atividade, alguns profissionais ressaltaram que vivenciar seus sintomas, é algo incômodo, favorecendo a reflexão da relevância do conhecimento de alguns dos sinais e sintomas de pacientes que possuem algum processo patológico mental. E ainda ressaltaram a importância do acolhimento e dos cuidados prestados, os quais devem levar em consideração as particularidades de cada paciente. Ao final da dinâmica foi proposto aos profissionais deixarem uma mensagem em um cartaz sobre: O que é ser profissional? Assim, expressões como respeito, amor, união, compreensão foram as mais mencionadas, o que indica que a dinâmica visou auxiliar na resignificação sobre o que é o ser humano com distúrbio mental. **Conclusão:** essa vivência possibilitou a quebra do paradigma referente ao setor psiquiátrico, demonstrando ser, assim como os demais, um ambiente agradável para exercer o cuidado. E ainda propiciou verificar a necessidade de intervenções terapêuticas com os profissionais na unidade para diminuir a tensão frente ao cuidado prestado em um ambiente vulnerável emocionalmente.

HIPOVITAMINOSE D E DIABETES MELLITUS TIPO 1: REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Alberto Lopes Ribeiro Júnior¹; Lágila Cristina Nogueira Martins²; Thales Antônio Martins Soares³; Lauro Ricardo de Lima Santos⁴; Omar Pereira de Almeida Neto⁵

¹Enfermeiro. Pós-Graduando em Nefrologia. E-mail: lopes.alrj@gmail.com.

²Graduanda em Enfermagem – UFU.

³Enfermeiro. Pós-Graduando em Acupuntura.

⁴Enfermeiro. Mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – UFU.

⁵Enfermeiro. Docente na Universidade Federal de Goiás. Doutorando em Atenção à Saúde – UFTM.

Introdução: A hipovitaminose D vem sendo associada com diversas doenças autoimunes. A carência desta vitamina no organismo é altamente prevalente em todas as raças, regiões geográficas, idades e condição socioeconômica. Existe uma lacuna na literatura acerca da relação entre hipovitaminose D específica para diabetes mellitus tipo 1 (DM1). **Objetivo:** O presente estudo pretende evidenciar o que a literatura descreve de relação entre hipovitaminose D e DM1. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores type1 diabetes mellitus/diabetes mellitus tipo 1, vitamin D deficiency/deficiência de vitamina D interligados pelo operador booleano AND nas bases de dados PUBMED (US National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) no Portal de Pesquisa da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Foram incluídos artigos publicados entre 2010-2015, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês e que respondessem a pergunta principal deste estudo. **Resultados:** Foram encontrados 237 artigos. Após os critérios de inclusão e exclusão apenas 6 respondiam à pergunta norteadora, sendo 4 na base PUBMED e 2 BVS. A hipovitaminose D se relacionou com DM1 pelas seguintes evidências: baixa exposição solar; moduladora da resposta inflamatória; Aumento e controle de secreção pancreática; Controle de auto anticorpos em ilhotas pancreáticas; Expressão de proteica C reativa em processos inflamatórios. **Conclusão:** A literatura é escassa de publicações que estabeleçam relação entre hipovitaminose D e DM1. Estudos do tipo prospectivo e experimentais necessitam ser realizados para solidificar a temática proposta.

SUPLEMENTAÇÃO COM VITAMINA D DE PACIENTES COM HIPOVITAMINOSE D E DOENÇA RENAL CRÔNICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Alberto Lopes Ribeiro Júnior¹; Lágila Cristina Nogueira Martins²; Maria Elizabeth Roza Pereira³; Lauro Ricardo de Lima Santos⁴; Omar Pereira de Almeida Neto⁵

¹Enfermeiro. Pós-Graduando em Nefrologia. E-mail: lopes.alrj@gmail.com.

²Graduanda em Enfermagem – UFU.

³ Enfermeira. Mestre. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem UFU/MG

⁴Enfermeiro. Mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – UFU.

⁵Enfermeiro. Docente na Universidade Federal de Goiás. Doutorando em Atenção à Saúde – UFTM.

Introdução: Nos últimos anos, a vitamina D tem sido amplamente pesquisada e notou-se que seu papel vai muito além da atuação no metabolismo ósseo e do cálcio, observando sua influência sobre os sistemas cardiovascular, imunológico e na modulação dos processos patológicos e fisiológicos, atuando desta forma, na diminuição do risco de certas doenças crônicas, como a doença renal crônica (DRC).

Objetivo: Evidenciar qual a relação estabelecida na literatura acerca da suplementação com vitamina D em pacientes com hipovitaminose D e DRC. **Metodologia:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, utilizando os descritores kidneyinsufficiency/insuficiência renal, vitamin D deficiency/deficiência de vitamina D e dietary supplement/suplementos nutricionais interligados pelo operador booleano AND nas bases de dados US National Library of Medicine (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e National Library of Medicine (MedLine). Foram incluídos artigos publicados entre 2010-2015, disponíveis na íntegra, nos idiomas português, espanhol e inglês e que respondessem a pergunta principal deste estudo. **Resultados:** Foram encontrados 101 artigos. Após os critérios de inclusão e exclusão apenas 7 respondiam à pergunta norteadora, sendo 5 na base PUBMED e 2 MedLine. A suplementação com vitamina D evidenciou os seguintes efeitos em indivíduos com DRC: redução da proteinúria, da pressão arterial, dos níveis de cálcio intracelular e ionizado, do PTH, aumento da TFG, dos níveis de 25(OH)D; aumento nos níveis de 1,25-di(OH)D. **Conclusão:** A literatura é escassa de publicações que evidenciam os efeitos da suplementação com vitamina D em pacientes com DRC. Estudos do tipo prospectivo e experimentais necessitam ser realizados para solidificar a temática proposta.

AUDITORIA NA BUSCA DE OTIMIZAÇÃO DOS RECURSOS MATERIAS EM SALA CIRÚRGICA

Antônio José de Lima Junior¹; Flavia Duarte dos Santos Buso²; Layana de Oliveira e Silva³; Maria Auxiliadora Silva Costa⁴; Maria Cristina de Moura Ferreira⁵; Munique Morais Ramos⁶; Paula Cristina Silva⁷

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás, coordenador de enfermagem do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

²Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade São Camilo, enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

³Graduanda em Enfermagem do 8º Período na Universidade Federal de Uberlândia.

⁴Especialista em Formação Pedagógica para profissionais de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais, enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

⁵Professor Doutor do curso de Graduação em Enfermagem – FAMED, Universidade Federal de Uberlândia.

⁶Graduanda em Enfermagem do 10º Período na Universidade Federal de Uberlândia.

⁷Graduanda em Enfermagem do 10º Período na Universidade Federal de Uberlândia.. E-mail: paullakristyna@gmail.com.

Introdução: A auditoria é um conjunto de métodos de cunho administrativo, desenvolvendo ações independentes de observação, consultoria, questionamento e checagem, para propor aplicação de instrumentos de avaliação e modificações, o que auxilia na organização e alcance dos objetivos propostos pela administração. Sabe-se que a utilização destes instrumentos propicia a identificação de falhas e formas de preveni-las, reforçando os controles. Através da experiência e vivencia no centro cirúrgico observamos falhas que repercutem em atrasos nas cirurgias, desgastes psicofísicos dos servidores e dos clientes. Neste sentido, a aplicação do check list de montagem da sala cirúrgica, revisa, avalia a eficácia e determina a extensão do cumprimento das normas, planos e instrumentos vigentes. **Objetivo:** Otimizar o uso de recursos materiais e equipamentos nas salas de cirurgia. **Metodologia:** Foi realizada uma auditoria da montagem das salas cirúrgicas no Centro Cirúrgico de um hospital universitário, que avaliou o preenchimento do check list utilizado para a montagem das salas conforme layout pré-estabelecido para cada sala cirúrgica. O período de coleta de dados ocorreu nos dias úteis de 22 de agosto de 2016 a 22 de setembro de 2016. A seleção das salas auditadas ocorreu de forma aleatória, mediante um sorteio diário de quatro salas de cirurgia (salas: 1; 3; 4; 5; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15), que eram organizadas, em acordo com os instrumentos supracitados todos os dias pela equipe de enfermagem do turno da noite. Os dados foram gerenciados no Programa Microsoft Office Excel® 2010, posteriormente foram realizadas análises exploratórias das seguintes variáveis: preenchimento do check list; não conformidade encontrada: mobília excedente, identificação e disposição dos equipamentos que divergem do layout da sala. **Resultados:** Foram analisadas 88 salas cirúrgicas, das quais 84 (95,4%) apresentavam o check list preenchido, destes 63 (75%) continham não conformidades. Havia mobília excedente em 23 (36,5%) salas, equipamentos sem identificação em 15 (23,8%) salas e 48 (76,2%) salas estavam montadas diferente do layout. **Conclusão:** A realização da auditoria propicia o uso racional de materiais e equipamentos cirúrgicos, com a finalidade de otimizar recursos e aumentar a qualidade dos processos de trabalho.

CARACTERIZAÇÃO DAS CIRURGIAS DE URGÊNCIA NO CENTRO CIRÚRGICO DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Antônio José de Lima Junior¹; Flavia Duarte dos Santos Buso²; Layana de Oliveira e Silva³; Maria Auxiliadora Silva Costa⁴; Maria Cristina de Moura Ferreira⁵; Paula Cristina Silva⁶; Munique Morais Ramos⁷

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Goiás, coordenador de enfermagem do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

²Especialista em Terapia Intensiva pela Universidade São Camilo, enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

³Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia (UFU).

⁴Especialista em Formação Pedagógica para profissionais de Saúde pela Universidade Federal de Minas Gerais, enfermeira assistencial do Centro Cirúrgico do HCU-UFU.

⁵Professor Doutor do curso de Graduação em Enfermagem – FAMED, UFU.

⁶Graduanda em Enfermagem na UFU. E-mail: munique_morais@yahoo.com.br.

⁷Graduanda em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: Cirurgia eletiva é aquela em que o procedimento cirúrgico é programado para uma data oportuna, a fim de obter diversos exames prévios e conhecer a condição clínica do paciente. Já os procedimentos classificados como urgentes são aqueles em que o paciente apresenta uma condição clínica grave sem risco de vida imediato, que necessite de intervenção cirúrgica rápida, o cliente pode aguardar a cirurgia pelo prazo de 24 a 48 horas. Com base nas listas de urgências de um centro cirúrgico de um hospital terciário notou-se um aumento na solicitação de intervenções cirúrgicas urgentes, tal situação gera sobrecarga do setor, dificultando a prestação de serviços a todos usuários que demandam este tipo de atendimento. **Objetivo:** Caracterizar as cirurgias de urgências solicitadas ao centro cirúrgico de um hospital universitário. **Metodologia:** Foi realizado uma tabulação de dados a partir de informações públicas disponíveis no Sistema de Informações Hospitalares, de pacientes incluídos na lista cirúrgica de urgência. O período de coleta de dados ocorreu de 15 de junho de 2016 a 15 de setembro de 2016. Os dados foram gerenciados no Programa Microsoft Office Excel® 2010, posteriormente foram realizadas análises exploratórias das seguintes variáveis: via de entrada no hospital, especialidade cirúrgica e realização do procedimento. **Resultados:** No período de coleta estabelecido foi alcançado um total de 1446 pacientes presentes na lista da urgência. Destes 390 (26,9%) deram entrada no hospital por busca espontânea/carta, 134 (9,3%) através da internação/cirurgia eletiva, 736 (50,9%) por transferência inter-hospitalar e 186 (12,9%) trazidos por equipes de atendimento pré-hospitalar. Dos pacientes incluídos na coleta 1165 (80,5%) realizaram o procedimento cirúrgico incluído na lista de urgência, sendo que desses, 168 (14,4%) procedimentos foram executados pela equipe da Geral, 77 (6,6%) pela Neurologia, 61 (5,2%) pela Pediátrica, 102 (8,75%) pela Torácica, 415 (35,6%) pela Traumatologia, 140 (12%) pela Urologia e 80 (6,8%) pela Vascular. **Conclusão:** O número de procedimentos cirúrgicos urgentes solicitados ao centro cirúrgico é satisfatório, porém o cancelamento de uma elevada proporção ainda é um desafio para instituição. Sendo assim, a identificação das problemáticas e necessidades para o cumprimento efetivo de todos os procedimentos cirúrgicos, caracterizados como urgentes, permite avaliar e estabelecer intervenção em saúde, tanto em relação ao cliente quanto à própria equipe de saúde, em busca do alcance de metas de gestão pré-estabelecidas.

PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES DE SÍTIO CIRÚRGICO EM CIRURGIAS CARDÍACAS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO APÓS MUDANÇA DA ANTIBIOTICOPROFILAXIA

Henrique de Villa Alves¹; Astrídia Marília de Souza Fontes¹; Lucimar Cardoso S. Marques²; Simone Franco Osme³; Jaqueline Resende⁴; Jéssica de Almeida Santos⁵.

¹Médicos do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (HCU/UFU);

²Técnica em enfermagem do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (HCU/UFU);

³Farmacêutica do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (HCU/UFU);

⁴Enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (HCU/UFU);

⁵Acadêmica de Enfermagem (UFU) e estagiária do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (HCU/UFU) . E-mail: jessica31enf@gmail.com

Introdução: As cirurgias cardíacas são consideradas procedimentos de médio e grande porte. Dentre as complicações mais temidas, destacam-se as infecções de sítio cirúrgico (ISC), classificadas em incisionais - superficiais ou profundas – e de órgão ou cavidades. A antibioticoprofilaxia é uma das medidas mais utilizadas na prevenção das ISC. **Objetivo:** Avaliar a prevalência das infecções de sítio cirúrgico (incisionais e/ou de órgão/cavidade) em cirurgias cardíacas limpas após a substituição da cefazolina pela cefuroxima como antimicrobiano profilático em um Hospital Universitário. **Metodologia:** Levantamento retrospectivo, do tipo antes e depois, dos anos de 2009 a 2015, das cirurgias cardíacas realizadas pelo hospital anualmente, bem como o total de infecções de sítio cirúrgico e o antimicrobiano profilático utilizado, que até 2012 era a cefazolina e a partir de 2013, objetivando uma melhor cobertura de germes Gram negativos, padronizou-se a cefuroxima. **Resultados:** Nos anos de 2009, 2010, 2011 e 2012, a prevalência de ISC em cirurgias cardíacas foi de, respectivamente, 9,37%, 17,89%, 23,07% e 25,24% (média de 19,8%). Após a troca da antibioticoprofilaxia, de cefazolina para cefuroxima, esta mesma prevalência foi de 17,42% em 2013, 10,13% em 2014 e 17,07%, em 2015 (média de 14,64%). Esta diferença de 5,16% entre os dois períodos, na prevalência das ISC nas cirurgias cardíacas realizadas foi significativa ($p=0,0292^*$). **Conclusão:** A partir desse estudo, observamos uma redução significativa na prevalência de infecções de sítio cirúrgico em cirurgias cardíacas, após a troca do antimicrobiano profilático. Entretanto, outras medidas foram adotadas, como estratégia para redução dessas infecções. É necessário uma avaliação mais criteriosa, abrangendo as demais medidas adotadas. Teste Binominal para Duas Proporções.

ESTUDO DE CASO: REVASCULARIZAÇÃO DO MIOCÁRDIO

Isabella Pavarine de Souza¹; Jéssica Luisa Silva²; Jessica Almeida³; Iolanda Braga⁴; Patrícia Magnabosco⁵; Valéria Nasser Figueiredo⁶

¹Graduanda em Enfermagem – Licenciatura e Bacharelado pela FAMED/UFU. Email: bellapavarine@hotmail.com.

²Graduanda em Enfermagem – Licenciatura e Bacharelado pela FAMED/UFU;

³Graduanda em Enfermagem – Licenciatura e Bacharelado pela FAMED/UFU;

⁴Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia;

⁵Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;

⁶Doutorado em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas.

Introdução: A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial e acomete principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre. As artérias coronárias são as responsáveis por fornecer oxigênio e nutrientes para o miocárdio. Entretanto, com as obstruções, como a formação da placa aterosclerótica, a falta de sangue deve ser revertida e a cirurgia cardíaca oferece a técnica Cirúrgica de Revascularização do Miocárdio (CRM), transportando o sangue para o território isquêmico através de um conduto. **Descrição do caso:** Aprovado pelo CEP: 1.715.990. UNO, 75 anos, Peso: 65,7 kg, Altura: 1,66m², IMC: 23,84kg/m². Portador das comorbidades: Diabetes Melitus e Hipertensão Arterial. Paciente deu entrada na Unidade de Atendimento Integrado (UAI) no dia 02/06/2016, com precordialgia de moderada intensidade que irradiava para membro superior esquerdo e região dorsal tipo queimação, foi diagnosticado com Infarto Agudo do Miocárdio sem supra de ST, em 07/07/2016, realizado Cateterismo que mostrou obstrução coronariana triarterial complexa e grave sendo indicada a Cirurgia de Revascularização do Miocárdio. Em 19/08/2016, paciente deu entrada no HC-UFU com dor torácica ao esforço acompanhada de dispneia, com diagnóstico de Infarto Agudo do Miocárdio sem Supra de ST. Realizada CRM em 09/09/2016, sem intercorrências. Pós-operatório sem alterações, com ferida sem deiscência e sem sinais de infecção. No dia 20/09/2016 paciente apresentou dificuldade de urinar, sendo diagnosticado com Infecção do Trato Urinário (ITU) por *Klebsiella*, em tratamento com antibioticoterapia. No dia 29/09/2016, paciente recebeu alta hospitalar sendo agendado retorno em Ambulatório de Cardiologia do HC-UFU. **Conclusão:** Apesar de a ITU hospitalar ser responsável por aproximadamente 40% de todas as infecções hospitalares, sendo também uma das fontes importantes de sepse hospitalar, neste caso, mesmo prolongando o período de internação, o paciente apresentou ótima evolução clínica e resposta terapêutica.

INCIDÊNCIA E PERFIL DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM UBERLÂNDIA-MG

Adriana Elisa dos Santos Terra¹; Poliana Castro de Resende Bonati²; Paula Carolina Bejo Wolkers³; Adriana Castro de Resende Alvarenga⁴; Fernanda Nascimento Alves⁵

¹ Farmacêutica da Vigilância Epidemiológica de Uberlândia. E-mail: adrianaeterra@yahoo.com.br

² Enfermeira Mestre do Programa Municipal de Imunização de Uberlândia-MG

³ Enfermeira Doutora do Ambulatório de Pediatria do HC-UFU

⁴ Pedagoga da Prefeitura Municipal de Uberlândia-MG

⁵ Enfermeira Residente no Programa Multiprofissional de Saúde da Criança da UFU

Introdução: A violência sexual caracteriza-se como um complexo problema de saúde pública, podendo trazer consequências físicas e psicológicas para a saúde das pessoas vitimadas. Enquanto a violência urbana atinge em sua maioria a população masculina, a maioria das violências sexuais ocorre com crianças e mulheres, tendo como principal local de ocorrência o ambiente familiar, expressando questões culturais de exploração, dominação e relações de poder. Este fator possivelmente contribui para a subnotificação dos casos, no Brasil estima-se que os registros das delegacias correspondam a apenas 10 a 20% dos episódios que realmente acontecem. **Objetivos:** Caracterizar através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) o perfil das vítimas de violência sexual no município de Uberlândia no período de 2013 a setembro de 2016. **Metodologia:** trata-se de um estudo transversal feito a partir dos registros de notificação compulsória da população de Uberlândia, contidos no banco de dados SINAN, no período de 2013 a setembro de 2016. **Resultados:** Segundo os dados contidos no SINAN, no período do ano de 2013 a setembro de 2016 foram notificados 357 casos de violência sexual. Sendo 104 casos no ano de 2013, 108 no ano de 2014, 90 no ano de 2015 e 55 até setembro do ano de 2016. Destes 88% (n=317) eram do sexo feminino, 51,2 % solteiras (n=183), 46,7% (n=167) se denominaram com cor branca, com idade de maior ocorrência de 0 a 12 anos 38% (n:136), grau de escolaridade superior completo em 48,1% dos casos (n=172), predominando o local de ocorrência a própria residência da vítima em 43,6% dos casos (n=156) e grau de parentes com o abusador desconhecido em 36,4% dos casos (n=130) e outros em 44,2% dos casos (n=158). **Conclusão:** Analisando os dados obtidos, percebemos que os mesmos condizem com aqueles encontrados na literatura, onde temos prevalência de agressões na população infantil e de mulheres jovens, sendo o agressor algum membro da família, companheiro ou conhecido. Porém estes dados mostram apenas uma pequena parcela dos casos reais de violência sexual, devido ao número reduzido de denúncias e subnotificação do sistema. Sendo assim é necessário o fortalecimento e implantação de novas políticas públicas que visem à discussão de gênero e maior proteção para a população infantil e feminina.

A MUSICOTERAPIA NOS CUIDADOS PALIATIVOS: CONCEPÇÕES DOS PACIENTES

Jéssica Santos de Lima¹; Joice dos Santos de Melo²; Cristiane de Matos Nogueira²; Livia Ferreira Oliveira³; Patrícia Costa dos Santos da Silva⁴.

¹Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG, Email:joice_mll@hotmail.com

²Acadêmicas do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

³Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMED-UFU.

⁴Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMED-UFU.

Introdução: os cuidados paliativos atualmente vêm assumindo uma configuração altamente especializada em fornecer suporte não apenas aos pacientes com câncer, mais principalmente sua família, a enfrentar e a lutar contra as adversidades da melhor maneira possível. Diante desse cenário, temos como uma intervenção de enfermagem, a musicoterapia, capaz de aliviar o sofrimento e a promover o bem-estar. **Objetivo:** responder a seguinte questão norteadora: “Quais as concepções dos pacientes em cuidados paliativos sobre a musicoterapia?” **Metodologia:** trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados: LILACS e SCIELO foram utilizados os seguintes Descritores: musicoterapia AND cuidados paliativos e musicoterapia AND cuidados de enfermagem, sendo encontrados 15 artigos. Primeiramente foi realizada uma leitura minuciosa dos títulos e a seguir dos resumos, sendo excluídos os artigos que não responderam a questão norteadora do estudo. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos que estejam disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos dez anos. Após a análise foram incluídos seis artigos relevantes para o presente estudo. **Resultados:** os estudos apontaram que os pacientes em cuidados paliativos expressaram que a música desperta disposição e/ou o humor, além de promover bem-estar, conforto, avivamento e outras sensações agradáveis. A musicoterapia fornece aos pacientes em cuidados paliativos recursos imprescindíveis para transcenderem a facticidade da existência humana e ressignificar a razão de vivenciar o tratamento antineoplásico em um ambiente externo ao seu lar. **Conclusão:** a musicoterapia em pacientes em cuidados paliativos foi benéfica, pois permitiu compreender que os encontros musicais abrangem os pressupostos filosóficos dos cuidados paliativos, pois inspiraram vida aos dias de quem conviveu e viveu com a doença, transmitindo assim sensação de cuidado. A música possibilitou aos pacientes compartilharem experiências, expectativas e estratégias de enfrentamento, ou seja, permitiu a oportunidade de estar com o outro em sua facticidade existencial.

ANÁLISE DE REDE APLICADA A PESQUISA EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO A PARTIR DE UM EVENTO INSTITUCIONAL

Clesnan Mendes-Rodrigues¹

¹Doutor em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais, Instituto de Biologia, Estatística, Enfermeiro no Hospital de Clínicas de Uberlândia, UFU. Email: clesnan@hotmail.com

Introdução: A teoria de redes ou a análise de rede social têm sido utilizadas na literatura, incluindo a enfermagem, com os mais diversos fins. Seu uso tem contribuído no entendimento das relações entre indivíduos e temas propiciando uma visão da forma de organização dos indivíduos. **Objetivo:** avaliar as relações entre pesquisadores de enfermagem em um hospital universitário. **Metodologia:** para isto, foi feita a análise de um evento local e institucional onde predomina profissionais de Enfermagem. Como indicador das relações de pesquisa entre os pesquisadores utilizou-se os resumos publicados nos Anais do 4º Congresso do Hospital de Clínicas de Uberlândia, que ocorreu em 2015. Como um evento da instituição o mesmo poderia refletir melhor as relações de trabalho em pesquisa entre seus profissionais. **Resultados:** Foram avaliados 39 resumos, que continham 88 autores. Como os resumos não continham palavras-chave, a análise levou em conta os títulos dos resumos, como o reflexo da área de interesse. Todos os títulos foram padronizados antes das análises. Foram construídas redes bipartidas para o evento, incluindo todos os autores e separadamente para os servidores do hospital (25 resumos). Todas as análises foram executadas no ambiente R. Os resumos se conectam por poucas palavras, predominantemente pelas palavras hospital e enfermagem, que quando excluídos da análise mostraram frequência elevada de resumos que não se conectavam a outros. Houve um aglomeramento dos resumos em torno de poucos autores que publicaram muitos resumos entre si, mas com poucas conexões com os demais resumos. Ocorreu também um resumo que se conecta a muitos resumos por causa do elevado número de autores. No geral, a maioria dos resumos foi conectada por um ou dois autores. Quando análise foi restrita aos resumos dos servidores lotados no hospital as palavras enfermagem e hospital também foram responsáveis pela maioria das conexões entre os resumos. As conexões também foram vinculadas predominantemente a uma palavra. Quando essas palavras foram excluídas nove dos 24 resumos não se conectaram a nenhum outro resumo. Observa-se no hospital, um autor que é responsável pela maioria das conexões entre os resumos e outro autor que se conecta a muitos resumos, mas com poucas conexões com os profissionais do hospital. A conexão entre os grupos também foi vinculada a poucos autores. Um único resumo é responsável pela maioria das conexões. Aparentemente as redes mostram a existência de poucos grupos de pesquisa já estruturados, inicialmente dois, com pouca colaboração entre os autores de grupos diferentes. A análise também demonstrou a baixa conexão entre os interesses dos pesquisadores, principalmente quando as palavras enfermagem (uma referência à profissão) e hospital (referenciando ao local do estudo) são excluídos. A análise das palavras chaves poderia ser mais efetiva e fornecer uma melhor visão como funciona essas relações. **Conclusão:** Esforços devem se concentrar na tentativa de aumentar a conexão entre grupos e na criação de grupos de pesquisa gerais. Os grupos fomentariam a produção e as conexões entre pesquisadores de diferentes áreas. A teoria de redes foi efetiva em evidenciar o cenário de relacionamentos de pesquisa na instituição e pode fornecer subsídios para políticas futuras de pesquisa na instituição.

ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DA REDE DE PESQUISA EM ENFERMAGEM DO FORUM MINEIRO DE ENFERMAGEM ANOS 2000 E 2014

Clesnan Mendes-Rodrigues¹, Guilherme Silva Mendonça²

¹Doutor em Ecologia e Conservação de Recursos Naturais, Instituto de Biologia, Estatística, Faculdade de Matemática, Enfermeiro no Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia. Email: clesnan@hotmail.com

² Mestrando do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Faculdade de Medicina, Pedagogo e Enfermeiro, Hospital de Clínicas de Uberlândia, Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: A análise de rede social tem mostrado efetiva em visualizar o grau de relacionamento entre indivíduos, sendo que a sua aplicação na análise de redes de pesquisa ainda é incipiente. O **objetivo** do estudo foi avaliar a evolução das relações entre pesquisadores de enfermagem no evento Fórum Mineiro de Enfermagem (FME). **Metodologia:** O FME ocorre bianualmente em Uberlândia e tem sido organizado pelo Hospital de Clínicas de Uberlândia ou Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Analisamos a produção científica do evento nos anos de 2000 e 2014. Como indicador das relações de pesquisa entre os pesquisadores utilizou-se os resumos e trabalhos completos publicados no 2º e 8º Anais do FME, primeiro e último Anais publicados do evento. Foram avaliados 26 trabalhos e 88 resumos. Como nem todos os resumos e trabalhos continham palavras-chave, as palavras dos títulos foram avaliadas como indicador da área de interesse. Todos os títulos foram padronizados antes das análises. Para cada evento foram construídas redes bipartidas para autoria e para palavras do título, e também foram construídas as redes separadamente para resumos e trabalhos completos. Todas as análises foram executadas no ambiente R. **Resultados:** Quando a produção foi avaliada independente do tipo (resumo ou trabalho na íntegra), as palavras enfermagem e enfermeiro são as palavras que mais conectam resumos ou trabalhos, observa-se no geral que do 2º para o 8º FME ocorre mais conexões entre os textos, tanto avaliando os resumos como avaliando os autores. A rede para autores do 2º FME teve pouca conexão entre os trabalhos, com somente um agrupamento responsável pela maioria das conexões. No 8º FME ocorreram mais agrupamentos entre autores embora restritos até 4-5 resumos ou trabalhos. Quando foram avaliados separadamente os trabalhos completos a conexão gerada por palavras ou pelos autores foi maior no 2º do que no 8º FME. Quando foram avaliados separadamente os resumos, a conexão gerada por palavras ou pelos autores foi maior no 8º do que no 2º FME. Ocorreu uma maior complexidade das relações no 8º do que no 2º FME. A maior conexão entre os trabalhos completos em função dos autores no 2º FME pode ser explicada pelo fato de ter sido a primeira edição do FME com Anais, e ao fato do evento ainda não ser amplamente conhecido como uma fonte para publicação. **Conclusão:** Ainda existe a necessidade de ampliar a análise para se compreender a real evolução das redes de pesquisa, mas podemos concluir que o evento colaborou com a maior conexão e aumentou a produção e o relacionamento entre os pesquisadores de enfermagem que participam desse evento ao longo do tempo.

LIDERANÇA TRANSFORMACIONAL NA ENFERMAGEM

Fabiana Cristina Pires¹; Aline Aparecida de Castro Machado Ogoshi²; Janaína Lopes Soares³; Juliana da Silva Garcia Nascimento⁴

¹Graduanda do curso de enfermagem da Universidade de Uberaba. E-mail enfermagem.pires@gmail.com

²Graduanda do curso de enfermagem da Universidade de Uberaba;

³Graduanda do curso de enfermagem da Universidade de Uberaba.

⁴Mestre em Enfermagem – Docente no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Uberaba.

Introdução. A liderança tem sido um desafio para o enfermeiro no exercício de suas atividades diárias e configura-se como o processo pelo qual um grupo é induzido a dedicar-se aos objetivos defendidos pelo líder ou partilhado pelos seus seguidores. Um novo estilo de liderança que aproxima líder e liderado motivando condições de desenvolvimento da capacidade de tomada de decisão, denominada Liderança Transformacional, propõe discussão e reflexão sobre a temática no âmbito do processo de trabalho do enfermeiro e o aperfeiçoamento da competência de gestão nos discentes de enfermagem. **Objetivo.** Descrever a importância da liderança transformacional para o enfermeiro, identificar os tipos de liderança existentes na profissão e detectar estratégias para implantação do estilo transformacional no processo de trabalho da enfermagem. **Método.** Tratou-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem quantitativa, realizada através de uma revisão de literatura. Foram incluídos artigos de 2007 a 2016, presentes na íntegra, na língua portuguesa, nas bases de dados Scielo, Lilacs, Bdenf e Portal Capes que atendessem os objetivos propostos. Foram encontrados 750 artigos, e excluídos após leitura detalhada 720. Apenas 30 artigos preencheram os critérios de inclusão. **Resultados.** Destacaram-se 24 tipos diferentes de estilos de liderança exercidos e adotados pelo profissional enfermeiro, dentre elas as 5 mais citadas foram liderança transformacional, liderança situacional, liderança laissez-faire, liderança democrática e liderança estratégica. Foram encontradas 15 estratégias necessárias para implantar o estilo de Liderança transformacional onde as 5 mais importantes são delegar tarefas para motivação do grupo; obter novas ideias da equipe e desenvolve-las; entusiasmar e estimular a darem o máximo de si para alcançar os objetivos da equipe; atender às necessidades de desenvolvimento dos seguidores, apoiar-los, treina-los; oferecer feedback a equipe. **Conclusão.** A importância da implantação da liderança transformacional é transpor o modelo autoritário, opressor e repressor da liderança vigente no mercado de trabalho na atualidade, baseando-se na responsabilização da equipe frente aos resultados almejados, transformando o comportamento desta, na medida que tomam decisões em conjunto e participam do sucesso do ambiente de trabalho.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA JOVENS: PRÁTICAS SEXUAIS SEGURAS

Patrycia Sarah Martins Arruda¹; Luiz Heleno Ribeiro Delgado²; Lágila Cristina Nogueira Martins³; Lucas Pereira Silva⁴; Andressa Cristina Mendonça de Araújo⁵

¹Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. End: Rua Tupis, 622; patryciasarah@gmail.com; (34)98862-1184.

²Enfermeiro, Prof. Mestre do curso de Graduação de Enfermagem UFU-MG.

³Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Co-autora.

⁴Acadêmico do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Co-autor.

⁵Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Co-autora

Introdução: As DSTs e a gravidez precoce e indesejada tratam-se de um problema de saúde pública, principalmente em países em desenvolvimento, tornando a educação em saúde para práticas sexuais seguras uma ação eficaz na promoção da qualidade de vida. A adolescência é um momento de transição, sendo caracterizada por diversas alterações, onde muitas das vezes se evidencia o início da vida sexual. De acordo com alguns dados disponibilizados pelo Ministério da saúde, a taxa de ocorrência de DST's, principalmente a AIDS e o número crescente de adolescentes grávidas vêm se expressando de forma significativa, uma vez que a falta de informações e os tabus impostos pela sociedade dificultam a conscientização dos jovens e facilitam o aumento da incidência de DSTs e gravidez na adolescência. **Objetivo:** O projeto teve como objetivo oferecer conceitos teóricos sobre sexualidade aos alunos da Escola Lions Clube⁷ de Setembro, com a conscientização sobre práticas sexuais seguras entre jovens em prol da qualidade de vida. **Metodologia:** Foram utilizadas aulas expositivas, com o auxílio de recursos como: PowerPoint, cartazes e demonstrações práticas utilizando materiais ilustrativos; debates entre os alunos e os palestrantes e esclarecimento de dúvidas. **Resultados:** O trabalho oportunizou uma política de atendimento aos jovens assegurando os dispositivos legais do Estatuto da Criança e do Adolescente, ao propiciar aos alunos da escola um acompanhamento realizado pelos acadêmicos do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia-UFU e a coordenação da escola, uma perspectiva de complementaridade no conhecimento de seu corpo. Possibilitou, também, aos estagiários do projeto uma experiência extramuros, tendo como excelente resultado, a promoção, prevenção de saúde, e a construção da cidadania. **Conclusão:** O projeto em questão propiciou, através dos acadêmicos de Enfermagem, a promoção de saúde para a população, a partir de orientações objetivas a respeito de práticas sexuais seguras na adolescência. Com a exposição do tema foi possível debater e esclarecer as dúvidas pertinentes com maior liberdade, uma vez que ser estudante de Enfermagem e ter conhecimento acerca da temática possibilitou uma relação de maior confiança e credibilidade com os alunos.

PREVALÊNCIA E CARACTERIZAÇÃO DA PRÁTICA DE AUTOMEDICAÇÃO EM SERVIDORES TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS

Aline Alves Fernandes¹; Rayrane Clarah Chaveiro Moraes¹; Letícia de Oliveira Santana¹; Renata Alessandra Evangelista²; Alexandre de Assis Bueno²

¹Discentes da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão E-mail: alinefernandes1934@hotmail.com

²Docentes da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão

Introdução: A automedicação consiste na seleção e uso de medicamentos, industrializados ou caseiros, sem prescrição médica. Cerca de 80 milhões de pessoas no Brasil praticam a automedicação. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), atualmente, cerca de 50% dos fármacos que são prescritos são dispensados ou vendidos de forma inadequada e metade dos usuários não fazem seu uso de forma correta. Enquanto que a automedicação orientada por profissionais, qualificados e habilitados, pode representar economia para o indivíduo e para o sistema de saúde, evitando congestionamentos nos serviços ofertados. Por outro lado, a automedicação irracional, aumenta o risco de eventos adversos relacionados ao uso dos medicamentos e de mascaramento de doenças, o que pode retardar o diagnóstico correto e, conseqüentemente, os efeitos do tratamento adequado. **Objetivo:** Os objetivos deste estudo foram: estimar a prevalência de automedicação entre os Servidores Técnicos Administrativos e os fatores associados a esta prática em uma Universidade Federal da Região do Sudeste Goiano. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, do qual participaram 63 técnicos administrativos de uma Universidade Federal do Sudeste Goiano. Foi realizada uma entrevista semiestruturada. As variáveis numéricas foram exploradas pela média, mediana, desvio padrão, frequência simples absolutas, e porcentagem. Os resultados foram organizados em tabelas. **Resultados:** Os dados mostraram que houve uma maior prevalência do gênero feminino, idade de 30 a 50 anos, casadas, nível de escolaridade em graduação, exercendo suas atividades na coordenação de graduação da universidade e que fizeram uso próprio indiscriminado de medicamentos sem prescrição médica nos últimos 3 meses. Os medicamentos mais utilizados foram Gripeol, Amoxicilina, Neosaldina, Paracetamol e Dipirona. Foram identificados alguns fatores associados: praticidade, falta de tempo para ir ao médico e conhecimento do medicamento anteriormente com prescrição médica. **Conclusão:** Este estudo identificou a preocupação em implementar estratégias para conscientização do uso racional de fármacos e de combatê-la, diante dos agravos que esta prática pode trazer a saúde dos usuários. Além disso, foi identificado que a automedicação pode ser influenciada pelas carências e hábitos culturais da sociedade, bem como pela qualidade dos serviços de saúde.

PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR, UMA CONSTRUÇÃO COLETIVA NA SAÚDE DE UMA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO.

Carolina Dela Cruz Soares¹; Ana Paula Gomes Lima Peixoto²; Livia Ferreira Oliveira³; Marcelle Aparecida Barros Junqueira⁴; Lauro Ricardo de Lima Santos⁵

¹Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia. Email: carolinadelacruz@outlook.com.br

²Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

³Doutora em Ciências. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED-UFU.

⁴Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED-UFU

⁵Enfermeiro, mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

Introdução: o Projeto Terapêutico Singular (PTS) é uma ferramenta utilizada na construção de solução para problemas familiares, havendo uma troca de saberes e experiências profissionais, visando à melhoria das condições de vida do usuário e da situação familiar. Uma equipe multiprofissional fica a cargo de programar e levantar esses fatos, fazendo assim que haja maior integração entre os profissionais e a população. A estratégia do PTS é inovadora na medida em que busca ampliar o trabalho já existente, aprimorando estratégias para produzir saúde, gerando melhora na relação entre a tríade: trabalhadores, usuários e gestão. **Objetivo:** descrever as etapas iniciais de aproximação para construção de um PTS em conjunto com equipe multiprofissional e o usuário de uma Estratégia de Saúde da Família do Município de Uberlândia-MG. **Metodologia:** trata-se de um relato de experiência de acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. A abordagem metodológica do PTS consistiu em analisar as informações coletadas, elencar os problemas, buscar referências bibliográficas, traçar objetivos e intervenções para o caso. Foram realizadas seis visitas domiciliares, com um tempo médio de 1 hora e 20 minutos. As visitas foram feitas por duas acadêmicas de enfermagem e uma Agente Comunitária de Saúde. **Resultados:** a família analisada é composta por quatro indivíduos, sendo eles: pai, mãe e dois filhos, um do sexo masculino com 5 anos de idade e diagnóstico de autismo grau II e a outro do sexo feminino de 2 anos. Após a análise da situação da família, podemos constatar que a mesma tem como maior dificuldade o enfrentamento do processo patológico mental da criança devido a seu isolamento social e hiperatividade. Observando holisticamente, podemos notar que a família passa por uma interação fragilizada entre eles, bem como, com a sociedade. Houve então a necessidade de intervenção através da construção de um “álbum educativo” com recortes que envolviam a realização de atividades diárias como cuidar da organização do quarto e realizar atividades de autocuidado. Dentre as etapas propostas pelo PTS, também cabe destacar responsabilidades na qual cada profissional envolvido age de acordo com a necessidade do paciente, a fim de melhorar a sua condição de vida. **Conclusão:** as atividades desenvolvidas e o envolvimento multiprofissional ajudam a minimizar problemas diários da dinâmica familiar analisada, visando uma melhora significativa das condições de saúde dos mesmos.

DIA DO CORAÇÃO – RASTREAMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL NO INTERIOR DO ESTADO DE MINAS GERAIS

Letícia Alves de Aguiar¹; Patrícia Magnabosco²; Valéria Nasser Figueiredo³.

Colaboradores: Amanda Cunha Stefani; Ana Cláudia Pamplona Dorasio; Ana Luiza Nunes Andrade; Jéssica Luiza Nunes Andrade; Omar Almeida Neto; Mayara Danielle Fonseca Lima; Patrícia Costa dos Santos da Silva.

¹Graduanda do Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Uberlândia (UFU); E-mail: leticia.ada@hotmail.com;

²Profa. Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Uberlândia

³Profa. Adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Uberlândia

INTRODUÇÃO: A Hipertensão Arterial (HA) é uma doença crônica que representa um fator de risco independente para a Doença Cardiovascular (DCV). A identificação do diagnóstico precoce da HA enquadra-se como uma conduta primordial para realização de um programa de prevenção, o que pode contribuir para diminuir os fatores de risco e desta forma minimizar o desenvolvimento de DCV e suas complicações. Devido à importância desse tema, o volume de informações de base populacional sobre o rastreamento da medida da pressão arterial em participantes de campanhas preventivas por meio de dias comemorativos tem sido uma alternativa proposta pela *World Hypertension League*. **OBJETIVOS:** Rastrear os valores de pressão arterial da população de Uberlândia-MG, além de realizar orientações desenvolvidas pelo Programa de Rastreamento da Pressão Arterial. **METODOLOGIA:** Trata-se de um relato de experiência dos participantes da Liga MULTICÁRDIO-UFU. Os dados foram coletados durante a realização de campanha temática no Dia do Coração no Parque do Sabiá-Uberlândia-MG. **RESULTADOS:** Sessenta e oito indivíduos, sendo 53% do sexo feminino, com média de idade de 58±16anos foram abordados. A média da PA foi de 122x70mmHg, FC=71bpm, IMC=27±2kg/m². 45,5% dos indivíduos relataram que nenhum médico ou outro profissional da saúde já tinha lhe informado que ele teria pressão alta ou HA. 44% relataram que nunca receberam orientações de profissionais de saúde sobre o consumo de sal. 40% nunca receberam tratamento ou orientação sobre alguma doença cardiovascular, sendo que o total de 75% dos entrevistados relatou histórico familiar de doença cardiovascular. Após a coleta de dados, 100% dos indivíduos receberam orientações sobre valores de PA, dieta saudável, cessação do tabagismo e prática de atividade física. **CONCLUSÃO:** Este processo educativo, previamente planejado e fundamentado em recomendações de consensos é considerado uma importante ferramenta para o encaminhamento de diagnósticos precoces, bem como para orientar e educar a população sobre a importância em seguir o tratamento da HA, assim como estimular a comunidade a conhecer os fatores de riscos que contribuem para o aparecimento da HA e DCV.

EVENTOS ADVERSOS PÓS VACINAIS DA PENTAVALENTE NO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA-MG EM 2015

Poliana Castro de Resende Bonati¹; Ângela Maria de Menezes Barroso²; Maria Cândida de Carvalho Furtado³

¹Enfermeira Mestre do Programa de Imunização de Uberlândia-MG. E-mail: polianaresende@gmail.com

²Enfermeira Coordenadora do Programa de Imunização de Uberlândia-MG

³Profa. Dra. Departamento Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP/USP

Introdução: Entende-se por evento adverso pós-vacinação qualquer ocorrência médica indesejada após a vacinação que, não necessariamente, possui relação causal com o uso de uma vacina. Pontos básicos para a investigação do evento adverso compreende fatores relacionados a vacina, aos vacinados e a administração. **Objetivos:** conhecer a frequência das reações adversas com as vacinas do Calendário Nacional de Imunização ocorridas no município de Uberlândia-MG no ano de 2015, enfatizando a vacina pentavalente. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal feito a partir dos registros da Ficha de Notificação/Investigação de Eventos Adversos Pós-Vacinação, contidos no banco de dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SIPNI-WEB) no ano de 2015. **Resultados:** Segundo os dados contidos no SIPNI-WEB, no ano de 2015 foram notificados um total de 157 eventos adversos pós vacinais. Sendo respectivamente: vacina Pentavalente (n=40), Dupla adulto-dT (n= 29), Tríplice bacteriana-DTP (n= 29), Febre amarela (n= 9), Pneumocócica 10 (n= 7), BCG (n= 6), Meningocócica C (n= 6), Hepatite B (n= 6), Rotavírus Humano (n= 6), vacina Pólio inativada-VIP (n=5), Tríplice viral (n= 5), vacina contra o papilomavírus humano- HPV (n= 4), vacina oral contra a pólio- VOP (n= 3), Hepatite A (n=1) e vacina contra a Varicela (n= 1). Estes dados mostram que a vacina pentavalente, dupla adulto e tríplice bacteriana foram as vacinas que tiveram mais reações adversas. Entretanto, das 176 manifestações clínicas relatadas nas 40 notificações com a vacina pentavalente, 55 (31%) foram manifestações locais, 26 (15%) manifestações neurológicas, 17 (9,6%) Episódio hipotônico-hiporresponsivo-EEH, 16 (9%) manifestações respiratórias, 4 (2%) convulsão, 20 (11%) manifestações respiratórias, 15 (8,5%) febre maior ou igual a 39° C, 14 (8%) choro persistente, 9 (5%) manifestações de pele e mucosa e 20 (11%) outros sinais e sintomas. **Conclusões:** A vacina pentavalente pode provocar vários eventos adversos, sendo o componente pertússis o principal responsável por reações indesejáveis. Entretanto, em sua maioria são eventos adversos leves, locais com resolução espontânea e desprovida de complicações, não constituindo contraindicações para a administração de doses subsequentes da vacina. Ocasionalmente os eventos graves podem aparecer dentro de 24 horas de administração. O EHH e as convulsões febris têm sido relatados, a uma taxa de 1 por 12.500 doses administradas. Considerando que no ano de 2015 foram aplicadas 10.356 doses da vacina pentavalente em Uberlândia, sendo consideradas graves os casos de EHH e convulsão, tivemos uma taxa de 21 casos para 10.356 aplicações da vacina. Portanto, as notificações dos eventos adversos graves atribuídos a vacina pentavalente em Uberlândia estão acima do registrado na literatura, o que pode ser atribuído a falhas durante as notificações, registros e na própria digitação no SIPNI-WEB. Sendo necessário que os profissionais preencham adequadamente a ficha e os gestores elaborem fluxos e protocolos para que a notificação seja efetiva.

ABORDAGEM DO SETEMBRO AMARELO: UMA REFLEXÃO DOS SONHOS E MEDOS DE USUÁRIOS DE UM SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

Rayrane Clarah Chaveiro Moraes¹; Aline Alves Fernandes¹; Mariana Marçal de Avelar¹; Peadra Paula Ribeiro¹; Renata Alessandra Evangelista²; Alexandre de Assis Bueno³

¹Discente da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão. E-mail: rayraneclarah16@hotmail.com.

¹Discente da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão

¹Discente da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão

²Enfermeira do Serviço de Hemodiálise do Hospital São Nicolau – Catalão

³Docente da Universidade Federal de Goiás – Regional Catalão

Introdução: No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2006, apontam a existência de mais de 70 mil pacientes em terapia substitutiva. A submissão à terapia em Hemodiálise demanda que o indivíduo e sua família se adaptem a uma nova rotina de vida. As pressões psicológicas e a redução da qualidade de vida dos pacientes em hemodiálise têm, dentre outros fatores, apresentado relação com a prevalência e incidência de transtornos psiquiátricos, dentre os quais, destacamos a depressão. A associação do tratamento prolongado, situações frustrantes do cotidiano e o quadro clínico de depressão têm contribuído para o aumento do risco de suicídio. O ‘Setembro Amarelo’ foi criado em 2014, com o objetivo de alertar a população a respeito da realidade do suicídio no Brasil e no mundo e suas formas de prevenção. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi abordar o tema Setembro Amarelo entre usuários de um serviço de hemodiálise. **Métodos:** O presente estudo se caracterizou como qualitativo e descritivo em uma amostra de 164 pacientes de um hospital localizado no Sudeste Goiano. Foi organizado uma entrevista semiestruturada, sendo que a questão norteadora destacava os medos e sonhos dos usuários do serviço. **Resultados:** Não houve relato direto sobre o risco de suicídio. Mas o tema morte esteve presente com referência ao constante risco de morte e a conseqüente “perda dos entes queridos”. Também teve destaque, nas entrevistas, o desejo de “realizar transplante e se livrar da terapia renal”. **Conclusão:** Este estudo reconhece a importância de se abordar temas relacionados com a vida e morte, como forma de se garantir e assegurar a integridade mental dos usuários durante seu tratamento no serviço de hemodiálise.

ESTÁGIO CURRICULAR EM SAÚDE MENTAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE O SERVIÇO DE ENFERMAGEM NO SETOR DE PSIQUIATRIA

Marcos Martins da Costa¹; Cássia Tiemi Nakata²; Rafael Lemes Aquino³

¹Acadêmico do 8º período de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia/UFU. Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação a Docência (PIBID) – CAPES.

²Acadêmica do 8º período de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia/UFU – MG. Bolsista do Programa de Bolsa de Iniciação a Docência (PIBID) – CAPES.

³Enfermeiro e Geógrafo. Mestre em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador – PPGAT/UFU. MBA em Auditoria e Perícia e Especialista em Enfermagem do Trabalho. .E-mail: rafaelberlandia@me.com

Introdução: A doença mental pode ser ocasionada por inúmeros fatores (biológicos, sociais e psicológicos) e necessita de uma assistência adequada para recuperação e ressocialização deste paciente. O papel do enfermeiro é crucial neste processo de melhora, sendo que o mesmo atua como um agente terapêutico através do acolhimento, dos cuidados que são prestados, do relacionamento paciente X profissional, na busca pela compreensão da sua patologia. **Objetivo:** Apresentar as percepções acerca do serviço de enfermagem no setor de psiquiatria durante as aulas práticas da disciplina de Saúde Mental. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência em que se utilizou o embasamento teórico somado às discussões contextualizadas sobre como realizar os cuidados de enfermagem aos pacientes do setor de psiquiatria, levando em consideração as particularidades de cada interno na unidade. Esta experiência foi vivenciada no ano de 2016, dentro das aulas práticas da disciplina de Saúde Mental, em um Hospital Universitário na cidade de Uberlândia, duas vezes por semana, durante 3 semanas, sendo atendidos em média durante as práticas cerca de 10 pacientes ao dia, sob a supervisão da professora responsável. **Resultados:** A partir da vivência neste setor, foi possível perceber que o cuidado de enfermagem aos pacientes deve sempre levar em consideração ao que cada um possui e traz na sua história pregressa. É preciso enxergá-lo na sua singularidade para que o cuidado prestado possibilite à sua recuperação. Esta experiência proporcionou uma melhor compreensão sobre o paciente psiquiátrico e qual a importância do papel do profissional de enfermagem neste processo de recuperação. **Conclusão:** O profissional de enfermagem possui uma significativa importância no processo de recuperação do paciente psiquiátrico tendo em vista que o mesmo está presente 24 horas no setor as quais são desenvolvidos todos os tipos de cuidado. Portanto, percebe-se que acolher e conhecer o paciente como também sobre como atender e cuidar deste torna-se indispensável para colaborar com sua melhora, favorecendo o seu processo de ressocialização e melhora na sua qualidade de vida.

PROTOCOLO DE PLANEJAMENTO FAMILIAR PARA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL

Patrycia Sarah Martins Arruda¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²; Lágila Cristina Nogueira Martins³; Maria Regina dos Santos Bernardes⁴

¹Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU. E-mail: patryciasarah@gmail.com

²Enfermeira, Profa. Doutora do curso de Graduação de Enfermagem UFU-MG.

³Acadêmica do 10º período do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia – UFU

⁴Enfermeira Obstetra no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia – HCU-UFU

Introdução: O Projeto de Planejamento Familiar trata-se de uma perspectiva dos direitos reprodutivos, que propicia, à comunidade assistida, o acesso a informações e recursos que possibilitam tal estratégia ocorrer de forma efetiva. Os recursos utilizados estão pautados pelo princípio da paternidade responsável descritos no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição Brasileira. As ações envolvidas no Projeto devem ser necessariamente: atividades educativas, aconselhamento e atividades clínicas, sendo estas desenvolvidas pela equipe multidisciplinar a fim de promover o cuidado integral, não somente com a mulher, mas também com toda a família e sociedade envolvida, uma vez que com o espaçamento e limitação das gestações, de acordo com o que é desejado, os riscos de problemas de saúde e de morbimortalidade materna e infantil é diminuído, propiciando qualidade de vida a população em geral. **Objetivo:** Sistematizar o atendimento do Planejamento Familiar através da criação de um Protocolo de atendimento, prestando assistência integral a mulheres/casais em idade fértil atendidas no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia (HCU-UFU). **Metodologia:** Para a construção do referido Protocolo foi realizado um levantamento de informações com a enfermeira e demais profissionais responsáveis pela assistência que era, até então, oferecida pelo serviço, além de revisão da literatura pertinente ao tema, a fim de obter respaldo jurídico e organizacional. **Resultados:** Foi elaborado o Protocolo de Planejamento Familiar, com base na literatura, normatização e rotinas do serviço. Posteriormente, o documento foi analisado pela equipe multiprofissional do ambulatório e encaminhado ao setor de gerência de processos para validação e divulgação. Com a implementação do protocolo foi possível estabelecer a promoção de saúde e prevenção de agravos através da prestação de serviço de qualidade aos usuários, além de propiciar o protagonismo das enfermeiras e integração da mesma com os demais profissionais da equipe multiprofissional do Ambulatório através da articulação dos diferentes atendimentos. **Conclusão:** A criação e implementação do Protocolo de Planejamento Familiar, com atuação no princípio da paternidade responsável e no direito de escolha previstos na Constituição Brasileira, possibilitou a padronização do atendimento, o protagonismo das enfermeiras através do desenvolvimento das ações educativas e a prestação da assistência integral e humanizada, contribuindo, dessa forma, para a diminuição da ocorrência de casos de gravidez indesejada e conseqüentemente redução dos casos de morbimortalidade materna e infantil.

VIOLÊNCIA NO TRABALHO DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO: REVISÃO DE LITERATURA

Isabel Cristiane de Noronha¹; Ana Rosa Ribeiro Elias²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³

¹Enfermeira, Residente do Programa de Residência na Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, E-mail: isabelnoronha@outlook.com

²Enfermeira, mestranda em Saúde Ambiental e Saúde do trabalhador pela Universidade Federal Uberlândia (UFU) e Coordenadora da UBSF Bom Jesus – Uberlândia – MG.

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU

Introdução: No Brasil, as mulheres tem sido as principais vítimas das diversas formas de violência, e ao longo do século XX estas adquiriram várias designações: nos anos 50, como violência intrafamiliar; na década de 70 como violência contra mulher; na década de 1980 como violência doméstica; e a partir de 1990, como violência de gênero. Neste contexto, destaca-se o trabalho de mulheres profissionais do sexo, uma vez que seu trabalho está relacionado a fatores de risco, como as agressões, pois, neste cenário a violência é constante. Não se trata apenas de violência física, sobretudo são comuns os abusos sexuais, tráfico, estupros, roubos, mas bem como a violência psicológica manifestada por humilhações, ofensas verbais e morais.

Objetivo: Realizar uma revisão de literatura sobre as várias formas de violências que de mulheres profissionais do sexo vivenciam em suas interações com o ambiente de trabalho e que papel os trabalhadores de saúde exercem nestes processos.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva, documental, de revisão de literatura do tipo narrativa. Foram utilizados como material de coleta de dados fontes bibliográficas e artigos indexados nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde), SCIELO (Scientific Electronic Library On-Line), PUBMED (Us National libradny medicine) no período de agosto a setembro de 2016, em língua portuguesa e inglesa, utilizando como palavras chave na busca: prostituição, violência, saúde pública. **Resultados:** Foram levantados inicialmente 47 artigos, 05 teses e dissertações. Após a leitura dos mesmos foram selecionados 25 artigos para análise. **Conclusão:** Os resultados reafirmam que é comum a ocorrência de violência em mulheres profissionais do sexo, já que estas trabalham em lugares vulneráveis de atos violentos e a prevalência do agravo violência pode repercutir na saúde mental, física e sexual das mesmas. Dentre as violências sofridas, estão: sexual, física e psicológica, tendo a violência física e psicológica a representação de resultados expressivos presente nas interações do trabalho, que se caracteriza muitas das vezes por quebra das relações. As mulheres dificilmente procuram pelos serviços jurídico, policial e de saúde e ainda retratam os impactos negativos da violência sofrida para o ambiente de trabalho. Assim, torna-se necessário um olhar ampliado de concepção da construção social, identidade e violência de gênero, além de políticas públicas e de saúde voltadas às mulheres em situação de prostituição. Para tanto, o enfermeiro apresenta papel relevante neste cenário, tendo a educação permanente para os profissionais nos diversos pontos das redes de atenção a saúde como instrumento de trabalho para promoção de reflexões acerca de valores culturais que envolvam os papéis de gênero e promoção de modelos de não violência, bem como capacitação dos mesmos para o acolhimento destas profissionais, como garantia da integralidade do cuidado.

LIGA DE CARDIOLOGIA - MULTICÁRDIO UMA FERRAMENTA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Amanda Cunha Stefani¹; Ana Cláudia Pamplona Dorasio²; Ana Luiza Nunes Andrade²; André Moreira D'Angelis³; Andreza Rodrigues dos Santos⁴; Camila Oliveira Sinhoroto⁵; Heitor Oliveira Santos⁴; Isabella Pavarine de Souza⁵; Isadora Eufrásio de Brito⁵; Jéssica de Almeida Santos⁵; Jessica Luísa Silva⁵; Letícia Oliveira Cardoso⁴; Kathleen Esli Braga⁵; Larissa Peres Vieira⁵; Natália Ferreira Silva²; Samantha dos Santos Hipólito⁴; Rubianne Monteiro Calçado⁵; Thais Chagas Sanqueta⁵; Yann Oliveira Guimarães⁵; Yohanna Resende Gouveia³; Eliane Maria de Carvalho⁶; Fabíola Alves Gomes⁷; Maria Elizabeth Roza Pereira⁸; Omar Pereira de Almeida Neto⁹; Patrícia Costa dos Santos da Silva¹⁰; Patrícia Magnabosco¹¹; Valéria Nasser Figueiredo¹²; Iolanda Alves Braga¹³; Layla Raquel Silva Gomes¹⁴

¹Graduanda em Psicologia pela Famed/UFU; ²Graduanda em Fisioterapia pela Famed/UFU;

³ Graduando em Medicina pela Famed/UFU; ⁴ Graduanda em Nutrição pela Famed/UFU;

⁵ Graduanda em Enfermagem pela Famed/UFU; ⁶Doutora em Ciências pela USP;

⁷Mestre em Ciências da Saúde pela UFU; ⁸Mestre em Enfermagem pela USP;

⁹Doutor em Atenção à Saúde pela UFTM; ¹⁰Doutora em Ciências da Saúde pela USP;

¹¹Doutora em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;

¹²Doutora em Farmacologia pela UNICAMP; ¹³Mestre em Ciências da Saúde pela UFU;

¹⁴Mestre em Psicologia pela UFU

Introdução: As doenças cardiovasculares (DCV) representam uma das principais causas de morte na população brasileira. O processo educativo, previamente planejado e implementado a partir de campanhas de promoção da saúde fundamentada em recomendações de consensos (*Guidelines*) é considerado uma importante ferramenta para a promoção da saúde, prevenção de complicações e diagnóstico precoce, bem como para orientar e educar a população de diferentes níveis de atenção à saúde. Nesse sentido, foi criada a liga multiprofissional de cardiologia MULTICÁRDIO, que passou a ter uma relevância na prática acadêmica a partir de sua constituição. **Objetivo:** O presente trabalho tem como objetivo descrever a experiência dos participantes da liga MULTICÁRDIO com as ações de promoção à saúde da população nos níveis de atenção primária, secundária e terciária. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência, que descreve o trabalho de campanhas de orientação permanente sobre a importância e manutenção da qualidade de vida como forma preventiva das doenças cardiovasculares. Além disso, tem-se às atividades extracurriculares, desenvolvidas em ensino, pesquisa e extensão. **Resultados:** O resultado prático das ações desenvolvidas pela Liga MULTICÁRDIO pode ser evidenciado na prestação de serviços à comunidade e no estabelecimento de uma relação de reciprocidade com a mesma. Os participantes da liga MULTICÁRDIO apontam como principais potencialidades da liga: os acadêmicos trabalham como equipe multiprofissional, aprendendo a valorizar a importância de cada profissional na atenção à saúde, além de proporcionar aos futuros profissionais de saúde uma visão preventiva e mais próxima da população. À população também tem a oportunidade de adquirir informação com base científica e se desfazer de vários mitos que cercam os temas de saúde. Por outro lado, tem-se como principais dificuldades para a implementação das ações: escassez de recursos financeiros e limitação dos recursos materiais. **Conclusão:** A promoção da saúde por meio das ações promovidas pela liga MULTICÁRDIO contribui de forma efetiva para a promoção da saúde da população e para a qualidade da assistência à saúde, pois amplia as chances de contato dos discentes e profissionais de saúde com diferentes realidades.

RELATO DE CASO CLÍNICO: TROCA DE VÁLVULAS CARDÍACAS E SEPSE

Jéssica Luisa Silva¹; Isabella Pavarine de Souza²; Jessica de Almeida Santos³; Iolanda Alves Braga⁴; Patricia Magnabosco⁵; Valéria Nasser Figueiredo⁶

¹Graduanda em Enfermagem pela Famed/UFU. E-mail: jessicaluisa13@gmail.com.

²Graduanda em Enfermagem pela Famed/UFU;

³Graduanda em Enfermagem pela Famed/UFU;

⁴Mestrado em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia.

⁵Doutorado em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto;

⁶Doutorado em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas;

Introdução: A Insuficiência Mitral (IM) tem como característica a regurgitação do sangue para o átrio esquerdo no decorrer da sístole ventricular. Ocorre devido às anormalidades no aparato valvar. A Insuficiência Aórtica (IAo) desenvolve-se de maneira lenta e sem indícios, contudo é capaz de apresentar evolução da lesão regurgitante com o desenvolvimento da IAo importante. No pós-operatório de cirurgia cardíaca, apresentar febre em alguns dias após a cirurgia pode ter caráter inflamatório ou infeccioso (infecção: respiratória, ferida operatória, corrente sanguínea, entre outras). **Descrição de caso:** (aprovação CEP: n^o1.715.990) WBA, 61 anos, peso: 83.1Kg, altura: 1.67m², índice de massa corpórea: 29,80kg/m². Portador das comorbidades: HAS e Doença do Refluxo Gastroesofágico. Internado 25/05/2016 devido a hemoptise e dispnéia. À ausculta cardíaca evidência de sopro em foco mitral. Ecocardiograma transtorácico (01/06/16) evidenciou hipertrofia excêntrica do VE, ectasia discreta do seio aórtico, aumento volumétrico importante das câmaras esquerdas, IM moderada e IAo moderada e importante, disfunção diastólica do VE grau II. Realizado cateterismo (22/06/16): apresentou IM grau III, IAo grau III; hipertensão venocapilar pulmonar leve. Submetido a cirurgia cardíaca (20/07/16) para troca valvular por prótese valvular biológica, aórtica e mitral sem intercorrências. Paciente evoluiu com quadro de dispneia aguda (26/07/16) com quadro febril e resultado positivo de *Staphylococcus epidermidis*. Paciente evoluiu para óbito em 10 semanas após a internação. Causa do óbito: Choque séptico, pneumonia, pós-operatório de troca valvular. **Conclusão:** A presença de infecção mostra-se um fator determinante para o prognóstico do paciente submetido à cirurgia de troca valvular, o avanço das intervenções podem estender a vida ou aumentar as complicações sendo uma delas a infecção que neste estudo de caso demonstrou-se diretamente decisiva como um dos motivos para o óbito.

PROTOCOLO DE ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM DURANTE A RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR

Mariana Acácia Sousa Silva¹; Anna Cláudia Yokoyama dos Anjos²; Suely Amorim de Araújo³; Rosana Evaristo Clemente⁴; Américo José Caixeta Neto⁵

¹Graduanda do 9º período de enfermagem da UFU. E-mail: marianacacia@gmail.com.

²Doutora. Professora adjunta do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia, Dra em Ciências.

³Doutoranda e professora adjunta do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

⁴Enfermeira graduada pela UNITRI, pós-graduada em UTI pelo Centro Universitário São Camilo e em Gestão Hospitalar pela Universidade Federal de Uberlândia. Atua como enfermeira do setor de emergências clínicas do Hospital das Clínicas de Uberlândia.

⁵Enfermeiro graduado pela UNITRI, pós-graduado em Urgência e Emergência pela Universidade Católica de Goiás, mestrando em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.

Introdução: A parada cardiorrespiratória (PCR) consiste na cessação abrupta da função mecânica cardíaca, fazendo com que se tenha uma interrupção do fluxo sanguíneo para o cérebro e outros órgãos vitais, sendo responsável por uma morbimortalidade elevada, mesmo em ambientes que possam garantir um atendimento ideal ao indivíduo vítima de PCR. Durante uma PCR o trabalho coordenado em equipe é de extrema importância. Uma equipe da Enfermagem coordenada com divisão de tarefas, favorece a melhoria significativa dos resultados, fornecendo a excelência no atendimento e assistência ao paciente. O Procedimento Operacional Padrão (POP) é um instrumento que regulariza e normatiza técnicas, transformando-as em procedimentos padrões. Partindo desta premissa, a estagiária do Curso de Graduação em Enfermagem, na Sala de Emergência do Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, juntamente com supervisores do estágio, teve a percepção da necessidade da organização da equipe de enfermagem durante a RCP (Ressuscitação cardiopulmonar) e propôs a elaboração de um POP para o atendimento de pacientes em PCR. **Objetivo:** esse protocolo tem como objetivo padronizar o trabalho da equipe de enfermagem durante a RCP, promovendo o trabalho integrado desta equipe por meio da divisão das atividades, melhorando a organização do trabalho, aumentando a eficiência e conseqüentemente aprimorando a qualidade da assistência. **Metodologia:** primeiramente foi realizado um levantamento bibliográfico, buscando embasamento teórico científico. Posteriormente foi destinado um período de observação e então, a descrição das atribuições e atividades de cada membro da equipe. **Resultados:** A partir destas ações foi construído um fluxograma de atendimento, que foi fixado nas áreas de maior visibilidade do setor, para a implantação do protocolo. Para adesão da equipe ao novo POP, foi realizada Educação Permanente em Saúde, abordando o assunto. A equipe de Enfermagem demonstrou grande interesse na proposta do novo protocolo, fazendo sugestões, levantando questionamentos e debatendo sobre a importância da criação deste protocolo para a equipe e principalmente para melhor assistência ao paciente. **Conclusão:** A RCP é um procedimento que tem como objetivo restabelecer a funcionalidade do órgão vital, favorecendo a sobrevivência do paciente. O trabalho coordenado da equipe de enfermagem é fundamental para o sucesso durante este atendimento, transformando um procedimento técnico em um atendimento padronizado que visa a excelência da assistência prestada.

SÍFILIS EM GESTANTES NO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Ana Clara Borges Martins¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²; Guilherme Silva de Mendonça³

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. Email: clara-borges93@hotmail.com

²Enfermeira. Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EERP. Docente na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Pedagogo, Enfermeiro, Mestrando em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina/UFU

Introdução: A Sífilis é uma doença sexualmente transmissível causada pela bactéria *Treponema pallidum*. De acordo com o Boletim Epidemiológico para Sífilis de 2015, de 2010 a 2013 observou-se um aumento do número de casos de sífilis em gestantes no Brasil, sendo que em 2013 este aumento foi considerável, sendo uma possível consequência da melhora na detecção da doença por fortalecimento dos programas de pré-natal. Diante os riscos da doença, incluindo a possibilidade de transmissão para o feto, torna-se importante a identificação da doença e o tratamento das mulheres infectadas e dos parceiros. **Objetivo:** Verificar a quantidade de resultados positivos para sífilis em gestantes no Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC-UFU). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de abordagem quantitativa, executada no mês de setembro de 2016. Foram averiguados 382 resultados de exames treponêmicos e não treponêmicos realizados no período de janeiro a agosto de 2016, contidos nos prontuários de pacientes internadas no Alojamento Conjunto e no setor de Alto Risco da Ginecologia e Obstetrícia do HC-UFU. **Resultados:** Do total de exames analisados, 21 apresentaram sorologia reagente com teste positivo para Sífilis. **Conclusão:** A identificação da doença possibilita um tratamento eficaz, impedindo o desenvolvimento da doença, e prevenindo a ocorrência da sífilis congênita.

ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E CAPACIDADE FUNCIONAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A CAPACITAÇÃO DE IDOSOS

Lorena Carolina Maria de Arruda Curtt Andrade¹; Larissa Ferreira Mota²; Juliana Pena Porto³

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: lorena_curtt@hotmail.com;

²Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeira. Doutora em Microbiologia pelo Programa de Pós-Graduação em Imunologia e Parasitologia Aplicadas da Universidade Federal de Uberlândia. Professora Adjunto II do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: A população de idosos no Brasil vem crescendo e será maior que a de crianças menores de 15 anos até o ano de 2050, indicando uma inversão da pirâmide da faixa etária, causada, sobretudo, pelo aumento da expectativa de vida e a queda da taxa de natalidade. **Objetivo:** Estudo descritivo sobre a vivência de alunos em projeto de extensão de capacitação de idosos. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência sobre a participação de alunos do sexto período do curso de Graduação em Enfermagem no projeto “Programa de Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida para a Terceira Idade” da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia (UFU), aprovado pelo edital MEC PROEX 2014/2015. **Resultados:** A participação do projeto permitiu a orientação de um grupo de 40 (quarenta) pessoas da terceira idade em relação à qualidade de vida e à capacidade funcional, ressaltando a importância de um envelhecimento senescente caracterizado pela autonomia e pela independência não só em suas atividades como também em suas decisões diárias. Com uma duração de 1h20min, a apresentação foi realizada em 12 de setembro de 2016, no anfiteatro do bloco 4k da UFU. Os termos técnicos foram decodificados para a linguagem popular tornando o processo de comunicação mais produtivo e compreensível. As dúvidas apresentadas pelos idosos foram esclarecidas no decorrer da apresentação com utilização de estratégia participativa associada a vários recursos didáticos e instigamos o grupo a contar relatos pessoais relacionados ao tema. **Conclusão:** A experiência permitiu conhecermos as características do grupo e planejar possíveis intervenções de enfermagem para preservar e/ou estimular um envelhecimento senescente. A extensão e ampliação do projeto é de extrema importância para incentivar e conscientizar a população da preservação da qualidade de vida.

SEPSE, SEPSE GRAVE E CHOQUE SÉPTICO

Bruna Cristina Peixoto¹; Denise Von Dolinger de Brito Röder²

¹Universidade Federal de Uberlândia, Acadêmico de Enfermagem. E-mail: brunacristinapeixoto@gmail.com

²Universidade Federal de Uberlândia, Professora Adjunto IV ICBIM

Introdução: Abordar o conhecimento prévio de sepse, sepse grave e choque séptico, retratando suas peculiaridades, trazendo informações sobre diagnóstico, medidas de prevenção e quais os tipos de pessoas (pacientes) estão mais suscetíveis a adquirir tais patologias. **Objetivo:** Estabelecer as noções do que é, denotando suas principais características. **Metodologia:** O resumo foi construído a partir de pesquisas em artigos científicos segundo as bases de dados da PubMed, Scielo e Google Acadêmico. **Resultados:** O termo sepse não se limita à síndrome inflamatória sistêmica secundária à infecção bacteriana, mas àquela derivada de qualquer microrganismo e/ou seus elementos, podendo evidenciar-se por inúmeras situações, com variante crescente: (a) sepse grave: entendida como distúrbio de órgãos, hipoperfusão (que está inclusa, mas não está restrita à acidose láctica, oligúria ou uma variação aguda do estado de consciência) e hipotensão; (b) choque séptico, compreendido como a sepse ligada com as alterações da hipoperfusão juntamente com a hipotensão persistente mesmo após ressuscitação volumétrica adequada. O desenvolvimento da sepse depende da interação entre o microrganismo e o hospedeiro, destacando-se que muitos dos elementos relativos ao desencadeamento desta entidade nosológica permanecem obscuros, provavelmente pela falta de uma compreensão mais adequada das interseções entre imunidade, inflamação e coagulação. Sepse grave e choque séptico são os principais agravantes para a internação em unidades de terapia intensiva (UTI) em todo mundo e também estão ligadas às elevadas taxas de mortalidade e morbidade, apesar de os impetuosos esforços para diagnosticar e fazer o tratamento precoce, principalmente em idosos e crianças (recém-nascidas e prematuras). A avaliação laboratorial ou complementar é capaz de revelar dois aspectos distintos da sepse, sendo o primeiro aquele que se refere à busca ou identificação do agente agressor, através do rastreamento microbiológico do paciente; e o segundo, diz respeito à identificação de alterações metabólicas ou da homeostasia, indicativas de comprometimento sistêmico e de órgãos específicos. **Conclusão:** Apesar dos avanços tecnológicos diagnósticos e terapêuticos dos últimos anos, pouco progresso foi conseguido em relação à mudança de mortalidade na sepse. Isso se deve à complexidade das relações agressor-hospedeiro, que não podem ser reguladas, e cuja modulação depende muito mais da resposta do hospedeiro do que da intervenção terapêutica. Vale ressaltar a seriedade das medidas de controle por parte dos profissionais responsáveis, como por exemplo lavagem de mãos, execução de protocolos para inserção de cateter vascular central e a importância do isolamento do paciente infectado, pois os cuidados cada vez mais rigorosos são as formas mais eficazes de prevenção e tratamento.

O PAPEL DO ENFERMEIRO NO CUIDADO AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Andressa Cristina Mendonça de Araújo¹; Maria Clara Bisai Quillici²; Juliana Pena Porto³; Omar Pereira de Almeida Neto⁴; Rosineide Marques Ribas⁵; Cristiane Silveira de Brito⁶; Claudete Freitas⁷

¹Acadêmica do 10º período Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU. E-mail: araujoandressa04@gmail.com;

²Acadêmica do 9º período curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU

³Enfermeira, Prof. Doutora em Imunologia e Parasitologia, do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Uberlândia – UFU – Orientadora do projeto.

⁴Mestrado em Atenção à Saúde pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro

⁵Prof. Doutora em Imunologia em Parasitologia Aplicadas pela Universidade Federal de Uberlândia –UFU

⁶Doutorado em Imunologia e Parasitologia Aplicadas pela Universidade Federal de Uberlândia-UFU

⁷Técnica Laboratório- Biologia da Universidade Federal de Uberlândia –UFU

Introdução: Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) até o ano 2025 a população de idosos no Brasil crescerá 16 vezes, contra cinco vezes da população total. Com o avanço da idade, as limitações se expandem e os idosos acabam por perder, aos poucos, funções físicas, fisiológicas e cognitivas. Tal situação prevalece mais entre os idosos institucionalizados, tornando-os detentores de várias consequências decorrentes da inatividade. Acredita-se que o envelhecimento pode acarretar na redução da aptidão física e da capacidade funcional que irá se agravar devido a redução de atividades físicas, fazendo com que os idosos fiquem dependentes de cuidados de outrem. **Objetivo:** Descrever a condição de saúde e a qualidade de vida em idosos moradores de uma instituição de longa permanência da cidade de Uberlândia. **Metodologia:** Essa pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de ética e Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia. Foram aplicados questionários avaliativos contendo dados sociodemográficos, avaliação da espiritualidade e avaliação funcional segundo a escala de Katz. **Resultados:** A maioria dos idosos que residem na ILPI tem idade superior a 75 anos (77,8%), desses 59,1% são do sexo feminino, e residem há mais de 5 anos na instituição, sendo que mais de 75% dos idosos não concluíram o ensino fundamental e ou não frequentaram a escola e mais de 85% não praticam nenhuma atividade física. A maioria dos idosos (81,8%) acredita que a espiritualidade interfere na qualidade de vida. Com relação à avaliação do grau de dependência 40,9% dos idosos foram classificados com dependência em grau III, 54,5% classificados com grau II e 4,5% com grau I. **Conclusão:** Com base nos achados conclui-se que a maioria dos idosos que residem na ILPI são do sexo feminino. Os idosos acreditam que a religião interfere na qualidade de vida. Apenas 4,5% são independentes enquanto 54,5% dos moradores ou necessitam de assistência em todas as atividades de autocuidado ou tem comprometimento cognitivo tornando-os dependentes. É importante que os profissionais façam uma avaliação assídua e propostas de intervenções que sejam capazes de estimular os idosos quanto a manutenção da capacidade em realizar atividades de vida diária mesmo com suas limitações, para promover a autonomia, independência e melhor qualidade de vida aos mesmos.

A PRÁTICA DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO DA ATENÇÃO DOMICILIAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isabel Cristiane de Noronha¹; Mayara Mamede Gonçalves²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³

¹Enfermeira, Residente do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, da Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, E-mail: isabelnoronha@outlook.com,

²Enfermeira, Residente Multiprofissional da Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente na Graduação em Enfermagem FAMED/UFU e Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

Introdução: A prática da atenção domiciliar (AD) prevê uma reorganização do processo de trabalho pela equipe de saúde, necessitando suscitar discussões acerca de abordagens adequadas à família e ao paciente. Para efetivação do cuidado domiciliar, a inserção do enfermeiro é fundamental com vistas a garantia de integralidade do cuidado. A atenção domiciliar modalidade 1 (AD1), preconizada pela portaria 825/2016 é prestada a pacientes que necessitam de menor frequência e menor necessidade de intervenções multiprofissionais, sendo de responsabilidade das equipes de atenção básica. Este modelo de atenção à saúde tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional. **Objetivo:** Relatar sobre o cuidado clínico de enfermagem à pacientes assistidos na modalidade de atenção domiciliar em conjunto com uma equipe multiprofissional. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido com a realização de visitas domiciliares a pacientes acamados e domiciliados, por residentes multiprofissionais, de maio a setembro de 2016, de um projeto de implantação da Atenção domiciliar nos moldes de AD1 de uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família do Município de Uberlândia/MG. **Resultados:** Verificou-se que o cuidado de enfermagem no âmbito domiciliar, contempla um cuidado integral, priorizando um cuidado baseado nas necessidades humanas básicas em detrimento de um cuidado tecnicista e fragmentado. O processo de trabalho é operacionalizado através do processo de enfermagem, uma vez que utiliza a sistematização da assistência de enfermagem como instrumento de trabalho. Neste cenário o núcleo familiar foi considerado como uma extensão dos cuidados dos profissionais para com os pacientes, uma vez que os mesmos buscam o apoio do enfermeiro para obtenção de estratégias com vistas a adquirir melhores condições e qualidade de vida para o paciente assistido. Verificou-se ainda que os instrumentos de trabalho utilizados contemplam além de aspectos psicossociais a avaliação da estrutura familiar e relações sociais através do genograma e ecomapa construídos durante o atendimento domiciliar, aspectos estes que são potencializadores do processo saúde/doença. **Conclusão:** Percebeu-se que a atenção domiciliar consiste em uma modalidade de atenção sustentável, que se utiliza de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, entretanto também constitui um fator desafiador para a prática profissional do enfermeiro, uma vez que nos deparamos com insuficiência de recursos no atual cenário brasileiro. Entretanto a atenção domiciliar permite vislumbrar a singularidade de cada paciente e seu contexto familiar, possibilitando ainda a validação de instrumentos de trabalho e elaboração de protocolos de avaliação e monitoramento dos cuidados com vistas à garantia da integralidade do cuidado.

VIOLÊNCIA ENTRE PARCEIROS ÍNTIMOS E SUA RELAÇÃO COM O CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS ILÍCITAS

Bárbara Dias Rezende Gontijo¹; Luiz Carlos Marques de Oliveira²; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas³

¹Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: barbaragontijo@ufu.br

²Doutor em Gastroenterologia pela Universidade de São Paulo (USP). Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: A violência por parceiro íntimo (VPI) é reconhecida mundialmente como um problema de saúde pública, e é caracterizada como qualquer conduta em uma relação íntima que cause danos físicos ou emocionais para um ou ambos os parceiros. Relações conjugais violentas ocorrem em diversos grupos socioeconômicos, religiosos e culturais e podem se manifestar através de agressões psicológicas, físicas e sexuais.

Objetivos: Avaliar, utilizando-se a Escala Tática de Conflito revisada, a prevalência de violência entre parceiros íntimos (VPI) no estado de Minas Gerais, sudeste do Brasil, e a associação de VPI com o consumo de álcool ou de drogas ilícitas. **Métodos:** Entre novembro de 2013 e novembro de 2014 foram entrevistadas, por telefone, 1748 pessoas [1344 (76,9%) mulheres] casadas ou em união consensual, em 174/853 (20,4%) municípios, escolhidos por sorteio aleatório em múltiplas etapas. **Resultados:**

Entre os entrevistados, 92% relataram episódios de VPI, sendo 47,8% delas associadas ao uso do álcool e 9,3% associadas ao uso de drogas ilícitas. VPI foi mais prevalente quando um ou ambos os parceiros estavam sob o efeito do álcool, e mais graves quando sob o efeito do álcool ou de drogas ilícitas. Nas VPIs associadas ao uso de álcool ou de drogas ilícitas, homens relataram maior frequência de perpetração e violência mútua, e as mulheres relataram maior frequência de vitimização e violência mútua. **Conclusões:** Em conclusão, foram observadas prevalências muito altas de VPI. O fato das entrevistas terem sido realizadas por contato telefônico pode ter permitido que as pessoas se sentissem mais a vontade para relatar a ocorrência de VPI. Também se observou importante associação de VPI com o consumo de álcool ou de drogas ilícitas. A conscientização da população sobre os riscos envolvidos no consumo destas substâncias consiste em desafios para os órgãos responsáveis pela saúde pública. A identificação dos fatores relacionados às VPIs pode colaborar na criação ou aprimoramento de políticas públicas para prevenção de tais ocorrências.

PAPEL DO ENFERMEIRO NO ACOLHIMENTO DO VISITANTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA ADULTO

Bárbara Ferreira Gomes¹; João Pedro Resende Castro²; Juliana da Silva Garcia Nascimento³

¹Enfermeira pela Universidade de Uberaba.

²Enfermeiro no Programa de Residência em Enfermagem Urgência/Trauma no HC-UFTM. E-mail. jprcastro@hotmail.com.

³Enfermeira Mestre. Docente da Universidade de Uberaba.

Introdução: Acolhimento pode ser definido como uma ferramenta de humanização utilizada pelos enfermeiros para os visitantes da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) adulto, com o objetivo de promover o vínculo destes com a equipe de enfermagem, como também facilitar o entendimento do quadro clínico do paciente internado e confortar o visitante durante este processo, caracterizando também como o atendimento aos visitantes pela escuta e atenção gerando respostas satisfatórias a estes. O estudo sobre o papel do enfermeiro no acolhimento do visitante em UTI adulto justifica-se para a enfermagem, uma vez que este profissional tem contato direto com os visitantes, e geralmente, procedem com o trabalho de acolhimento na busca de uma assistência humanizada e de qualidade. **Objetivo:** Identificar o papel do enfermeiro no acolhimento dos visitantes em UTI adulto. **Método:** Pesquisa básica, descritivo-exploratória, com abordagem qualitativa, realizada por meio de uma revisão integrativa. Foram incluídos artigos publicados na íntegra; em português, inglês e espanhol; em periódicos com intervalo de 10 anos (2006-2015); buscados nas bases de dados: Scielo, Lilacs, Pubmed, Bireme. Utilizado planilhas para organização dos achados. **Resultados:** No acolhimento, o enfermeiro deve estabelecer uma comunicação clara e humanizada com o visitante; oferecer informações sendo solícito e empático; respeitar sua espiritualidade e individualidade; acolher o visitante logo na chegada na UTI adulto para diminuir sua ansiedade e angústia e flexibilizar horários se necessário. Foram apontadas as lacunas que interferem no acolhimento, como; o medo dos visitantes do desconhecido; o despreparo dos colaboradores para lidar com os visitantes; comunicação ineficaz com os visitantes e ausência de protocolos e treinamentos sobre o acolhimento e a humanização deste contexto. **Conclusão:** Conclui-se que o papel do enfermeiro no acolhimento dos visitantes em UTI é proporcioná-lo de forma humanizada, na perspectiva da comunicação eficaz, e do preparo profissional por meio de protocolos e treinamentos que interfiram positivamente e concretamente nesta prática. Há incipiência de estudos sobre a estruturação de protocolos para acolhimento dos visitantes em UTI adulto, portanto recomenda-se, deste modo, a realização de pesquisas que aprofundem o conhecimento neste cenário.

ESTUDO RANDOMIZADO DE DOIS TIPOS DE INCISÃO PARA SAFENECTOMIA EM PACIENTES SUBMETIDOS À REVASCULARIZAÇÃO MIOCÁRDICA

Kleber Gontijo de Deus¹; Augusto Diogo Filho²; Paulo César Santos³

¹Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: klebergontijo@ufu.br

²Doutor em Cirurgia do Aparelho Digestivo pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do Curso de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

³Doutor em Cirurgia Cardiovascular pela Escola Paulista de Medicina. Médico cirurgião cardiovascular no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: Doenças cardiovasculares (DCV) estão entre as primeiras causas de morte no mundo: mais pessoas morrem anualmente de doenças cardiovasculares do que por qualquer outra causa. Estima-se que 17,3 milhões de pessoas morreram de doenças cardiovasculares em 2008, representando 30% de todas as mortes globais. Dessas mortes, cerca de 7,3 milhões foram devido a doenças coronárias e 6,2 milhões foram por acidente vascular cerebral. **Objetivo:** Comparar a evolução quanto às complicações de dois tipos de incisão (convencional X miniincisão) para safenectomia em pacientes que se submeteram à cirurgia de Revascularização do Miocárdio. **Métodos:** No período de janeiro de 2012 a agosto de 2013, 66 pacientes foram selecionados, prospectivamente, para cirurgia de revascularização do miocárdio com circulação extracorpórea. Estes foram distribuídos em dois grupos: Convencional e Miniincisão, com 33 pacientes em cada grupo de forma randomizada e conhecimento da técnica apenas no início da cirurgia. No grupo Convencional, os pacientes receberam uma incisão no membro inferior de 7 a 10 centímetros. Os pacientes do grupo Miniincisão receberam uma incisão no membro inferior de 3 a 4 centímetros, ambos sem o uso de material especial para a colheita da veia safena. **Resultados:** Os grupos eram semelhantes quanto aos dados clínicos de pré-operatório. Houve predominância do sexo masculino, 63,7% e 81,9% nos grupos C e M, respectivamente. Dentre as complicações do sítio cirúrgico analisadas, o edema ($p=0,011$), hematoma ($p=0,020$), deiscência ($p=0,012$) e infecção ($p=0,012$), foram significativamente maiores no grupo C comparado com o grupo M. Quando tratamos a variável infecção em relação ao Índice de Risco para Infecção Cirúrgica (IRIC), não houve diferença significativa entre os grupos. **Conclusão:** A cirurgia de revascularização do miocárdio com miniincisão para safenectomia demonstrou um menor índice de complicações pós-operatórias como edema, hematoma, deiscência e infecção quando comparado com a safenectomia com incisão convencional.

ARTICULAÇÃO DA ADMINISTRAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM ENFERMAGEM BASEADA EM FERRAMENTAS DE GESTÃO

Juliana da Silva Garcia Nascimento¹; Aloma Pegorini Caprio²; Mayara Rezende Alves Romão³; Nathália Nunes Boff⁴

¹Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Uberaba. Uberaba (MG), Brasil.

²Discente de Enfermagem, Universidade de Uberaba. E-mail: alomacaprio@hotmail.com

³⁻⁴ Discentes de Enfermagem, Universidade de Uberaba. Uberaba (MG), Brasil.

Introdução: O trabalho do enfermeiro é composto por cinco processos: processo gerenciar, cuidar, participar politicamente, educar e pesquisar. As vertentes gerenciar e assistir se apresentam de forma independente na prática, porém é essencial que sejam vistas como complementares. À medida que o gerenciamento de enfermagem está articulado com a prática do cuidado, ocorre a contribuição para a promoção do cuidado integral da clientela. Tendo um enfoque na articulação entre a função assistencial e gerencial do enfermeiro, esta pesquisa abordou um novo desenho administrativo na profissão, que é a ponte entre ambos os processos de trabalho (gerencial e assistencial) chamada Gestão do Cuidado. Para efetividade da gestão do cuidado, são utilizadas ferramentas de gestão, que norteiam e facilitam os cuidados a serem prestados ao paciente. Esta pesquisa faz parte de uma das etapas do desenvolvimento da Extensão da Sociedade Científica de Gestão e Qualidade nos Serviços de Saúde do curso de Enfermagem, o tema foi escolhido por representar um desafio atual no processo de trabalho dos enfermeiros em ambiente hospitalar. **Objetivos:** Identificar as ferramentas de gestão em enfermagem, discutidas na extensão e como articulam gestão e assistência. **Método:** Tratou-se de um relato de experiência, descritivo com abordagem qualitativa, baseando-se nas experiências vivenciadas na extensão e associado a uma revisão de literatura do tipo bibliográfica, nas bases de dados: Portal Capes, National Library of Medicine (PubMed), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Base de Dados em Enfermagem (BDENF), o período de busca foi dos últimos 10 anos, compreendendo, janeiro de 2006 a janeiro de 2016, utilizando descritores: ferramentas de gestão, enfermagem e gestão do cuidado. **Resultados:** Foram encontrados 50 artigos e 15 deles selecionados por preencherem os critérios de inclusão. As ferramentas de gestão do cuidado identificadas foram: sistematização da assistência de enfermagem, passagem de plantão, reuniões da equipe de enfermagem, visita beira leito do paciente, avaliação de desempenho e treinamento. A Sistematização, passagem de plantão e a visita beira leito, articularam a gestão com a assistência por promoverem a aproximação do enfermeiro ao paciente, mesmo sem a realização de procedimentos assistenciais, já a realização de reunião, avaliação de desempenho e treinamento foram ferramentas capazes de identificar as não conformidades do trabalho da enfermagem e buscar soluções em conjunto, aproximando os líderes da vivência diária da equipe e fortalecendo o trabalho da enfermagem. As ferramentas encontradas na literatura corroboram com as discussões vivenciadas nas rodas explicativas da extensão no curso de enfermagem, e sua importância na articulação dos processos de gerencia e assistência foram destacados neste contexto. **Conclusão:** Diante das ferramentas de gestão do cuidado identificadas, o enfermeiro é capaz de promover a articulação entre o processo de trabalho assistencial e administrativo realizando-o com qualidade e eficácia.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM PACIENTES COM DOENÇA RENAL CRÔNICA

Caio Augusto de Lima¹; Ana Paula Malagoli Ribeiro²; Patrícia Costa dos Santos da Silva³

¹Acadêmico do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. E-mail: caioaugustodelima@yahoo.com.br

²Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

³Doutora em Ciências da Saúde. Docente Adjunto I do Curso de Graduação em Enfermagem, FAMED – UFU.

Introdução: A doença renal crônica representa uma das doenças crônico-degenerativas que necessita de muitos cuidados e da observação constante de sinais e sintomas frente a possíveis complicações, portanto, o enfermeiro é um profissional de extrema importância, principalmente durante as sessões de hemodiálise, pois evita muitas complicações, por meio da sistematização da assistência de enfermagem. Nesse sentido, cabe ao enfermeiro elaborar os diagnósticos de enfermagem, de forma a prevenir, a identificar e a tratar complicações nos pacientes com doença renal crônica submetidos a hemodiálise. Diante do exposto, foi realizada uma busca na literatura científica com a finalidade de conhecer quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes com doença renal crônica. **Objetivo:** Identificar quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes com doença renal crônica submetidos à hemodiálise. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, modalidade que se permite expressar à síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática. A partir dos descritores: “enfermagem”; “diagnósticos de enfermagem”; “doença renal crônica”; “insuficiência renal crônica” buscou-se selecionar produções científicas na base de dados: Scielo e Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A pergunta que norteou esta revisão foi: “Quais os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em pacientes com doença renal crônica?” Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos em português, espanhol e inglês, disponíveis na íntegra, produzidos no período de 2010 a 2016. **Resultados:** Foram encontrados em uma primeira busca 20 artigos, distribuídos nas seguintes bases de dados: Scielo (4) e LILACS (16), sendo que dois estavam repetidos, após a leitura foram selecionados 7 artigos, que atendiam aos critérios de inclusão e tratavam do assunto. A partir da análise destes estudos, foram identificados os seguintes diagnósticos de enfermagem mais frequentes: volume de líquidos excessivo; risco de infecção; risco de glicemia instável; risco de desequilíbrio eletrolítico e risco de desequilíbrio do volume de líquidos, dentre outros. **Conclusão:** Os estudos apontaram a importância de se estabelecer os diagnósticos de enfermagem mais frequentes, pois estes auxiliarão os enfermeiros no desenvolvimento da sistematização da assistência de enfermagem, fornecendo ferramentas para a qualidade do planejamento da assistência de enfermagem.

ASSOCIAÇÃO ENTRE SANEAMENTO BÁSICO E PROPORÇÃO DE ÓBITOS POR DOENÇA DIARRÉICA AGUDA EM CRIANÇAS: ANÁLISE RETROSPECTIVA

Kleber Gontijo de Deus¹; Franciele Resende Amaral de Assis²; Bárbara Dias Rezende Gontijo³; Efigenia Aparecida Maciel de Freitas⁴

¹Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: klebergontijo@ufu.br

²Enfermeira pela Universidade Federal de Uberlândia.

³Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

⁴Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: A Doença Diarreica Aguda é a segunda principal causa de morte em crianças menores de cinco anos de idade em todo o mundo, matando mais crianças do que o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), a Malária e o Sarampo juntos. A morbimortalidade por esta doença está intimamente associada às condições precárias de saneamento básico e pode ser prevenida através de medidas de controle como a melhoria da qualidade da água, no destino adequado do lixo e de dejetos. **Objetivos:** Este estudo teve como objetivo principal analisar a associação entre a cobertura por serviços de saneamento básico e a taxa de mortalidade por doença diarreica aguda em crianças menores de cinco anos de idade nas regiões brasileiras. **Metodologia:** Estudo retrospectivo, descritivo e de abordagem quantitativa, realizado a partir da coleta de dados secundários provenientes do banco de dados do DATASUS-IDB 2014 (Indicadores e Dados Básicos). **Resultados:** A análise feita no estudo mostrou que o número de óbitos por doença diarreica aguda em crianças menores de cinco anos é maior em regiões que não possuem cobertura completa por serviços de saneamento básico e as regiões com maior cobertura de saneamento tem o menor índice de óbitos por esta doença. As regiões Nordeste e Norte apresentaram as maiores taxas de óbitos por diarreia e a cobertura por serviços de saneamento básico nessas duas regiões é menor que nas demais. As regiões Sudeste e Sul apresentaram as menores taxas de óbitos por diarreia e as melhores taxas de cobertura por saneamento básico, com destaque para a região Sudeste. **Conclusão:** Conclui-se através deste trabalho, que há uma relação entre a abrangência do serviço de saneamento básico e o número de óbitos por diarreia. Foi possível observar que quanto maior a cobertura dos serviços de saneamento, menor a ocorrência de óbitos por essa doença. Sugere-se que medidas governamentais sejam adotadas com vistas a garantir que toda a população tenha acesso aos serviços de saneamento básico, de forma a prevenir doença diarreica, sobretudo entre as crianças.

TRABALHO DE PARTO: ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA PRESTADA A PARTURIENTES EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO

Bárbara Dias Rezende Gontijo¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas ²; Kleber Gontijo de Deus³

¹Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: barbaragontijo@ufu.br

²Doutora em Enfermagem Psiquiátrica pela Universidade de São Paulo (USP). Docente da Universidade Federal de Uberlândia

³Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Uberlândia. Docente da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: A qualidade da assistência à mulher durante o trabalho de parto (TP) tem sido reconhecida na prevenção de complicações obstétricas que podem levar a um aumento da morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Desde meados dos anos 80 tem sido apontada a necessidade de ocorrência de mudanças nas rotinas de assistência ao TP, para garantir maior qualidade da assistência prestada à gestante, melhores resultados perinatais, bem como a humanização da experiência do parto e nascimento vivenciadas pela mulher e sua família. **Objetivos:** Analisar a assistência prestada a mulheres em trabalho de parto no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia de acordo com os princípios do PHPN (Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento). **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa observacional, exploratório descritiva, de abordagem quantitativa desenvolvida no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, o qual realiza cerca de 150 partos por mês. Os dados foram colhidos pelos próprios pesquisadores e a pesquisa só teve seu início após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos sob parecer nº 361/11. Para análises estatísticas e comparações das frequências foram utilizados os testes do Qui-quadrado e *Odds Ratio* e considerou-se como significativa $p < 0,05$. **Resultados:** O partograma foi utilizado em 68(32,8%) dos partos. Destes, 28(41,2%) evoluíram para parto cesáreo, 40(58,8%) foram submetidas a parto normal. O número de cesarianas foi maior ($p < 0,00$) entre aquelas mulheres que não foram acompanhadas por partograma. No que se refere aos procedimentos de monitoramento do TP, na maioria das mulheres a pressão arterial 154(74,3%) e a temperatura axilar 156(75,4%) foram aferidas uma única vez e, em 121(58,5%) das parturientes, o BCF (batimento cardio fetal) foi verificado quatro vezes ou mais. O toque para verificação da dilatação do colo uterino foi realizado quatro vezes ou mais 142(68,6%) na maioria das mulheres e, destas, 92(64,8%) realizaram parto cesáreo e 50(35,2%) realizaram parto normal. No que se relaciona à verificação da dinâmica uterina, em 114(55,1%) dos casos as mulheres foram avaliadas quatro vezes ou mais. **Conclusões:** Observou-se que a atenção à mulher durante o TP permanece como um desafio, tanto no que se refere à qualidade da assistência prestada, quanto aos princípios do cuidado, uma vez que ainda perpetua o modelo medicalizante e hospitalocêntrico. As taxas de indicação de parto cesáreo encontradas foram elevadas, os procedimentos de humanização realizados abaixo do esperado e a assistência prestada incompatível com os princípios preconizados pelo Programa de Humanização do Pré - Natal e Nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde, Brasil.

NÍVEL DE SOBRECARGA E PERFIL DO CUIDADOR EM ATENÇÃO DOMICILIAR

Mayara Mamede Gonçalves¹; Isabel Cristiane de Noronha²; Marcelle Aparecida Barros Junqueira³; Frank José Silveira Miranda⁴

¹Enfermeira, Residente do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, da Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, E-mail: may_mamede@hotmail.com

²Enfermeira, Residente do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, da Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU.

⁴Enfermeiro. Doutor em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU.

Introdução: A assistência domiciliar tem ganhado destaque nos últimos anos em decorrência do aumento de sujeitos dependentes, de tratamentos paliativos, do envelhecimento populacional e da expectativa de vida da população. Assim, percebe-se constante necessidade de cuidadores envolvidos na atenção diária aos pacientes que muitas vezes encontram-se em situação de vulnerabilidade, carecendo de intervenções que garantam a sua qualidade de vida. **Objetivo:** Avaliar o perfil dos cuidadores e nível de sobrecarga destes. **Metodologia:** Estudo documental, quantitativo, descritivo, avaliou 30 prontuários de pacientes acamados e domiciliados, assistidos por uma área de abrangência em uma Unidade da Estratégia Saúde da Família no município de Uberlândia/MG, de maio a setembro de 2016, como parte de um projeto de implantação de atenção domiciliar, nível 1. **Resultado:** 86% dos cuidadores pertenciam ao sexo feminino, com faixa etária de 50 a 69 anos (61,53%) e o vínculo, de mãe (23%). Ao final 59% se declararam sobrecarregados com os cuidados aos pacientes. Muitos relataram vida social prejudicada, elevado nível de dependência dos pacientes e o cuidado integral destes, como fatores contribuintes para baixa qualidade de vida e aumento da sua sobrecarga. **Conclusão:** Estudos evidenciam que a menor qualidade de vida dos cuidadores é fator que concorre para o desenvolvimento de doenças mentais, como, depressão. Assim, é importante salientar que a atenção à saúde do cuidador necessita de estudos mais aprofundados, para esclarecimento de suas necessidades, e para posterior intervenção clínica e psicossocial no que diz respeito à qualidade de vida destes cuidadores, por parte da equipe multiprofissional responsável pela área adscrita.

COMPORTAMENTO DE SAÚDE E USO PROBLEMÁTICO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA

Gabriel Terencio Soares¹; Priscilla Larissa Silva Pires²; Adriane Batista de Araújo²; Vanessa Cristina Bertussi³; Marcelle Aparecida de Barros Junqueira⁴

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: gabriel.terencio@hotmail.com

²Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

³Mestranda do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador e Enfermeira Estratégia Saúde da Família.

⁴Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador

Introdução: Atualmente o uso de álcool e outras drogas configuram-se como um problema de saúde pública refletindo em grande morbimortalidade. Sabe-se que os riscos desse uso ultrapassam o domínio biológico, podendo trazer danos a terceiros e não somente ao usuário. Quanto às relações de trabalho, o uso de substâncias psicoativas está relacionado com faltas, acidentes, aposentadorias precoces e outras manifestações como estresse, ansiedade e cansaço que indicam adoecimento. A enfermagem, nesse contexto, merece atenção especial uma vez que está sujeita à sobrecarga de trabalho, condições inadequadas, falta de reconhecimento social e facilidade de acesso a essas substâncias. **Objetivo:** Descrever os comportamentos de saúde dos profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família de Uberlândia associado ao uso problemático de álcool e outras drogas. **Metodologia:** Estudo desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde da Família, de abordagem quantitativa, descritivo e transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia, realizado no período de junho a agosto de 2016. Os instrumentos para coleta de dados utilizados foram o ASSIST e Questionário dos Comportamentos de Saúde (QCS). **Resultados:** A amostra foi composta por 112 profissionais com predominância do sexo feminino (93,8%), com idade entre 30-39 anos (42%), em sua maioria católica (44,6%), casadas (66,1%) e exercendo a função de técnicas de enfermagem (48,2%) e enfermeiras (47,3%). Dentre as substâncias psicoativas mais frequentes de uso moderado entre os profissionais, destaca-se o uso de tabaco (3,7%), álcool (3,6%) e sedativos (1,2%). Na análise dos domínios do QCS, observam-se valores da média (M) acima do esperado nos domínios exercício físico (M=10,52), nutrição (M=14) e drogas (M=12,57), demonstrando comportamentos de saúde piores nesses três aspectos. **Conclusão:** Valores significativos foram encontrados para as substâncias tabaco, álcool e sedativos que demonstram que alguns fatores podem desencadear esse uso como as condições de trabalho, sobrecarga, números de vínculos empregatícios e dificuldade de gerenciar o tempo, questões que relacionam-se com seus comportamentos de saúde que nesse estudo obtiveram piores resultados referente à atividade física, nutrição e o próprio uso de substâncias.

REVISÃO INTEGRATIVA: CUIDADOS DE ENFERMAGEM FORNECIDOS AO RECÉM-NASCIDO EM FOTOTERAPIA

Gabriel Terencio Soares¹; Priscilla Larissa Silva Pires²; Anaeliza dos Santos Oliveira²; Layana de Oliveira e Silva²; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas³

¹Acadêmico do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: gabriel.terencio@hotmail.com

²Acadêmicas do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente adjunta do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU

INTRODUÇÃO: A hiperbilirrubinemia (icterícia) é uma patologia muito comum no período neonatal e na maioria das vezes é detectável nos primeiros dias de vida do recém-nascido (RN). De setembro de 2015 a agosto de 2016, dos 2330 nascidos no HCU – UFU, 761 foram diagnosticados com icterícia neonatal. A fototerapia é a terapêutica mais utilizada no tratamento desta doença, sendo amplamente utilizada por não ser invasivo e pelo alto impacto na diminuição nos níveis plasmáticos de bilirrubina, principalmente nas que estão mais próximas à superfície tegumentar. Essa técnica terapêutica consiste na fotoisomerização da estrutura da molécula da bilirrubina em produtos hidrossolúveis que poderão ser eliminados via renal e biliar. A eficácia do tratamento é dada pela irradiância, ou seja, pela quantidade de luz emitida pela luz que incide na superfície corporal. **OBJETIVO:** Analisar os principais cuidados de enfermagem com o recém-nascido com hiperbilirrubinemia neonatal em fototerapia disponíveis na literatura. **METODOLOGIA:** Trata-se de uma Revisão Integrativa baseada na metodologia de MENDES, SILVEIRA E GALVÃO (2008). A partir do cruzamento dos descritores ‘fototerapia’, ‘cuidados de enfermagem’ e ‘hiperbilirrubinemia neonatal’, foram selecionados os artigos em língua portuguesa, disponíveis na íntegra e publicados nos últimos dez anos, totalizando dezessete artigos que após leitura minuciosa foram incluídos oito no estudo. Após a leitura, os artigos foram categorizados e avaliados segundo seus estudos. **RESULTADOS:** Os estudos foram categorizados em: Principais cuidados de enfermagem com o RN em fototerapia; Conhecimentos e papel da equipe de enfermagem na condução da assistência de qualidade; e Sentimentos e conhecimentos das mães sobre a terapêutica. **CONCLUSÃO:** Os principais cuidados de enfermagem perpassam pela avaliação de risco, observação da atividade do RN, suporte à amamentação, cuidados com a pele, controle de peso e temperatura corporal, proteção ocular, interação do binômio e aspectos da radiância do aparelho de fototerapia. A Sistematização da Assistência de Enfermagem é uma importante ferramenta relacionada à vigilância e avaliação constante que beneficia a terapêutica somada à habilidade e humanismo das ações, além da capacitação, uma vez que a enfermagem parece desconhecer alguns aspectos relacionados à terapia. Sobre as mães, a enfermagem deve acolher e estabelecer vínculo a fim de diminuir angústias e sanar dúvidas visto o temor, tristeza e déficit de conhecimento e comunicação que apontam.

RELATO DE EXPERIÊNCIA: IMPLANTAÇÃO DA ATENÇÃO DOMICILIAR, POR RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS, NO NÍVEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Mayara Mamede Gonçalves¹; Marianna Bastos dos Santos²; Gabriela Carvalho Leão³; Marcelle Aparecida Barros Junqueira⁴

¹Enfermeira, Residente do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, da Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia, E-mail: may_mamede@hotmail.com

²Cirurgiã – Dentista, Residente do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, da Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia.

³Fisioterapeuta, Residente do Programa de Residência em Área Profissional de Saúde, da Área de Concentração em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Uberlândia.

⁴Enfermeira. Doutora em Ciências. Docente do Curso de Graduação em Enfermagem FAMED/UFU. Professora orientadora do Programa de Pós Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador IG/UFU

Introdução: A multiplicidade na gestão do cuidado é de suma importância para o sucesso da assistência domiciliar, sendo necessário assim, um plano do saber multidisciplinar discutido, pactuado e uma conduta terapêutica estabelecida, para os cuidados aos sujeitos acamados e domiciliados. A atenção domiciliar neste âmbito ganha destaque nos últimos anos, devido o aumento da demanda de pacientes com necessidades de cuidados integrais, alto nível de dependência física e mental, em decorrência da mudança de perfil da população. **Objetivo:** relatar sobre os pontos relevantes da participação de residentes em um projeto de implantação da Atenção Domiciliar na Atenção Básica. **Metodologia:** estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido com a realização de visitas domiciliares a pacientes acamados e domiciliados, por residentes multiprofissionais (enfermeiro, fisioterapeuta, cirurgião-dentista e psicólogo), de maio a setembro de 2016, em uma área de abrangência em Saúde da Família, no município de Uberlândia-MG. **Resultados:** dentre os resultados positivos destacamos o acolhimento, boa recepção e aceitação das visitas multiprofissionais pelos pacientes e seus familiares. Estes demonstraram-se participativos e abertos quanto as orientações realizadas pela equipe multiprofissional, colaborando com os objetivos da visita. Para os residentes, foi proporcionado grande aprendizado, adquirido no atendimento aos mesmos, por meio de construção de vínculos e aquisição do saber na atenção a este perfil de pacientes. **Conclusão:** percebe-se a suma importância da atenção multiprofissional para melhor qualidade na assistência domiciliar, proporcionando uma visão holística e integral do paciente e de seus cuidadores/familiares, dentro do contexto que está inserido, obtendo resultados eficazes e satisfatórios no processo do cuidado.

RELAÇÃO DA ANEMIA FALCIFORME E ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Daniela Margarida Ferreira da Silva¹; Priscila Larissa Pires da Silva²

¹Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: danielamargaridafs@gmail.com

²Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

Introdução: A anemia falciforme (AF) é doença monogênica causada por uma única mutação no gene da globina beta (HBB, Glu6Val). Na AF as diferentes moléculas de adesão localizadas nas superfícies das hemácias, leucócitos e plaquetas estão envolvidas na oclusão vascular e são apontadas como sendo um dos possíveis fatores que contribuem nas crises vaso-oclusivas. Recentemente observou-se que a fosfatidiserina (PS), uma molécula de adesão expressa em superfícies das hemácias e plaquetas, é a principal determinante da adesão dos eritrócitos alterados na anemia falciforme, e a intensidade da expressão de PS parece estar diretamente correlacionada com o risco de acidente vascular cerebral (AVC). **Objetivo:** Avaliar a ocorrência de acidente vascular cerebral em pacientes portadores de anemia falciforme e qual a faixa etária mais acomete. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa, sendo utilizada para a pesquisa o portal BVS (Biblioteca Virtual em Saúde) com os descritores: anemia falciforme e AVC, foram encontrados 423 artigos na busca, selecionamos apenas os artigos em português, disponível. Filtramos por ano, de 2007 á 2016, resultando na amostra final de 10 artigos. **Resultados:** O AVC em pacientes falciformes é decorrente da adesão de células no epitélio dos vasos intracranianos, provocando vaso oclusão. Esse tipo de lesão ocorre em 10% a 18% das pessoas com AF, e na ausência de tratamento há recorrência em dois terços desses casos. A maior incidência ocorre em crianças entre 2 a 9 anos de idade, voltando a aumentar após os 20 anos. A lesão isquêmica causa várias deficiências neurocognitivas, como problemas de aprendizado e redução do coeficiente de inteligência. A diminuição deste índice de AVC em pacientes falciformes deve ser realizada a partir do tratamento e prevenção das crises de vaso oclusão. **Conclusão:** Foi possível verificar que o índice de AVC é maior em crianças. Ainda constatamos que a causa maior do AVC em pacientes falciforme esta ligada a fisiopatologia das crises de vaso oclusão, sendo assim é de suma importância tratar e prevenir as crises de vaso oclusão repetidas, já que essas podem trazer grandes prejuízos à saúde do paciente.

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO A SAÚDE E AUTOCUIDADO NA DOENÇA DE CHAGAS

Marcela de Faria Moraes Braga¹; Kelly Gabioli Hespanholo²; Cristiane Martins Cunha³

¹Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: marcelafmoraes@hotmail.com

²Discente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Uberlândia.

³Enfermeira. Professor Adjunto do Curso de graduação em Enfermagem - Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia

Introdução: Grande parte das doenças, infecciosas e/ou crônico degenerativas, podem ser prevenidas. A doença de chagas é um dos exemplos que apresenta tanto um componente infeccioso quanto crônico, com grandes repercussões sistêmicas, dependendo do local onde se alojou o protozoário. Diante disso, a doença de chagas requer ações de educação em saúde, em especial realizadas pela Enfermagem, pois eles possuem uma abordagem holística sobre o indivíduo, no que se refere a promoção, prevenção na recuperação da saúde, resultando numa melhora da qualidade de vida. **Objetivo:** Descrever as principais estratégias educação em saúde que podem ser realizadas pela enfermagem no autocuidado aos portadores da doença de Chagas. **Métodologia:** Pesquisa bibliográfica e de análise documental, onde se buscou artigos nas bases de dados MEDLINE, BIREME e LILACS sobre essa temática, usando os descritores: doença de chagas; enfermagem; educação em saúde. Refinamos a busca para artigos apenas no português, limitando-se num período de tempo dos últimos 10 anos. **Resultados:** Espera-se que o portador de Chagas após o contato com a enfermagem compreenda melhor sobre a doença e se torne mais autoconfiante, responsável por si mesmo, através do seu autocuidado. **Conclusão:** Portanto, nota-se que é de extrema importância que aconteça a promoção da saúde e do autocuidado dos portadores da doença de Chagas, pois, o ensino e as orientações evidenciam a função educativa da Enfermagem promovendo e contribuindo para o aumento da autonomia e autoestima dos pacientes. É de extrema importância que a enfermagem utilize as estratégias corretas de promoção da saúde visando o autocuidado dos portadores da doença de Chagas, contribuindo para o aumento da autonomia e autoestima dos pacientes.

A VACINA ANTIRRÁBICA PELA TÉCNICA INTRADERMICA: A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

Marlos Souza Vilela Junior¹; Natalia Bruna Tischler²; Elen Cristina Silva²; Edilge Maria Gouveia Cunha³; Elias Jose Oliveira⁴

¹Acadêmico do Curso de Graduação de Enfermagem,

²Acadêmicos do Curso de Graduação de Enfermagem UFU

³Técnica de Assuntos Educacionais do Laboratório Multidisciplinar Imunologia e Parasitologia Aplicadas - UFU

⁴Docente do Curso de Graduação de Enfermagem, Doutor em Imunologia e Parasitologia Aplicadas - UFU

Introdução: A raiva é uma doença zoonótica que se caracteriza por encefalite progressiva de caráter total, encontrada mundialmente, com exceção da Antártica. A infecção pelo vírus da raiva (*Lyssavirus*), apresenta sinais clínicos em humanos: Protônico, neurológica aguda (agitação, hipersalivação e paralisia) e ao coma, precedendo a morte. A profilaxia da Raiva humana pode ser feita no pré ou pós exposição viral através da vacinação de pessoas, como: veterinários e pesquisadores. A vacina antirrábica não se encontra no calendário vacinal de adultos ou de crianças. Portanto, justifica-se uma ação de prevenção dos profissionais do Hospital Veterinário da Universidade Federal de Uberlândia, os quais sempre estão em contatos com animais silvestres e domésticos. **Objetivos:** Verificar a eficácia da aplicação da vacina antirrábica por via intradérmica no corpo clínico do Hospital Veterinário da Universidade Federal de Uberlândia. **Metodologia:** Foi realizado um esquema vacinal contra a Raiva para os docentes, discentes e técnicos do Hospital Veterinário, com esquema de três doses (0,1ml/dose), em período de 0, 7 dias e 27 dias por via intradérmica. A aplicação das vacinas, bem como a coleta de sangue dos vacinados para sorologia, foram realizadas pelos discentes do curso de graduação em Enfermagem da UFU, com supervisão e orientação de um docente do curso. O pré-processamento das amostras de sangue com separação do soro e congelamento a -10°C foram realizados pelos discentes do curso de graduação em Biomedicina da UFU. O soro congelado foi enviado ao Instituto Luiz Pasteur/São Paulo para a titulação pela técnica Elisa. Os resultados foram enviados à UFU através de correio eletrônico. **Resultados:** A campanha de vacinação foi realizada no primeiro semestre de 2016, no Hospital Veterinário, com a participação de 198 profissionais veterinários, entre docentes, técnicos e discentes. Sendo que 116 profissionais receberam a vacina contra a raiva em outro momento pela técnica intramuscular, e destes, 25,0% não obtiveram respostas imunológicas na titulação (abaixo de 0,5 mcg/dl), necessitando de um esquema extra e 52,6% obtiveram titulações em soro entre 1,0 a 4,0 mcg/dl (titulação satisfatória) e 22,4% apresentaram titulações acima de 5,34 mcg/dl (titulação excepcional). Entre os 82 profissionais que receberam a vacina pela técnica intradérmica, 19,5% tiveram titulação abaixo de 0,5 mcg/dl, necessitando de um esquema vacinal, 23,2% com a titulação entre 1,0 mcg a 4,0 mcg/dl e 57,3% com titulação acima de 5,34 mcg/dl. **Conclusão:** Os resultados demonstram uma eficiência na técnica intradérmica, promovendo a imunização segura contra o vírus da raiva para os profissionais expostos ao vírus, assim, uma determinada quantidade de imunobiológico poderá vacinar entre quatro e cinco vezes mais pessoas em comparação com a técnica intramuscular.

MONITORIA NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER I - RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anaeliza dos Santos e Oliveira¹; Gabriel Terencio Soares²; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas³

¹Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. E-mail: anna-eliza@hotmail.com

²Acadêmico do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG.

³Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente Assistencial II do curso de Graduação em Enfermagem, FAMED - UFU

Introdução: Uma das neoplasias malignas mais frequentes em países em desenvolvimento, é o câncer do colo do útero o qual apresenta, em nosso país, índices de mortalidade bastante elevados, apesar das campanhas e programas instituídos pelo governo de prevenção e tratamento, sendo considerado um problema de Saúde Pública. A detecção precoce do câncer do colo do útero pode ser feito por uma técnica eficaz e gratuita, o exame Papanicolaou, que permite a detecção das lesões precursoras e da doença em estágios iniciais, antes mesmo do aparecimento dos sintomas. Portanto, a realização da coleta da citologia oncológica disponibilizada pelo SUS, facilita o acesso da população feminina aos cuidados preventivos, de modo a evitar com que o câncer cérvico uterino se desenvolva. O enfermeiro tem um papel de grande importância no rastreamento de câncer de colo uterino, podendo realizar a coleta do citopatológico, atuar em ações educativas sobre o procedimento e sua importância, conscientizando as mulheres e fornecendo diversas informações. Diante do exposto, o estudo tem como objetivo relatar a monitoria de Saúde da Mulher I e a sua contribuição para a formação profissional **Objetivo:** O objetivo do estudo é relatar as ações que são desenvolvidas durante as reuniões de planejamento familiar. **Metodologia:** O estudo constitui de um relato de experiência vivenciado na monitoria da disciplina de Assistência Integral à Saúde da Mulher I, no período de abril a julho de 2016, no Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia de um hospital escola. As atividades desenvolvidas no estágio consistiram, na apresentação do serviço ambulatorial, na humanização da assistência, na realização do exame de Papanicolaou, orientações, leitura do laudo dos exames, agendamento de retorno e encaminhamento quando necessário. **Resultados:** No exercício da monitoria identificamos que ainda existe certa resistência das mulheres em não comparecerem para realizar o exame preventivo. Provavelmente essa não adesão ocorre pela falta de informação sobre como é realizado e qual o intuito do exame. **Conclusão:** Portanto, a participação na monitoria possibilitou a associação dos conhecimentos teóricos com a prática assistencial propiciando a formação profissional além de percebermos juntamente com os discentes que a enfermagem possui total autonomia no processo de rastreamento de exame citopatológico.

ACÇÃO EDUCATIVA NO PLANEJAMENTO FAMILIAR – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Anaeliza dos Santos e Oliveira¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²

¹Acadêmica do Curso de Graduação de Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia-MG. E-mail: anna-eliza@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente Assistencial II do curso de Graduação em Enfermagem, FAMED - UFU

Introdução: A assistência ao planejamento familiar está pautada no princípio da paternidade responsável que visa oferecer à comunidade, o acesso a orientações e meios para se planejar a família, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento. A lei Nº 9.263, de Janeiro de 1996 dispõe que é dever do estado promover condições e recursos informativos que assegurem o livre exercício do planejamento familiar. A assistência à concepção inclui as orientações no campo da sexualidade e do correto reconhecimento do período fértil, bem como das alternativas de atendimentos existentes tanto na pré-concepção quanto na atenção ao pré-natal e seguinte (puerperal, ao recém-nascido, entre outros). A assistência à anticoncepção inclui também informações quanto aos métodos anticoncepcionais, devendo constar suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo o direito à livre escolha dos mesmos, bem como o acompanhamento profissional necessário ao seu uso. Além das referidas orientações, o planejamento familiar abordar questões que envolvem a prevenção de câncer ginecológico, de doenças sexualmente transmissíveis e outros agravos que possam interferir na saúde e qualidade de vida dos usuários atendidos. **Objetivo:** O objetivo do estudo é relatar as ações que são desenvolvidas durante as reuniões de planejamento familiar. **Metodologia:** As atividades foram desenvolvidas pela enfermeira chefe do ambulatório de ginecologia e obstetrícia, juntamente com uma aluna do curso de graduação em enfermagem. As reuniões são oferecidas as quartas-feiras, na sala de reuniões do setor. Os recursos utilizados foram: Data show, recursos visuais (métodos contraceptivos) envolvendo a simulação do uso adequado deles, além da participação dos ouvintes. **Resultados:** Os assuntos discutidos foram o conceito de planejamento familiar, direitos do casal, explicação dos métodos naturais, hormonais e cirúrgicos. As principais discussões que surgiram envolviam o desconhecimento do corpo, dificuldade do parceiro em aceitar os métodos pelo fato de acharem que isso atrapalharia de alguma forma no desejo sexual, principalmente quando envolvia método cirúrgico (vasectomia) e pela escassez de alguns métodos em unidades de saúde. **Conclusão:** Portanto as ações propiciaram um aumento no nível de informações dos participantes, bem como um interesse em conhecer seu corpo e em entender os métodos contraceptivos. Os ouvintes sempre enfatizaram a importância. Mediante isso se enfatiza a importância de ações educativas em saúde, incluindo a necessidade de melhorias no acesso aos métodos contraceptivos e à integração do homem nas ações de planejamento familiar.

AS IMPLICAÇÕES DO TRABALHO NOTURNO NA QUALIDADE DE VIDA DOS ENFERMEIROS

Nayline Martins Pereira¹; Leilane Alves Chaves²; Fernanda Gomes de Almeida³; Camila Alves Mello⁴

¹Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho e Gestão de Enfermagem pela UCAM/Instituto Passo 1. E-mail: nailineptu@hotmail.com

²Enfermeira especialista em Docência nos ensinos médio, técnico e superior. Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicada-UFU.

³Pós Graduada em UTI pela CEEN - Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.

⁴Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU.

Resumo: O trabalho noturno é um fator de risco para a saúde dos trabalhadores, enquadrando-se na definição de risco ocupacional, o qual é caracterizado como: uma condição ou conjunto de circunstâncias que tem o potencial de causar um efeito adverso, que pode ser: morte, lesões, doenças ou danos à saúde do trabalhador, à propriedade ou ao meio ambiente. A área da saúde exige o sistema em turnos para manutenção de atividades durante 24 horas, porém, este sistema vem trazendo consequências muitas vezes prejudiciais para a saúde do trabalhador de enfermagem.

Objetivos: Realizar um levantamento de produções científicas referentes as principais repercussões do trabalho noturno na qualidade de vida dos enfermeiros e analisar os resultados dessas produções para construção de conhecimento a respeito do tema.

Metodologia: Este estudo foi realizado através de levantamento bibliográfico. Utilizaram-se ferramentas como: Scielo, Ibecs, *Medline*. Foram analisados 4 artigos que contemplavam o objetivo proposto. **Resultados:** No âmbito das pesquisas de enfermagem, o trabalho em turnos destaca-se como um fator estressor, que pode ter repercussões negativas no que diz respeito à saúde destes indivíduos. Vários podem ser os prejuízos à saúde dos trabalhadores de enfermagem devido à dessincronização dos ritmos biológicos em relação aos horários de trabalho em turno, ou noturno, apresentando como sintomas mais frequentes, alterações de sono, distúrbios gastrintestinais, cardiovasculares, mal-estar, redução de desempenho, fadiga, irritabilidade, sonolência excessiva durante o dia, desordens psíquicas, interferência nas relações sociais e familiares. **Conclusão:** O serviço de noturno, apesar de imprescindível para a atividade de enfermagem, traz consequências para a saúde do trabalhador. É necessário encontrar estratégias para minimizar os danos inerentes a esse serviço que é frequentemente apontado como possível causador de desordens fisiológicas, psicológicas e desgastes na vida social e familiar, prejudicando o profissional na sua vida, levando ao desgaste físico e mental do trabalhador, repercutindo sobre o seu desempenho produtivo e sua qualidade de vida.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM HPV ASSISTIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO INTERIOR DE MINAS GERAIS

Nayline Martins Pereira¹; Efigênia Aparecida Maciel de Freitas²; Camila Alves Mello³; Fernanda Gomes de Almeida⁴

¹Enfermeira especialista em Enfermagem do Trabalho e Gestão de Enfermagem pela UCAM/Instituto Passo 1. E-mail: nailineptu@hotmail.com

²Doutora em Enfermagem Psiquiátrica. Docente Assistencial II do curso de Graduação em Enfermagem, FAMED - UFU Enfermeira especialista em Docência nos ensinos médio, técnico e superior. Mestre em Imunologia e Parasitologia Aplicada-UFU.

³Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Uberlândia - UFU.

⁴Pós Graduada em UTI pela CEEN - Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.

Introdução: As Doenças sexualmente transmissíveis (DST) estão entre os problemas de saúde mais comuns em todo mundo. Portanto, considerando a relevância da relação infecção por HPV e a ocorrência de agravos à saúde da mulher, a problemática a ser investigada é: Há influência do perfil epidemiológico da mulher adulta assistida no Hospital Universitário de Minas Gerais, na incidência do HPV. **Objetivo:** Esse trabalho teve como objetivo analisar a relação entre o perfil epidemiológico e incidência do HPV. **Metodologia:** Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo. Autorizado pelo CEP sob número de parecer 571262, realizado através de prontuários de mulheres infectadas pelo vírus HPV no período de 2012 a 2014. Foi composto por dados e tradução das informações que inicialmente foram colhidos e posteriormente elucidados em números e aplicados cálculos estatísticos para comparação. **Resultados:** No estudo o perfil encontrado para as mulheres diagnosticadas com HPV, demonstrou que a média de foi de 30,9 anos, DP±14,5, com predomínio daquelas com idade entre 15 e 25 anos, Brancas, solteiras, gestantes, poucas não realizaram exame de prevenção no último ano e a maioria não possuem antecedentes pessoais. **Conclusão:** A taxa de adesão ao exame de prevenção é satisfatória, porém ainda existem mulheres que não realizam o exame de prevenção o que não é bom, tendo em vista que se trata de um grupo que apresentou alguns fatores de risco que predispõe o câncer de colo de útero.